Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Odéon 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.



1929

Et son

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

(Mensuel)

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone Odéon. 30-03

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie
R. C. Clermont 4264

TABLE DES MATIÈRES

I

Articles Originaux. — Analyses. — Sociétés Savantes

B

C

D

E

F

G

H

M

Q

R

S

T

U

V

W

Z

II

Nouvelles — Variétés. — Bibliographie.

A

B

C

D

E

Table alphabétique des Noms d'Auteurs

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

V

W

Z

NOUVELLES

Vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Brest.

Le traitement alloué ira de 22.000 à 30.000 francs par an.

Le titulaire du poste s'occupera du dispensaire de Keroriou et recevra en plus un traitement qui ira de 10.000 à 12.000 fr. et une indemnité annuelle de 3.000 fr.

Les candidats ont jusqu'au 19 janvier, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Légion d'honneur. — Sont promus au grade de commandeur : MM. Saint-Paul, médecin général, directeur du service de santé de la 20e région et Chavigny, (Paul-Marie-Victor), médecin général, directeur du service de santé de la 6e région.

Un ordre des médecins et un ordre des pharmaciens. — MM. Xavier Vallat, Barthe, Braise et le colonel Callies, ont déposé à la Chambre deux propositions jumelles, tendant à l'institution d'un ordre des médecins et d'un ordre des pharmaciens. Tous les médecins inscrits dans un arrondissement judiciaire formeraient un ordre qui élirait annuellement son conseil et son président.

Le conseil de l'ordre siégeant en conseil de discipline poursuivrait et réprimerait l'office ou sur les plaintes qui lui seraient adressées les infractions ou les fautes commises par les médecins. Les peines prévues seraient : l'avertissement, la réprimande, l'interdiction.

L'administration du patrimoine de temporaire, la radiation du tableau, l'ordre, le contentieux des élections, la procédure disciplinaire seraient conformes aux règles établies pour l'ordre des avocats.

En ce qui concerne les pharmaciens, l'ordre serait formé par département. Les peines prévues seraient : l'avertissement et la réprimande Le conseil départemental connaîtrait des différends d'ordre professionnel entre pharmaciens et pharmaciens, pharmaciens et clients, pharmaciens et collectivités, pharmaciens et fournisseurs. Il exercerait un droit de surveillance sur les fautes tendant à déconsidérer la profession ou à compromettre la santé publique, notamment par le moyen de réclamer charlatanesques ou d'une publicité mensongère, sur les fautes d'incapacité professionnelle et généralement sur toutes les fautes inhérentes à l'exercice professionnel.

La maison natale de Pasteur. — La Société des « Amis de la Maison natale » a tenu, dimanche 23 décembre, à *Dôle*, sa première assemblée générale statutaire.

Le président lut à l'assemblée une lettre de M. René Vallery-Radot, gendre de Pasteur exprimant sa bienveillante sympathie pour cette œuvre dont il est président d'honneur.

Il retraça ensuite les étapes de la glorification de Pasteur par sa ville natale et définit le rôle important que devra remplir la Société. Depuis la date légale de sa fondation 23 mars 1928, elle a inscrit 1.410 membres et recueilli des dons très généreux.

Le nombre des membres perpétuels, grossissant chaque jour, s'élève à 144 ; celui des membres cotisants, à 300.

Le capital recueilli dépasse 51.000 francs. Les ressources ont déjà permis des réalisations importantes. Dès à présent, le chauffage central fonctionne aux frais de la Société, la ville ayant installé l'appareillage. L'assainissement de la maison est en bonne voie et les collections sont désormais à l'abri de l'humidité et qui les avait dangereusement menacées.

Des travaux de consolidation ont été également effectués, la terrasse réparée, le sous-sol exhaussé et protégé contre l'envahissement et les infiltrations du canal des Tanneurs. La cour contiguë a fait l'objet d'un premier aménagement, elle sera plus tard, transformée en une petite place ,avec monument. D'autres projets encore ont été envisagés.

La Maison natale a reçu cette année plus de 3.000 visiteurs et de notables personnalités ont signé le Livre d'Or. La famille Pasteur, elle-même, y est venue à deux reprises : M. et Mme René Vallery-Radot, et leur fils, le Dr Pasteur-Vallery-Radot, ont remis pour le musée des dons inestimables. D'autres dons, émanant de diverses personnalités, ont été également reçus.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres.) — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laennec (Amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 13 janvier 1929. Elle aura pour sujet : L'hémiplégie syphilitique.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours d'électro-radiologiste des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Lachapele et Mathey-Cornat, anciens internes des hôpitaux.

A la mémoire de Marey. — Un comité s'étant constitué sous le patronage de MM. R. Poincaré, président du conseil ; Marraud, ministre de l'instruction publique et Ed. Herriot, et sous la présidence d'honneur du professeur Ch. Richet, pour apposer une plaque commémorative sur la maison habitée par Marey, la cérémonie d'inauguration de cette plaque a eu lieu il y a quelques jours. Les élèves et les admirateurs de Marey se sont réunis boulevard Delessert où, sur le mur de l'immeuble portant le numéro 11, est apposée la plaque de marbre blanc portant en lettres marron l'inscription suivante :

Ici habita
de 1881 à 1904
Etienne-Jules Marey
né à Beaune en 1830, mort à Paris en 1904,
un des fondateurs de la physiologie expérimentale
et de la science de l'aviation,
créateur de la chronophotographie,
base technique
de la cinématographie.

M. Grimoin-Sauson, président du comité Marey, a pris le premier la parole. De son discours, nous extrayons le passage suivant :

A cette époque déjà lointaine, les aviateurs étaient considérés comme des utopistes dangereux. On appelait alors aviateurs, non sans une pointe de moquerie, ceux qui cherchaient la solution du plus lourd que l'air. Des savants illustres avaient proclamé l'inutilité de ce genre de recherches. Le calcul ne prouvait-il pas que treize hirondelles pesant ensemble 250 grammes développaient dans le vol une puissance continue de un cheval vapeur. Quatre chevaux par kilo-

gramme porté. Le domaine de l'air était à jamais fermé pour l'homme. Marey cependant n'hésita pas.

« En s'associant, dit-il, à l'œuvre des aviateurs, le physiologiste se place toutefois à un point de vue spécial. Pour lui, le mécanisme du vol doit offrir des caractères communs avec les autres formes de la locomotion animale. L'analogie anatomique des organes locomoteurs des oiseaux avec ceux des animaux terrestres ou aquatiques implique l'existence d'analogies physiologiques ; il faut les mettre en lumière. »

Il le fit si bien, d'abord à l'aide de la méthode graphique et plus tard à l'aide de la chronophotographie, que le mécanisme du vol ne fut plus un mystère. La solution de la locomotion aérienne de l'homme parut non seulement possible, mais certaine et prochaine. On ne parla plus des anciens dogmes devenus erreurs. Les aviateurs ne furent plus des utopistes, mais d'audacieux réalisateurs.

L'ouvrage de Marey sur le *Vol des oiseaux* est, encore de nos jours, le livre de chevet d'une légion de chercheurs qui voient dans une imitation raisonnée de l'oiseau les prochains progrès de cette immense conquête de l'homme : l'aviation.

Le professeur Gley parla au nom du Collège de France où Marey enseigna pendant trente-cinq ans. Il le montra mécanicien de génie ou, comme on dit, « ingénieur de la vie ».

Et l'on voit ici, dit l'orateur, l'accord parfait d'une pensée scientifique éveillée et pénétrante et de la technologie la plus précise. La fonction mécanique du cœur étudiée dans tous ses détails (avec Chauveau), le mystérieux mécanisme de sa fonction rythmique enfin éclairé le principe de la sphygmanométrie établi, la loi des relations entre la forme des muscles et les caractères des mouvements de ces muscles découverte, l'adaptation de l'os aux fonctions musculaires expliquée, bref des questions de mécanique devenant des questions de biologie générale, telles sont les principales parties, mais non toutes les parties, de cette œuvre d'un grand physiologiste.

Le prof. Ch. Richet a prononcé enfin une allocution qui fut très applaudie. (*Le Temps.*)

Nécrologie. — Dr Pierre Kouindjy, de Paris.



ACTUALITÉS

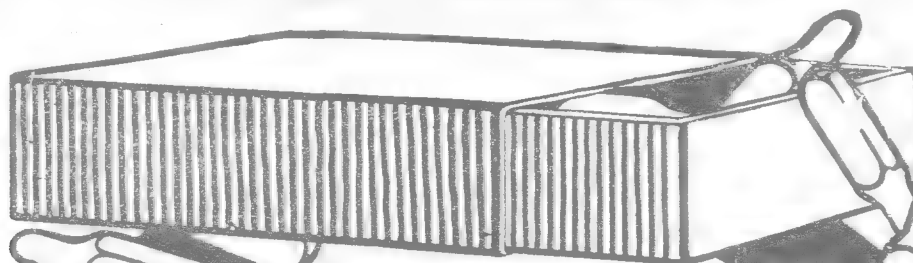
Un missionnaire médical du gouvernement japonais

Le Professeur HARNO HAYASHI, de Tokio.

Les relations intellectuelles entre la France et le Japon tendent à devenir toujours plus étroites. C'est pour obtenir ce résultat qu'a été créée il y a quelques années la Maison franco-japonaise de Tokio et que, grâce à la libéralité de la famille Satsuma s'élève, à la Cité universitaire, une maison japonaise qui doit être inaugurée dans six mois.

En ce qui concerne la médecine, nos confrères japonais viennent de plus en plus nombreux visiter notre pays. Il y a trois ans, le professeur Achard fut le premier missionnaire médical qui fut chargé de faire des conférences en français. Aujourd'hui, en réponse à sa mission, le gouvernement japonais envoie en France le professeur Hayashi, doyen de la Faculté de médecine de l'Université impériale de Tokio.

Né à Tokio le 5 février 1874 docteur en médecine en décembre 1897, professeur à l'Université impériale de Tokio en 1905. Harno Hayashi remplit depuis avril 19 4 les fonctions décanales, Il professe la pharmacologie et a publié un traité de pharmacothérapeutique dont la 8e édition date de 1923 et un traité de pharmacologie dont la 10e édition date de 1925. Son laboratoire est des plus actifs et nombre de travaux importants y ont été faits par ses élèves sous sa direction. Personnellement, le professeur Hayashi a surtout étudié les sécrétions internes : la production de thymolysine et ses effets sur l'état thyroïco-lymphatique ; l'action comparée de l'adrénaline introduite dans les veines et sur la peau ; l'action de l'extrait de post-hypophyse ; l'action de la thyroïde sur le métabolisme ; l'influence des para-



thyroïdes sur l'élimination de guanidine ; les effets de la folliculine, etc.

Le professeur Hayashi est membre de la Commission du Codex et de la Comission d'hygiène publique, président de la Société médicale de Tokio et de la société de pharmacologie du Japon.

Venu par le Transibérien, il s'est arrêté à Berlin avant de visiter notre pays. Son séjour en France durera environ un mois.

Il fera deux conférences à la Faculté de médecine les 8 et 10 janvier. Puis il regagnera son pays après avoir visité l'Amérique du Nord.

NÉCROLOGIE

Le docteur MONIN.

Le Dr Ernest Monin vient de mourir à 72 ans, emporté brusquement par une congestion pulmonaire. Il était né à Besançon, où son père était professeur d'histoire au lycée, et où il prit ses premières inscriptions de médecine après de fortes études classiques. Toute sa vie il resta un hermaniste militant, émaillant volontiers ses écrits de citations latines.

Docteur en médecine à 21 ans, — un record sans doute ! — il ne tarda pas à écrire dans mainte feuille médicale et au *Gil Blas*, auquel il collabora chaque semaine pendant de longues années. Il n'a pas publié moins de 60 volumes dont aucun n'est banal, et qui s'adressent au grand public aussi bien qu'aux praticiens. Ecrivain ingénieux et vif, d'une pureté classique, pensant beaucoup et bien, savant encyclopédique, pittoresque et anecdotier, il a dispersé les trésors de son expérience et de ses méditations dans toutes ses publications, dont plusieurs seront longtemps consultées, notamment les *Odeurs des corps humains dans les maladies* et l'*Hygiène de la Beauté*, avec préface de Cateille Mendès, (2) éditions).

Il y avait en Monin un phylosophe dont les aphorismes brillent et sonnent comme de petites médailles de La Bruyère. En voici quelques échantillons :

« La médecine est la plus désintéressée des professions : tout médecin ne travaille-t-il pas sans cesse à se rendre inutile ?

« Pour plaire à la clientèle, il faut se résigner à accepter sans cesse des leçons faites par des ignorants et même par des imbéciles.

« Que de gens nient la science médicale et croient aveuglément aux recettes de leur concierge !

« Les médecins sont encore plus souvent trompés que trompeurs, et ce n'est pas peu dire.

« Il est bien difficile d'exercer noblement quand on n'exerce que pour vivre.

« Les théories médicales ressemblent à ces beaux cuirassés qui sombrent assez facilement, tandis que la pratique de l'art ressemble à un radeau où l'on n'est pas toujours à l'aise, mais qui ne coule point.

« Le laboratoire a eu raison de cette voracité sensorielle qui caractérisait les cliniciens d'antan.

« Nul n'est plus désenchanté que le médecin qui a suivi pendant 50 ans les prétendus progrès de la thérapeutique.

« Une définition de la confraternité médicale : de l'hostilité vigilante.

« Il est difficile de soigner les gens qu'on aime et beaucoup plus facile de leur faire du mal. »

Le Dr Monin figurera avec honneur parmi les *medici minores* de la Franche-Comté, de cette province qui a donné le jour à des as tels que Bichat, Cuvier, Pasteur, Chamberland, Desault, Percy, etc.

Dr E. Callamand (de St-Mandé)



TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des méningococcies par l'endoprotéine méningococcique (1)

Par le Dr J. A. CHAVANY,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Depuis plusieurs années déjà, les manifestations morbides provoquées dans l'organisme par le méningocoque de Weichselbaum ne réagissent plus dans certains pays et en France en particulier à la sérothérapie spécifique (polyvalente ou monovalente) d'une manière aussi heureuse qu'avant guerre. Il existe bien encore des cas où la sérothérapie précocement instituée, à des doses suffisantes et suffisamment répétées, amène la guérison. Mais les échecs de la méthode sont de plus en plus nombreux, comme j'ai pu moi-même m'en rendre compte à l'hôpital Claude Bernard de Paris depuis cinq ans. Mon maître le professeur Teissier, dès juin 1925, insiste dans une de ses leçons cliniques sur la gravité présente des méningococcies. Je reproduis ses propres paroles : « La situation « n'était plus, après la guerre, celle que j'avais constatée « à l'hôpital Claude Bernard, lors de l'épidémie de 1908 « et dans les années qui suivirent. Ce n'était plus la pro- « portion de succès qui m'avait permis de louer, avec « nombre de mes collègues, l'efficacité du sérum anti- « méningocoque. Ce n'était plus les statistiques remar- « quables témoignant de l'abaissement de la mortalité « à 19 %, 13 % et même 11 %, mais le retour désespérant « qui avait précédé toute intervention sérothérapique. »

On a invoqué de nombreuses causes à ce changement manifeste de situation (Dopter. Rapport au Congrès de médecine de Bordeaux, 1923). C'est ainsi que le germe le plus fréquemment observé à l'heure actuelle est le méningocoque B ; or c'est lui de beaucoup le plus virulent et qui donne les formes les plus sévères. Les associations microbiennes (pneumocoque, streptocoque) constitueraient souvent un facteur d'aggravation. L'âge des sujets intervient aussi : on connaît la gravité extrême de la méningite du nourrisson. Il est certain encore que le pronostic varie suivant la disposition anatomique des lésions ; une forme purement spinale a plus de chances de guérir qu'une forme cérébrale avec ventriculite et pyocéphalie. Le cloisonnement de la cavité sous-arachnoïdienne vient souvent compliquer la situation en limitant dans des proportions ordinairement considérables le rayon d'action du sérum. Au cours de nombreuses autopsies de méningite cérébro-spinale auxquelles j'ai assisté, j'ai été frappé par la fréquence de véritables lacs purulents siégeant au niveau de la base du crâne (étage postérieur principalement) et j'ai compris combien il pouvait être illusoire d'espérer guérir de tels cas en injectant par voie rachidienne ou même ventriculaire dans des espaces sous-arachnoïdiens cloisonnés par d'épaisses fausses membranes un sérum uniquement antimicrobien comme l'est le sérum antiméningococcique. Je me suis rendu compte que dans ces cas, il eût fallu, en des points multiples de la séreuse méningée, établir un véritable drainage chirurgical précoce et continu pour oser émettre quelques espoirs.

En présence des échecs répétés de la sérothérapie, tant en ce qui concerne la méningite cérébro-spinale que les manifestations générales de la méningococcie un certain nombre d'auteurs ont proposé une série de *moyens adjuvants* à employer concurremment avec les injections de sérum pour traiter l'infection méningococcique. Boidin fit sur ce sujet, au Congrès de médecine de Bordeaux (1923) un rapport très documenté, Boidin et Weisenbach, Florand et Fiessinger, Méry et Girard, Sergent, enregistrèrent des succès en employant la bactériothérapie ; les uns se servent d'un stock vaccin, les autres emploient un auto-vaccin fabriqué en utilisant le propre germe du sujet. Boidin conseille même d'utiliser dans certains cas l'abcès de fixation. Je ne m'étendrai pas ici sur ces procédés vaccinothérapiques soi-disant spécifiques, sur leur posologie, ni sur leur mécanisme qui, à mon avis, dans les cas heureusement influencés, paraît s'apparenter aux phénomènes de choc. Je ferai remarquer que dans ces cas on a utilisé seulement la voie sous-cutanée et qu'il n'a pas été pratiqué d'injection intrarachidienne de vaccin.

Je veux surtout parler d'une méthode dont j'ai pu me rendre compte par moi-même des avantages à l'hôpital Claude Bernard, c'est l'endoprotéinothérapie méningococcique issue des recherches de mon ami le Dr Reilly, chef de laboratoire de la clinique des maladies infectieuses de Paris. Les résultats encourageants de ce procédé thérapeutique nouveau ont fait l'objet de la thèse inaugurale de mon ami Luton (de Clermont-Ferrand) à laquelle je ferai de nombreux emprunts (Thèse de Paris, 1926). Mme Moret de Beaufort, dans un travail récent inspiré par Lereboullet vient de confirmer (Thèse de Paris 1928) les résultats heureux obtenus par Reilly et par Luton.

Je passerai successivement en revue :

A. — *La préparation de l'endoprotéine* ;

B. — *Le traitement des méningites cérébro-spinales* ;

C. — *Le traitement des infections générales à méningocoques.*

A. — Préparation de l'endoprotéine (1).

On l'obtient en broyant dans un mortier d'agate des méningocoques cultivés sur gélo-ascite dans des boîtes de Roux laissées à l'étuve durant trois jours. Les microbes sont recueillis par raclage dans du sérum physiologique, isolés ensuite par centrifugation, desséchés dans le vide pendant 24 heures, et enfin broyés pendant au moins une heure avec une quantité de chlorure de sodium égale à 40 % du poids des corps microbiens secs recueillis. Au cours de ce broiement, il convient de se rendre compte au microscope du degré de destruction microbienne. Lorsqu'on a une poudre impalpable, on la reprend par l'eau distillée de façon à avoir une solution isotonique à 8 pour 1000. Ce liquide est laissé 24 heures à la glacière et au bout de ce temps on enlève les corps microbiens par centrifugation. On décante le liquide absolument limpide qui surnage et qui contient une grande partie des albumines microbiennes. Il est nécessaire de les conserver par la suite à la glacière. Le produit ainsi obtenu est un liquide absolument limpide mais devenant légèrement opalescent lorsqu'on le chauffe à 56° pour le stériliser.

Ce produit mis en ampoules de 2 cmc. contient une grande partie des albumines microbiennes, mais il ne présente aucune toxicité, aussi n'est-ce pas une endotoxine. Reilly et Luton ont proposé de lui donner le nom d'*endoprotéine*.

B. — Le traitement des méningites à méningocoques.

Avant d'envisager la conduite de ce traitement par l'endoprotéine, signalons les effets obtenus par ce produit chez *les sujets sains*. Chez un sujet normal l'injection intramusculaire de 1 cmc. 5 d'endoprotéine détermine, deux heures après la piqûre, une poussée thermique

(1) Ce travail doit paraître sous peu en Roumanie dans le journal *Clinica*, dont notre collègue d'internat, Théodoresco est le directeur. — Note de l'auteur.

(1) Extrait de la thèse de Luton. La préparation est la même à l'heure actuelle.

ordinairement éphémère à 39° ou 40° avec grand frisson. Toujours chez un sujet normal l'injection intra-rachidienne d'un demi ou d'un cmc. d'endoprotéine détermine, en outre d'une élévation thermique très élevée, une réaction méningée cliniquement appréciable par une céphalée intense, de la raideur de la nuque, de la rachialgie, réaction qui peut persister durant 4 à 5 jours ; à ce moment l'examen du liquide céphalo-rachidien met en évidence une réaction méningée aseptique (à prédominance de polynucléose.)

Chez le méningitique, il convient de pratiquer et des injections intra-rachidiennes et des injections intra-musculaires (1). Le posologie du médicament est délicate à fixer ; elle varie suivant les cas. On débute ordinairement par une injection intrarachidienne d'endoprotéine.

La quantité d'endoprotéine à injecter au cours de cette première piqûre *est fonction du degré plus ou moins grand d'inflammation du liquide céphalo-rachidien.* C'est ainsi que si l'on est en présence d'un liquide simplement louche (à reflet anisé) on injectera seulement 1 cmc. de produit ; si le liquide retiré est purulent on injectera d'emblée 1 cmc. 5 à 2 cmc. Il peut se produire dans les heures qui suivent l'injection une exagération de la température et une accentuation des phénomènes méningés, *mais il convient d'insister sur le fait que la méninge malade supporte beaucoup mieux l'endoprotéine que la méninge saine.* Dans les jours qui suivent, on sera amené à pratiquer de nouvelles injections intrarachidiennes d'endoprotéine. Mais un précepte est à retenir : pour pratiquer une nouvelle injection et savoir quelle dose du produit doit être injectée, *grand compte doit être tenu de l'examen du liquide céphalo-rachidien.* Si l'état cytologique et bactériologique du liquide s'est amélioré, au lieu de faire une dose supérieure à la précédente, on doit injecter une dose moindre : 1 cmc., 3/4 de cmc., 1/2 cmc. par exemple. Cela est surtout vrai au moment de la 3ᵉ ou 4ᵉ piqûre, lorsque le liquide redevient clair et a tendance à reprendre sa composition normale tout en devenant amicrobien. On se retrouve en présence d'une méninge relativement saine et tout se passe comme chez un sujet neuf. On peut à ce moment, par une injection intempestive, faite à doses trop élevées, déclencher une méningite aseptique qui peut en imposer pour une rechute de la maladie (2).

On voit donc combien la posologie et la répartition dans le temps des injections intra-rachidiennes sont intimement liées à l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Dans l'intervalle des injections intra-rachidiennes *on pratiquera dans tous les cas des injections intra-musculaires* (et non pas sous-cutanées). Ici, la posologie du médicament n'est plus la même. Il semble que l'organisme du méningitique s'habitue à l'action de l'endoprotéine introduite par voie intramusculaire et offre une résistance croissante à présenter les réactions générales caractérisant l'action bienfaisante du produit. On opérera donc tous les deux ou trois jours avec des doses progressivement croissantes. 1 cmc.5., 3 cmc., 2 cmc.5, 3 cmc.

On voit donc que les deux courbes posologiques intra-rachidienne d'une part intramusculaire de l'autre peuvent se croiser, la première sujette à des variations descendantes possibles, la seconde toujours progressivement ascendante.

On cessera les injections intrarachidiennes dès que l'état du liquide sera devenu satisfaisant, et les injections intramusculaires dès que les phénomènes généraux auront disparu et que la courbe de température sera redevenue quasi normale.

Nous venons d'envisager la technique de l'endoprotéinothérapie chez l'adulte, la technique est la même chez l'enfant qui supporte proportionnellement à son poids des doses d'endo-protéine beaucoup plus élevées que l'adulte.

(1) Nombreux points de la technique que j'indique ici m'ont été gracieusement enseignés par Reilly et n'ont pas encore été publiés.

(2) Dusolier. — *Archives médicales d'Angers*, 1928, page 41.

Quels résultats est-on en droit d'attendre de cette méthode ? — Il faut ici sérier les cas.

a) Dans les méningites cérébro-spinales de moyenne intensité, dans les formes à prédominance spinale, dans les formes où le liquide est simplement louche, *les résultats sont ordinairement très bons.* Il est rare cependant qu'une seule injection intra-rachidienne suffise, il convient de les répéter 3 ou 4 fois. Il semble que pour que l'endoprotéine produise son effet curateur, il faille attendre que l'infection évolue depuis un certain temps déjà et que parallèlement à cette durée évolutive l'organisme ait atteint un certain état de sensibilité vis-à-vis de l'antigène microbien homologue. C'est vers le 10ᵉ ou 12ᵉ jour de la maladie que pareil phénomène paraît se produire et c'est à cette période qu'on obtient ordinairement la guérison, survenant souvent de manière assez brusque.

b) Envisageons maintenant les formes graves de la maladie.

Lorsque la ponction lombaire ramène du pus franc, la guérison peut se produire mais elle est beaucoup moins fréquente. Dans ces cas-là les facultés de résorption de l'organisme sont dépassées. L'organisme résorbe mal le pus une fois formé et collecté, qu'il s'agisse d'un pus à méningocoque ou d'un pus banal. On ne traite pas les abcès médicalement — et nous sommes ici en présence de véritables abcès méningés. Il faudrait les ouvrir et les draîner. Or leur multiplicité et surtout leur situation rend tout drainage des méninges bien hypothétique comme efficacité. Dans certains cas cependant l'endoprotéinothérapie a pu donner des améliorations passagères ordinairement suivies de rechutes. Exceptionnellement, la guérison a pu être obtenue par la méthode ; elle s'est produite alors sans séquelles. Au cours du traitement de ces formes nettement purulentes par l'endoprotéinothérapie, nous devons enregistrer la *rareté des blocages,* si fréquents au cours du traitement sérothérapique de la maladie. Et cela se conçoit aisément. Avec la protéinothérapie, outre le choc général, il se produit un choc local avec appel leucocytaire intense *in situ* (comme on peut le voir sur des coupes de méninges de lapins sacrifiés quelques heures après injection intrarachidienne d'endoprotéine). Il en résulte un véritable ébranlement, un brassage des humeurs qui s'oppose dans une certaine mesure à l'édification des fausses membranes. C'est là une intéressante application de la théorie des chocs locaux de Bard. Peut-être, en tenant compte de ces chocs locaux, y aurait-il lieu de multiplier les points d'injection de l'endoprotéine (injections rachidiennes étagées, injections sous-occipitales, injections ventriculaires). Mentionnons enfin un autre fait saillant au cours de l'emploi de cette méthode : *c'est la rareté des infections secondaires* du liquide céphalo-rachidien. Ces infections (dues au pneumocoque ou au streptocoque) sur lesquelles Netter et Salanier ont, les premiers, attiré l'attention sont fréquents dans la sérothérapies, surtout faite à doses massives et lorsque le sérum est mal résorbé.

Lorsqu'il y a ventriculite et épendymite, l'endoprotéinothérapie aboutit toujours à des échecs (Reilly, Rivalier et Huet). L'injection intrarachidienne est sans efficacité, l'injection intraventriculaire aussi ; il ne se produit même pas après elle des phénomènes généraux de choc.

La forme du nourrisson doit être placée dans les formes très graves. On n'obtient absolument aucun résultat avec l'endoprotéine. A cette époque de la vie l'organisme ne porte pas en lui les moyens de réagir à une médication de choc. Le fait est à rapprocher de l'impossibilité de vacciner les nouveau-nés contre la diphtérie par l'anatoxine diphtérique (1).

(1) Un certain nombre des observations des malades traités avec succès par l'endoprotéinothérapie sont consignées dans le thèse de Lutor, dans celle de Mme Moret de Beaufort, travaux auxquels nous renvoyons le lecteur. Dans le travail de Mme Moret, outre les cas de Lereboullet, on trouvera un cas étudié par Cathala. Un certain nombre de cas traités, ne sont pas encore publiés et sont conservés dans les Archives de l'hôpital Claude-Bernard.

C. — Le traitement des infections générales à méningocoques.

On sait la fréquence relative et la résistance aux divers traitements des manifestations générales de la méningococcie. Certaines révèlent une forme foudroyante présentant l'allure du *purpura fulminans*, d'autres rapides et graves aussi affectent la *forme purpurique*, il existe encore une *forme thyphoïde* simulant la dothiérientérie jusqu'au jour où la réaction méningée apparaissant vient signer le diagnostic. Ces formes sont ordinairement de *véritables septicémies à méningocoques* et méritent bien le nom général de méningococcémies sous lequel on les englobe toutes. Mais la forme la plus fréquente dite *intermittente* ou *pseudo-palustre* ne mérite pas cette appellation. Il s'agit en réalité d'un petit foyer (gite paraméningé de certains auteurs) situé en réalité au voisinage du milieu sanguin et qui de temps à autre déverse dans le torrent circulatoire des décharges microbiennes produisant les accès fébriles ordinairement de courte durée preuve évidente des rapports intimes du foyer avec le système circulatoire. Le problème ne consiste donc pas ici à guérir une septicémie mais d'agir sur un foyer purement inflammatoire phlegmasique et ordinairement très localisé. L'endoprotéinothérapie donne en l'occurence d'excellents résultats en injections uniquement intramusculaires (16 cas traités un échec : statistique de Reilly). Deux à trois injections de 2 à 3 cmc. d'endoprotéine suffisent ordinairement à amener la guérison définitive, Nous voulons à ce propos insister sur deux points. *Il ne faut jamais dans ces cas pratiquer d'injection intrarachidienne d'endoprotéine*, car on risquerait, à la faveur de la méningite aseptique artificiellement provoquée, de créer un point d'appel pour les méningocoques et de transformer la maladie en méningite cérébro-spinale. Il faut aussi savoir qu'il convient de ne pas traiter les malades dès le début même de leur affection ; *il faut laisser évoluer un certain laps de temps le foyer* ou les foyers générateurs du germe, c'est seulement lorsque les accès datent de 12 à 15 jours qu'on obtient des résultats vraiment remarquables avec l'emploi de l'endoprotéine intramusculaire.

Tel est le bilan actuel du traitement des méningococcies par l'endoprotéine méningococcique. Cette méthode pleine de promesses demande encore à être expérimentée et revisée. De l'avis même de son auteur, l'endoprotéinothérapie méningococcique ne paraît pas guérir les malades par une action spécifique. Son pouvoir curateur semble être conditionné par des actions locales et générales de phénomènes de choc comme le montrent d'une part la rapidité des guérisons obtenues dans certains cas, d'autre part la survenue de rechutes après des améliorations passagères, preuve évidente que celles-ci n'étaient pas dues à un état d'immunité et enfin le fait que la guérison n'est ordinairement obtenue que dans les cas où l'inoculation du produit a déclenché une réaction générale assez vive. C'est en somme une application nouvelle de la vaccinothérapie qui, utilisant une suspension de protéines et non de corps microbiens, porte directement l'antigène dans les culs-de-sac sous-arachnoïdiens permettant d'associer aux réactions générales de défense du milieu intérieur une modification (qui paraît utile en l'espèce) de l'équilibre physique du liquide céphalo-rachidien. Agissant surtout par choc, elle rentre dans le cadre immense de la protéinothérapie (1), procédé thérapeutique aux résultats parfois merveilleux souvent inconstants parce que probablement nous ne l'appliquons pas toujours quand et comment il conviendrait de l'appliquer, étant donnée l'ignorance où nous sommes d'un grand nombre de facteurs qui en régissent le mécanisme.

(1) Je suis en train, pour l'instant, d'expérimenter la protéinothérapie générale et locale dans le traitement d'un certain nombre de maladies du système nerveux central et périphérique.

Essai sur une théorie pathogénique du cancer,

Par L. HIRTZMAN

Nombreuses sont les théories tendant à expliquer la pathogénie du cancer, mais aucune n'a encore reçu la consécration expérimentale entière, c'est-à-dire s'appliquant à tous les processus cancéreux. Celle que nous exposons ici n'a pu être soumise à aucune vérification faute de moyens en notre possession. Sa valeur est donc toute relative, nous énumérerons à la fin de notre exposé les suites expérimentales qu'elle pourrait comporter, laissant à d'autres qui en ont les moyens, le mérite d'en démontrer soit l'inexactitude, soit la part de vérité qu'elle pourrait renfermer.

Nous entrerons immédiatement dans le vif de notre sujet en rappelant que la division est une des réactions de la cellule soumise à une excitation. Les cellules les plus aptes à répondre à une excitation par la division sont les cellules les moins différenciées. La qualité de l'excitant peut être variable ; elle peut être d'ordre physique (rayons X), chimique, mécanique (contusions répétées) biologique (parasites et microbes à virulence atténuée) ; les variations de l'excitant au point de vue quantitatif sont plus importantes, car il importe pour que le processus de division se maintienne ou :

1º Que l'excitant soit de moyenne intensité ou

2º Qu'il se continue ou se répète à intervalles rapprochés.

Les intervalles de temps restent à déterminer par l'expérimentation.

Théoriquement donc et d'après les faits connus, rien ne s'oppose à ce que nous puissions obtenir à l'aide d'une excitation banale mais convenablement dosée une série de divisions cellulaires correspondant à la réparation cellulaire normale que nous pouvons suivre à la suite des traumatismes les plus divers de la vie journalière et qui constitue le processus banale de la cicatrisation.

Prenons l'exemple d'un traumatisme, quel sera le sort des cellules intéressées ? Celles qui auront subi une altération trop violente sont frappées de mort, et disparaissent par phagocytose. Les autres entreront en division et remplaceront les disparues ; c'est le rythme normal de toutes les cicatrisations. D'où vient donc que dans les processus cancéreux cette division ne s'arrête pas et finit par prendre le type anarchique, qu'il y ait rupture d'équilibre dans la prolifération cellulaire ?

Peut-il s'agir d'un agent spécifique ? Cette hypothèse nous explique mal la non-inoculabilité de la majorité des cancers, l'influence de l'âge, la grande variabilité des lésions, les cancers par agents physiques et chimiques ; l'allure clinique enfin qui montre la multiplicité et la variabilité des affections cancéreuses s'accorde mal avec l'idée d'une seule et même maladie infectieuse.

D'autre part, au point de vue biologique, il faudrait admettre que ce parasite unique aurait une affinité toute spéciale pour le centrosome, qu'il s'incorporerait à lui et présenterait des phases de division synchrones de la division cellulaire, ou bien que le parasite s'amalgamerait d'une façon tellement intime à la chromatine nucléaire que la cellule parasite deviendait elle-même « *ipso facto* », un autre organisme, un véritable parasite dans l'organisme, mais alors comment expliquer les tumeurs bénignes et leur transformation en tumeurs malignes ?

Peut-il s'agir d'agents vivants de différentes espèces ? Les dernières recherches et expériences sembleraient le prouver, mais à côté des tumeurs cancéreuses indéniablement provoquées par les vers et probablement par certains microbes ou virus filtrants, il existe toute une catégorie de tumeurs où l'on n'a pu mettre en évidence aucun germe et qui paraissent nettement déterminées soit par des agents physiques, soit par des agents chimi-

ques. La question reste donc entière et s'il reste démontré que des causes animées peuvent déterminer le cancer, il paraît bien qu'elles ne sont pas uniques et que pour mettre en route l'évolution cancéreuse d'autres conditions sont nécessaires.

Les auteurs, trop préoccupés des questions microbiennes ou parasitaires, ont attribué, à notre avis, un rôle trop important à la question qualitative de l'irritant cellulaire laissant trop dans l'ombre la pluralité des causes irritatives.

Notons cependant que les agents animés isolés étaient banaux et d'une virulence très atténuée (vers, streptocoques, staphylocoques). Laissons actuellement de côté, pour l'expliquer ultérieurement, la question de certains sarcomes, notamment du sarcome de la poule réinoculable par filtrat (Sarcome de Rouss.)

Cette action des agents d'irritation, animés ou non, sur la formation des tumeurs dites bénignes paraît bien établie et nous pouvons la suivre depuis le simple bourgeon charnu d'une plaie infectée jusqu'au volumineux polype des différentes muqueuses, en passant par les simples papillomes comme les verrues ; cependant pour toutes ces néoformations dites bénignes on ne s'est pas attaché à découvrir un agent pathogène unique et il est admis que les microbes les plus banaux, les irritations les plus courantes, peuvent provoquer de semblables néoformations.

Il semble donc que, si l'agent causal de la division cellulaire aboutissant à la néoformation n'est pas univoque, la cause du processus cancéreux ne lui est pas immédiatement imputable et que ce n'est que secondairement qu'il déclanche la transformation maligne.

Nous connaissions la possibilité que possèdent les tumeurs bénignes de se transformer en tumeurs malignes, mais en quoi consiste cette malignité ?

Est-il possible, au début de cette transformation, de distinguer morphologiquement une cellule cancéreuse d'une autre cellule provenant d'une division cellulaire causée par une irritation banale. En d'autres termes, tout au début d'une néoformation, est-il possible de reconnaître spéficiquement une cellule cancéreuse ? Nous savons au contraire, à quelles difficultés on se heurte dans certains cas où les éléments cancéreux très rares sont mêlés à des éléments infectieux (épithéliome du col avec métrite, ulcération néoplasique de l'estomac), à tel point que pour ce dernier organe certains auteurs sont allés jusqu'à penser que la lésion ulcéreuse n'était qu'un néoplasme ulcéré contrairement à l'opinion généralement adoptée que l'ulcère prédisposait à l'évolution cancéreuse. C'est donc par modifications insensibles et progressives que les cellules provenant d'un foyer d'irritation, acquièrent le caractère de malignité qui permet de les décrire grâce à leur morphologie spéciale.

Arrivés à ce point nous pouvons considérer comme établi :

1° que la prolifération cellulaire peut s'établir sous des influences irritatives diverses ;

2° qu'elle est en somme un mode de réaction générale de toutes les cellules ayant conservé la propriété de se multiplier :

3° que ce mode de réaction cellulaire appartiendra surtout aux cellules les moins différenciées en particulier à celles dont la vie est brève et dont les fonctions comportent une régénération cellulaire normale.

D'où vient qu'à un moment les divisions cellulaires se multiplient, revêtent le type anarchique et prennent le caractère de malignité ? Malgré les nombreuses recherches on n'a pu déceler aucun élément nouveau dans la cause irritative locale. Ne devons-nous pas rechercher dans l'organisme lui-même la raison de cette transformation ? Connaissons-nous des faits qui nous permettent de nous diriger dans cette voie ?

Tout d'abord posons-nous une question très simple : d'où vient que la croissance d'un être soit limitée, pourquoi à un certain stade d'accroissement le développement, c'est-à-dire les divisions cellulaires s'arrêtent-elles ? L'arrêt de la croissance est déterminée par la maturité des différentes glandes endocrines et leur interéquilibre. Nous ne pouvons encore préciser davantage, car si ces différentes glandes ont des fonctions souvent antagonistes, elles peuvent aussi avoir des fonctions complémentaires ou semblables. Peu importe pour notre étude la spécialisation et le rôle de telle ou telle glande, le point important est de savoir qu'elles peuvent régler les divisions cellulaires par la sécrétion de produits désignés sous le nom d'hormones. Nous connaissons l'influence de ces hormones sur le fonctionnement de la glande mammaire, sur le développement de l'utérus, etc.

Voici donc un autre point établi. Il existe dans l'organisme des hormones dont le rôle est de provoquer l'activité cellulaire, soit de la coordonner ou de l'arrêter. En présence de divisions cellulaires l'organisme réagit et possède les moyens soit de maîtriser, soit d'augmenter ces divisions cellulaires qui demeurent cependant toujours normales au cours du développement de l'individu.

Nous connaissons d'assez nombreuses substances possédant des propriétés leucopoïétiques, c'est-à-dire stimulant la multiplication des globules blancs : certaines sont nettement spécifiques vis-à-vis de telle ou telle variété de leucocytes. Il est donc possible qu'il existe des substances analogues pour d'autres cellules de l'organisme. D'ailleurs les produits antagonistes de ceux qui excitent l'activité cellulaire existent ce sont les sérums cytolytiques.

C'est à ce point que nous entrons dans le domaine des hypothèses. Hypothèses rendues vraisemblables par les faits et les explications que nous venons d'exposer.

En inoculant à plusieurs reprises par la voie parentérale des macérations d'une certaine catégorie de cellules on crée chez l'animal inoculé un sérum cytolytique spécifique vis-à-vis de la variété cellulaire employée. Nous ne mentionnerons pas ici les nombreux sérums cytolytiques que l'expérimentation est arrivée à produire, mais nous retiendrons des faits acquis que la mort de certaines cellules au cours d'une maladie est susceptible de produire des modifications sérologiques dont l'action nocive peut continuer à se faire sentir sur les cellules similaires demeurées vivantes. Bien mieux, ces altérations du milieu intérieur transmises héréditairement, expliqueraient d'après certains auteurs, les états de meiopragie constitutionnelle de certains organes (foie, rein) chez l'enfant.

Ces constatations s'accorderaient assez bien avec les notions de prédispositions héréditaires pour le terrain cancéreux.

Il nous semble logique de penser que de même que l'on est parvenu à obtenir des sérums cytolytiques, on doit arriver à la production de sérums cytopoïétiques en s'adressant à des cellules possédant encore leur pouvoir de multiplication et que ce résultat n'est qu'une question de technique expérimentale. Nous touchons ainsi à la solution ou tout au moins à une explication logique du processus cancéreux. Qu'une irritation anormale provoque des divisions cellulaires, que cette irritation demeure permanente ou se répète à des intervalles rapprochés, qu'elle s'accompagne de résorption de produits cellulaires adultérés, il s'en suivra des modifications du milieu intérieur aboutissant à un état stable avec production d'hormones excitatrices de la division cellulaire. Comme ces produits anormaux différents des hormones physiologiques résultent d'une modification profonde des humeurs il en résulte une multiplication pathologique des cellules. En résumé le processus cancéreux résulterait de l'association de deux facteurs.

1° Une irritation quelconque, permanente ou répétée, mais toujours faible s'accompagnant d'une résorption des produits de cellules adultérées.

2° Une modification consécutive des propriétés sérologiques.

Avant d'examiner si cette hypothèse peut expliquer tous ces phénomènes du processus cancéreux, pénétrons plus avant dans l'étude des caractéristiques cellulaires des tumeurs. Dans toute néoformation, comme d'ailleurs dans toute inflammation ou irritation s'accompagnant de divisions cellulaires, il existe un mélange d'éléments leucocytaires

mobiles et d'éléments cellulaires fixes provenant du tissu ou de l'organe intéressé. La proportion respective de ces deux éléments est variable, elle dépend de la qualité et de l'intensité de l'agent irritant. La réaction inflammatoire est d'autant plus abondante que la toxicité de l'agent irritant est plus grande ou son action plus rapide. Au contraire si l'action est lente, peu toxique, assez bien tolérée, la réaction des cellules appartenant à l'organe intéressé sera la plus marquée.

L'élément inflammatoire peut être prédominant au point de constituer à lui seul toute la tumeur, c'est le cas des sarcomes que bien des auteurs considèrent comme des tumeurs inflammatoires constituées par des cellules migratrices venues du sang circulant. Ce qui expliquerait que ces tumeurs se généralisent par voie veineuse et non par voie lymphatique. Cette opinion sur le rôle des cellules blanches du sang dans les néoformations n'est pas neuve, puisque Tripier, de Lyon, considérait il y a déjà longtemps des cellules cancéreuses comme provenant toutes du globule blanc, ce qui est inexact. Dans les productions pathologiques dues au bacille tuberculeux, il existe une semblable réaction inflammatoire, mais les cellules migratrices réunies pour constituer la granulation sont atteintes par les toxines tuberculeuses et se nécrosent au lieu de subir une simple influence d'irritation cellulaire.

Ainsi les processus cancéreux se placeraient à côté des divers autres réactions de l'organisme devant les divers agents infectieux ou traumatiques, ils représenteraient le minimum d'incomptabilité avec les cellules auxquelles ils communiquent une excitation provoquant des troubles cellulaires sans causer la mort. C'est cette accoutumance à une action lente, prolongée ou répétée qui en produisant à la longue des modifications humorales profondes par résorption des produits cytolytiques altérés déterminerait les caractères de malignité.

Il existe cependant des formations néoplasiques rangées parmi le cancer qui paraissent ne pas répondre à cette hypothèse. Nous avons observé des cas de carcinomatose généralisée où l'infection évoluait avec une rapidité rappelant au point de vue clinique l'évolution d'une maladie infectieuse aiguë. Ces cas se comportaient comme de véritables granulies, ils amenaient inévitablement à l'esprit du médecin l'idée d'un agent infectieux ou parasitaire et vont tout à fait à l'encontre de l'hypothèse d'une action lente, prolongée, peu virulente pouvant amener de profondes modifications humorales. Mais, à notre avis, outre qu'il peut s'agir de véritables infections encore inconnues et ne rentrant pas dans le cas des cancers, nous pouvons les considérer comme des septicémies sarcomateuses granuliques où l'élément inflammatoire prédomine et les ranger entre les sarcomes vrais et les diverses leucémies aiguës.

La théorie que nous venons d'exposer comporte donc l'association de deux facteurs indispensables à la production de la tumeur maligne, elle doit fournir une explication logique de certains phénomènes de prolifération tissulaire. Nous avons rappelé brièvement ce fait expérimental et connu que des excitations diverses d'ordre mécanique, chimique, physique ou biologique peuvent aboutir à des néoproductions cellulaires à condition que l'irritant soit suffisamment doux pour ne pas entraîner la mort cellulaire ou un trouble de nutrition suffisamment intense pour entraîner la dégénérescence.

Actuellement il ne paraît pas douteux, cliniquement et expérimentalement parlant, que des modifications sérologiques dues à la présence ou à l'absence de certaines hormones sont susceptibles de provoquer le développement et la division de cellules sensibles aux hormones envisagées. L'hormone folliculaire provoque l'accroissement de l'utérus par multiplication de ces cellules musculaires, les produits thyroïdiens et hypophysaires agissent sur le tissu osseux. Chacun des facteurs que nous incriminons dans le processus cancéreux est donc susceptible à lui seul de provoquer la multiplication cellulaire : mais en agissant séparément, aucun d'eux n'est susceptible de donner le caractère de malignité à la néoformation. Mais dès que ces deux facteurs : irritation lente ou répétée, résorption des produits cellulaires adultérés réagissant sur le milieu humoral, se combinent, le processus cancéreux se déclanche. Ainsi nous pouvons expliquer le caractère de bénignité que l'on attache aux tumeurs enkystées, l'importance de l'intégrité de la membrane vitrée dans les diagnostics des tumeurs. Tant que les produits de désintégration cellulaire peuvent être déversés à l'extérieur ou contenus dans une membrane kystitique, les phénomènes de résorption demeurent pratiquement nuls et le milieu humoral ne subit pas de modification. Nous pouvons ainsi expliquer la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes et aussi la sensibilité à l'irritation de certains nævi ou débris embryonnaires.

Le cancer dû au badigeonnage par le goudron serait dû à la fois au caractère irritant de ce produit et à ses propriétés d'étanchéité qui favorisent les résorptions des cellules lésées, et empêchent les débris toxiques d'être éliminés par la peau.

La perturbation de l'état humoral avait été signalé il y a déjà de longues années, et Tripier, de Lyon, faisait fréquemment remarquer aux autopsies que le sujet mort de cancer était très souvent porteur de plusieurs autres tumeurs différentes, le plus souvent bénignes. Il existait chez ces sujets une prédisposition à créer des néoformations, une véritable diathèse cancéreuse. Nous avons pu fréquemment, par des examens attentifs, vérifier l'exactitude de cette observation au cours de nombreuses autopsies.

Les deux théories de cancer maladie générale, et de cancer maladie locale, se rejoignent et nous comprenons l'intérêt pour la guérison des excisions précoces, c'est-à-dire avant que l'équilibre humoral ait été troublé.

Nous pouvons concevoir que le même germe se localisant dans la moelle osseuse pourra donner une ostéomyélite, un sarcome ou une leucémie. Le rôle que peut jouer le tréponème à virulence atténuée sur la production néoplasique nous paraît logique, si nous admettons que sa toxicité n'est plus capable de provoquer la nécrose cellulaire, mais, n'agit plus que comme agent d'irritation. Nous ne pouvons dans ce travail nous attarder à examiner tous les cas de cancer et à leur faire l application de l'hypothèse que nous venons d'exposer, mais nous en avons envisagé un grand nombre et nous n'avons pas rencontré de faits généraux allant à l'encontre de cette théorie. Il reste donc à lui faire subir l'épreuve expérimentale, parcourons-en les grandes lignes.

Partie expérimentale. — I. Est-il possible de créer une lésion cancéreuse en créant à plusieurs reprises et pendant plusieurs mois une mortification cellulaire et réinoculant sous la peau les produits cellulaires excisés et altérés ?

II. Après une première phase caractérisée par l'apparition de propriétés cytolytiques du sérum, existe-t-il une deuxième phase où apparaissent des propriétés cytopoïétiques ?

III. Une culture « in vitro » de tissu cancéreux se développe-t-elle avec la même rapidité dans un sérum normal que dans le sérum d'un malade cancéreux porteur d'une tumeur homologue ?

IV. Une tumeur bénigne provoquée par simple irritation (polype, papillome) incluse, sans être détachée de son point d'implantation, dans du tissu sain, peut-elle prendre des caractères de malignité ?

V. Chez un animal déjà cancéreux, est-il possible dans un tissu semblable au tissu qui a donné naissance à la tumeur de provoquer l'apparition d'autres tumeurs par des irritations répétées ?

VI. Des injections parentérales répétées de produits cellulaires néoplasiques à un animal sain peuvent-elles déterminer à longue échéance un terrain favorable au cancer ? Le vérifier en inoculant à plusieurs reprises dans un

◆◆

tissu homologue de l'animal préparé un parasite ou un microbe à virulence atténuée.

VII. Le sérum d'un animal sain préparé par des inoculations répétées de produits cancéreux provoque-t-il une aggravation de l'état cancéreux chez un autre animal, porteur d'une tumeur homologue.

VIII. Des injections de sérum atteint de leucémie provoquent-t-elles chez l'individu sain une hyperleucocytose temporaire ? De quelle nature serait cette hyperleucocytose ?

IX. Quels seraient les effets de la transfusion du sang dans différents cas de cancer ?

Il existe des observations cliniques montrant, dans certaines maladies du sang, de très violentes réactions cytolytiques suivies d'améliorations temporaires, consécutives à des transfusions de sang provenant de sujets sains.

LE MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

Une nouvelle forme de « Bain Intestinal »
Le « Gymnacôlon ».

La méthode d'irrigation intestinale dite « Gymnacôlon », du Dr Borosini, de Lugano, tend à se répandre de plus en plus en Allemagne et en Suisse, mais nous paraît presque totalement inconnue ou ignorée en France. Elle donne cependant des résultats si intéressants qu'elle mériterait d'être appliquée dans bien des cas où les autres modes d'irrigation intestinale ne donnent que des résultats insuffisants ou passagers. Elle réalise, en effet, une véritable gymnastique du côlon que l'on ne peut obtenir, à notre connaissance du moins, avec aucun autre genre d'irrigation, et son action ne se borne pas seulement à déblayer ou à déterger le côlon, mais à lui rendre rapidement sa tonicité normale par une succession rythmée d'injections et d'évacuations, de mouvements de va-et-vient du contenu intestinal : c'est là précisément, comme nous allons le voir, l'originalité du « Gymnacôlon ».

Le sujet est étendu sur une sorte de chaise à examen, la partie supérieure du corps légèrement relevée, le bassin affleurant le bord de la chaise et les pieds relevés sur un marchepied. Un seau hygiénique, destiné à recevoir les déjections, est mis en place entre la chaise à examen et le marchepied. Dans un récipient voisin, suspendu au mur ou fixé à un support, on met quelque 25 litres du liquide à injecter qui, dans les cas de constipation est généralement du sérum physiologique. Ce liquide est introduit dans le rectum au moyen d'une sonde assez courte, d'un modèle spécial, et maintenue en place par un mode de fixation particulier qui lui permet de suivre les contractions du rectum sans que ces contractions puissent la déloger pendant les défécations ; les défécations s'opèrent donc sans qu'il soit nécessaire de retirer la sonde, laquelle est d'assez petit calibre, contrairement à certaines sondes de gros calibre que l'on emploie souvent et dont le moindre inconvénient est de se laisser trop facilement obturer par les fèces. En travers de l'abdomen du sujet est placée une large bande élastique, maintenue en place par des poids suspendus à ses deux extrémités libres et destinée à éviter une distension exagérée du côlon. Une compresse électrique chauffante peut être, si besoin est, interposée entre cette bande et l'abdomen. C'est lorsqu'un demi-litre environ de liquide a été introduit que commence l'évacuation rythmique des fèces et du liquide injecté, la sonde restant toujours *in situ*, et l'évacuation suivant la voie ordinaire. Après l'injection de chaque quart ou tiers de litre, une nouvelle défécation se produit, mais il reste chaque fois une petite quantité de liquide dans le côlon, et c'est à cette accumulation progressive de liquide dans le côlon que l'on doit de pouvoir opérer un lavage du côlon tout entier, jusques et y compris le cæcum, opération qui ne dure en général pas plus d'une demi-heure. Le sujet n'accuse d'ordinaire aucune sensation désagréable, mais s'il en était autrement et s'il se produisait un incident quelconque, colique ou spasme exagéré, il serait bien facile d'interrompre l'arrivée du liquide et de laisser écouler le contenu du côlon à l'extérieur au moyen d'un robinet monté sur la sonde à cet effet.

Comme on le voit par ce qui précède, la technique du « Gymnacôlon » est simple, et son matériel en est si peu compliqué que l'opération peut être faite au domicile même du malade. Selon les cas, on aura intérêt à apporter telle ou telle modification à la technique que nous venons d'esquisser : c'est ainsi que dans les constipations à prédominance de spasmes, le liquide injecté devra être plutôt chaud, (par exemple à 40°), et dans les cas de constipation dite « atonique », le liquide devra être nettement au-dessous de la température normale du corps, c'est-à-dire à 25° ou 30°. On pourra également avoir recours, si c'est nécessaire, à une solution antiseptique. De même, les poids qui maintiennent la bande abdominale devront être plus lourds chez les sujets corpulents que chez les sujets maigres. Enfin, chez certains malades, il pourra être nécessaire de relever plus ou moins la partie supérieure du corps. En règle générale, il n'est pas nécessaire de demeurer constamment auprès du malade ; il suffit de lui donner les indications utiles et de lui recommander notamment de se « laisser aller » naturellement et aussi souvent que possible, jusqu'à 70 ou 80 fois au cours d'une séance. Avec les anciennes méthodes d'irrigation, au contraire, on recommandait au malade de retenir le liquide aussi longtemps que possible, c'est-à-dire de faire ce qu'il n'était déjà que trop porté à faire en raison de sa constipation même. Les autres genres d'irrigation ne demandaient à l'intestin aucun effort, alors que le « Gymnacôlon » fait appel à toute son activité, à tout son péristaltisme agissant, et cela d'une façon tout à fait simple et naturelle, et c'est précisément parce que les défécations se font facilement et naturellement que le traitement de Borosini peut être supporté sans le moindre inconvénient, sans la moindre gêne, par des sujets qui n'ont jamais pu accepter une irrigation ordinaire. Ce sont là des avantages précieux et tout à fait caractéristiques du « Gymnacôlon ».

Et ces effets ne se font pas seulement sentir sur le côlon, mais sur le tractus intestinal tout entier, et même sur l'estomac et sur le filtre rénal. La gymnastique intestinale que réalise le « Gymnacôlon » nous paraît autrement complète et intéressante, certes, que la gymnastique rectale obtenue par Burnier, de Lausanne, avec son « Laxeur » ; elle sollicite et stimule le péristaltisme intestinal tout entier qui, peu à peu se rétablit tout à fait normalement.

Un fait tout à fait typique et qui vaut la peine d'être retenu, c'est que si à la suite d'une irrigation par les méthodes ordinaires, le malade est d'habitude constipé le jour suivant, ce qui se produit d'ailleurs quelquefois au début du traitement de Borosini, cet inconvénient disparaît rapidement et au bout de six à huit séances de « Gymnacôlon », le malade a la grande satisfaction de constater un phénomène inconnu chez lui, depuis souvent bien des années, une selle normale et spontanée, sans l'aide d'aucun purgatif ou laxatif. C'est là le point critique du traitement, et à partir de ce moment, les séances de « Gymnacôlon » qui étaient répétées quatre ou cinq fois par semaine sont espacées et renouvelées tous les trois ou quatre jours seulement. Dans la grande majorité des cas, une douzaine ou une quinzaine de séances suffisent à assurer un résultat durable.

Il va de soi qu'au cours du traitement, l'attention du malade sera attirée tout spécialement sur la question du régime, et qu'il devra modifier son alimentation en conséquence.

Les deux observations suivantes nous ont été obligeamment communiquées par le docteur Walter Osborne, de Munich, qui applique depuis longtemps et avec plein succès la méthode Borosini. Elles ont été choisies au hasard, et nous les traduisons textuellement pour l'édification des sceptiques

Observation I. — Constipation à prédominance de spasmes. Officier en retraite. 60 ans ; souffre depuis 15 ans d'une constipation qui a empiré pendant la guerre. Il a eu de temps en temps des poussées de diarrhée. Il va à la selle trois ou quatre fois par semaine, mais seulement grâce à des laxatifs divers. Etat de malaise général : sensation de « pression » sur le cœur : respiration difficile ; gaz. Sujet solidement bâti, à allure militaire. L'abdomen est mou et ne présente pas de douleur à la pression ; cependant la partie inférieure du côlon est assez dure, descend

jusque dans le pelvis et est sensible à la pression. Le transverse est plein de gaz. La partie supérieure de l'abdomen est saillante le diaphragme est haut, et la respiration courte et superficielle.

Traitement : suppression des laxatifs ; régime surtout végétarien. Les trois premières séances de « Gymnacôlon » ne donnent guère de résultats ; le côlon transverse est spasmé ; le péristaltisme est légèrement douloureux et les gaz persistent. Après la quatrième séance, selle copieuse, spasmes très atténués, plus de douleurs. Deux séances par semaine pendant quatre semaines : les spasmes et les gaz disparaissent. Bonne selle journalière de consistance normale.

L'appétit augmente ; la respiration est redevenue facile et la sensation de « pression » a disparu. Après la douzième séance, le diaphragme s'est abaissé de deux centimètres, le malade se sent mieux à tous égards et les selles continuent à être régulières. Les séances sont arrêtées. Six mois plus tard, le sujet continue à être dans son état normal. Alimentation mixte, surtout végétarienne.

Observation II. — Constipation dite « atonique ». Madame X 42 ans, est constipée depuis 25 ans ; aussi longtemps qu'elle, puisse remonter dans ses souvenirs, elle a toujours eu plus ou moins besoin de laxatifs, mais depuis dix ans, elle ne va à la selle que grâce à des moyens artificiels. Elle a essayé des lavements, mais sans résultats. Gaz, sensation de ballonnement, maux de tête. L'abdomen est gros, mou, et les muscles en sont relâchés et infiltrés de graisse. Diaphragme haut ; pas de respiration abdominale. Le côlon est mou ; le rectum est dur et légèrement douloureux. Par ailleurs, aucune douleur ni autre symptôme.

Traitement : « Gymnacôlon, massage de l'abdomen, alimentation substantielle (légumes, fruits), boire peu, cesser tous laxatifs. Après la première séance de « Gymnacôlon », évacuation d'une quantité considérable de scybales d'odeur très fétide. Pas de douleurs. La malade se sent très bien après la séance. Le lendemain matin, selle spontanée, la première depuis bien des années. Deux séances par semaine ; le rectum est moins dur et la fétidité des selles disparaît, en même temps que les gaz diminuent. Selle normale presque régulièrement deux fois par semaine, les jours où la malade ne prend pas d'irrigation. Au bout de dix séances, la malade se sent beaucoup mieux, la sensation de ballonnement a disparu, l'appétit augmente et il n'y a plus de maux de tête. Madame X, continue à avoir trois ou quatre selles par semaine et au bout de trois mois cette amélioration persiste. La malade déclare qu'elle ne s'est jamais sentie aussi bien.

Chez ces deux malades, le docteur Walter Osborne a injecté à chaque fois plus de 25 litres de liquide, et il paraît bien résulter des observations de notre confrère que, pour être vraiment efficace, l'irrigation doit comporter de 20 à 25 litres, ou même davantage. Chez certains douloureux cependant, il y a intérêt à n'atteindre ce volume que peu à peu, chaque cas particulier ayant évidemment ses indications spéciales.

Si la méthode de Borosini constitue le traitement de choix de la constipation et en général de toutes les stases intestinales, elle constitue aussi une arme précieuse contre les colites catarrhales aiguës ou chroniques, quelle qu'en soit l'origine, mais surtout contre les colites suites de dysenterie amibienne. Le « Gymnacôlon » rend aussi grand service dans tous les états congestifs et dans la plupart des états inflammatoires des organes pelviens chez l'homme ou chez la femme ; en gynécologie par exemple, on aura tout intérêt à y avoir recours dans les métrites, les péri et paramétrites, les annexites, et la plupart des troubles de la menstruation et de la ménopause. Et pour terminer cette rapide énumération des indications de la méthode de Borosini, nous mentionnerons l'action à distance dans nombre de troubles hépatiques ou vésiculaires, et même gastriques (fermentations ou sécrétions anormales). Enfin, comme nous l'avons déjà vu en passant, le « Gymnacôlon » permet toutes sortes d'applications de liquides médicamenteux, ainsi que des applications électriques analogues aux classiques lavements électriques.

Au risque de nous répéter, nous dirons en terminant qu'il est fort regrettable qu'une méthode aussi simple et efficace soit à peu près inconnue chez nous, alors qu'elle est appliquée dans nombre de cliniques, hôpitaux ou instituts privés d'Allemagne, de Suisse, de Hollande, de Serbie et même dans l'Institut du Dr Heinz Schmid, aux Philippines ! Le « Gymnacôlon » comporte un matériel peu compliqué et peu dispendieux, et son maniement peut être confié à n'importe quelle infirmière instruite et intelligente, sans que la présence constante du médecin soit nécessaire, ce qui permet au praticien de tayloriser le traitement pour le plus grand bien de la bourse du malade.

BIBLIOGRAPHIE

Brosch. — Gesundheitskontrolle durch den Organsinn. Vienne, 1912.

Brosch. — Das subaquale Innenbad. Vienne, 1912.

F.-X. Mayr. (Karlsoad). — 1. Die Stuhlträgheit, Karger,, Berlin, 1921. — 2. Fundamente zrur Diagnostik der Verdauungskrankheiten, Wilhelm Braumüller, Vienne et Leipzig, 1921. — 3. Ueber die Mangelhafttigkeit der Fundamente unserer Diagnostik des Verdauungskrankheiten. Vienne, Wilhelm Braumüller, 1925.

Lorand (Karlsoad). — Das Altern.

Ottfried Müller (Tubingue). — *Munchner mediz. Wochenschrift*, 1925. n° 16.

Hermann Gansle (Tubingue). — *Munchner mediz. Wochenschrift*, 1925. n° 21.

Fayr (Leipzig). — *Munchner mediz. Wochenschrift*, 1925, n° 21.

Kortzeborn (Leipzig). — *Fortschritte der Therapie*, 1926, Fascicule 9.

Kortzeborn (Leipzig). — *Archiv für clinische Chirurgie*, 1927, vol. 148, pages 24-26.

A. E. E. Reboul,
de Cannes et Châtel-Guyon.

VARIÉTÉS

Sexualité et délinquence

A propos « de Chasteté perverse »
du docteur Paul Voivenel.

I

Mon premier mouvement fut de me garder d'écrire sur Voivenel et ce pour deux raisons :

L'une est que Voivenel a fait de certains de mes ouvrages des éloges qui, je le crains, sont excessifs. Si je le loue, je fais mine de rendre compliment pour compliment. Si je le blâme, j'endosse l'attitude déplaisante du confrère qui répond par un procédé discourtois à un procédé bienveillant.

L'autre raison, c'est que la dernière œuvre de Paul Voivenel est, comme les précédentes, tellement bondée de faits, tellement farcie d'idées qu'il faudrait, en bonne justice, pour en faire une analyse critique détaillée, écrire un ouvrage d'une étendue au moins égale à celle du sien. C'est exactement ce que j'écrivais récemment d'une autre œuvre — fort différente de celle de Voivenel — *Le service de santé pendant la guerre* 1914-1918 (1), du professeur A. Mignon,

Pareils documents ne se laissent pas analyser en quelques pages.

Cette fois encore, je ne serai pas pusillanime. L'ouvrage de Voivenel est-il bon ? Doit-il être recommandé ?

Oui, il est excellent; oui il convient de le répandre le plus possible, de lui attirer la foule des lecteurs, car il est nécessaire et bienfaisant.

Eh bien ! puisqu'il en est ainsi, peu importe le qu'en dira-t-on. Parlons-en et parlons-en sans contrainte.

Seulement, comme pour l'ouvrage du professeur Mignon, au lieu de faire une critique détaillée et méthodique, de tenter une analyse, je me bornerai à signaler quelques opinions évoquées par une lecture attentive.

D'abord le titre : *La chasteté perverse* (2). J'ai entendu des confrères le critiquer sévèrement. Je le trouve très bon, ce titre : il fait image ; il situe le problème. Il est révélateur non seulement pour le grand public, mais encore très vraisemblablement pour certains médecins, systématiquement contempteurs de la donnée psychologique.

Toutefois, si habilement choisi qu'il ait été, ce titre me paraît devoir être ultérieurement expliqué, sinon longuement

(1) Paris. Masson.

(2 Docteur Paul Voivenel. — *La chasteté perverse*, Paris. La Renaissance du livre.

du moins par un exposé bref et accessible aux gens les plus distraits.

Ici, comme en toute matière, il faut commencer par bien s'entendre sur les définitions.

Un être — homme ou femme — dont le fonctionnement sexuel s'exerce selon les besoins, sans excès et sans déficit, est-il chaste ?

A mon avis : *oui*.

Des êtres — hommes ou femmes — privés du fait ou non de leur volonté, du fonctionnement sexuel normal sont-ils chastes ?

Plusieurs cas sont à considérer.

Il paraît incontestable que quantité de personnes, religieuses, prêtres, laïcs et laïques, non frigides de tempérament, passent *asexuellement* toute leur existence et que la plupart de ces personnes conservent jusqu'à un âge avancé leur robustesse physique et morale, sans que l'observation décèle en elles une altération de la santé imputable, directement ou indirectement, à leur état d'abstinence. Celles-là, ceux-là, ce sont les chastes par excellence et la perversité, non plus que Voivenel, n'ont pas affaire avec eux.

Un autre cas est celui des abstentionnistes, volontaires ou involontaires, dont la vie *apparente* ne comporte pas la moindre manifestation sexuelle mais qui sont ravagés de désirs, dont le subconscient est peuplé de hantises sexuelles, l'imagination, parfois les rêves, harcelés de visions lascives.

Ceux-ci sont-ils *des chastes* ?

A mon avis, *évidemment non*. Cependant voilà bien les sujets de Voivenel, ceux parmi lesquels il fait les plus magistrales cueillettes de fleurs vénéneuses.

Remarquons encore que tout proches de ces derniers, il est d'autres abstinents dont la chasteté apparente est d'autant moins véritable que si, pour l'œil humain, ce sont des abstinents, en réalité ce sont des pratiquants, des pratiquants qui pratiquent le sexe sur eux-mêmes. Autrement dit, ce sont des *onanistes*.

Seuls le prêtre et le médecin sont armés pour donner des lumières sur la question.

Je ne la crois pas indifférente.

L'onanisme solitaire (je dis solitaire par opposition à l'onanisme à deux ou à plusieurs) même cet onanisme solitaire était, du temps que j'étais étudiant, considéré comme un dérèglement, comme un vice, comme une tare d'où ne manquaient jamais de sortir une foule de perturbations et même de maladies.

Une réaction fait désormais considérer l'onanisme comme un phénomène normal ou presque normal. Et il paraît bien qu'il soit à peu près tel chez l'adulte contraint à la continence, et surtout chez l'adolescent lors de l'éclosion de la puberté.

Mais l'excès onanistique qu'en fait-on ?

Et l'excès est fréquent, plus fréquent sans doute que l'excès vénérien, puisque l'acte vénérien nécessite l'accord de deux volontés tandis que l'organe ne cesse de s'offrir au solitaire.

Or, je crois l'excès onanistique, pour des raisons qu'il serait sans doute assez facile d'élucider, de conséquences différentes de celles de l'excès vénérien proprement dit.

Je crois que l'excès onanistique — je dis l'*excès* tout en ne visant d'ailleurs que l'excès contenu tout de même dans certaines limites — je crois que cet excès onanistique avive en général l'intelligence et le sentiment. Pour parler avec davantage de précision, je crois qu'il avive l'intelligence mais seulement par contre-coup et parce qu'il avive le sentiment ; l'avivement de l'intelligence n'étant en pareil cas qu'une répercussion de l'avivement du sentiment.

L'excès détermine une rupture d'équilibre qui vaut à certains sentiments d'affleurer, de dominer avec acuité, au moins à de certains moments.

Tel onaniste a facilement les larmes aux yeux ; tel autre témoigne au contraire d'une rétivité anormale à l'apitoiement. Plus souvent encore l'onaniste a-t-il successivement ou plutôt par phases, tantôt l'une, tantôt l'autre de ces attitudes.

Les larmes aux yeux, la rétivité à l'apitoyement, voilà d'excellentes conditions de création dans l'ordre intellectuel — dans celui du moins qui ne nécessite pas, comme l'art du chirurgien, comme celui du mécanicien, la précision des mouvements, une part capitale d'habileté manuelle.

Peut-être certaines œuvres de grande beauté sont-elles un effet de l'influence onanistique en excès. Autrement dit *des chefs-d'œuvre seraient sortis de l'excès onanistique, comme vraisemblablement des chefs-d'œuvre sont sortis d'excès de vin.*

Il est clair que le dosage de l'excès est d'autant plus impraticable que la limite entre l'us et l'excès varie selon les individualités, et même qu'elle varie, selon les moments, sous l'influence de multiples facteurs, pour chaque individualité.

Ainsi dira-t-on éloge non seulement du vice solitaire, mais même de l'excès dans le vice solitaire.

Doucement.

L'excès onanistique — comme d'autres excès d'ailleurs mais celui-ci touche aux profondeurs de l'être — donnera à l'intellect travailleur, au tempérament travailleur, à la constitution laborieuse, un coup de fouet qui stimulera les manifestations de l'intelligence, les rendra diverses et souples, les pourvoiera d'acuité et de mordant, les fera originales. L'excès fournira à l'intellect vide, à la constitution oisive des imaginations dépravées, parfois des visions et des désirs criminels. La froideur, la rétivité à l'émotion normale apportera au premier des phases d'égoïsme, de découragement, de spleen, mais aussi d'un *objectivisme* souvent précieux en matière artistique. Au second, une robustesse morale, une force déconcertante contre l'aveu, devant le supplice même cette incroyable bravoure dont Voivenel en savant et en artiste donne des exemples stupéfiants.

Est-ce à dire que tels sujets de Voivenel furent ou sont des onanistes ?

Je n'en sais rien du tout.

Sans doute s'en est-il trouvé, s'en trouve-t-il parmi eux.

Ce que je veux exprimer, c'est que l'excès onanistique — solitaire ou non — a dû jouer, doit jouer un rôle qui n'est pas négligeable en maints cas de la psychopathie. Ce que je veux exprimer, c'est que le terme *chasteté* englobe des catégories non seulement diverses, mais essentiellement différentes et même opposées. Et s'il est exact que l'on ne doive pas dire : « cet homme est brave », mais bien : « cet homme a paru brave jusqu'à ce jour » ou encore : « cet homme s'est montré brave en telles et telles phases », l'on ne doit pas davantage dire : « cet être est chaste » mais bien : « cet être a paru chaste jusqu'à ce jour » ou encore : « cet être s'est montré chaste dans telle ou telle période de son existence. » Des circonstances (et le mariage ainsi que le mariage manqué en sont de fameuses) ont fait de tel qu'il fût chaste, de tel qu'il fût pervers, de tel autre qu'il fût chaste et pervers.

Notez bien que ce que j'exprime là est l'essence même de la pensée de Voivenel qui le dit de façon beaucoup plus scientifique et plus claire que moi.

Tout de même son livre n'est pas seulement destiné à des médecins, auxquels il a d'ailleurs beaucoup à apprendre ; il est fait aussi pour le grand public.

Or le *vulgum pecus* recèle des inattentifs et aussi de solides inintelligents. Il n'en a d'ailleurs pas le monopole. Raison de plus pour appuyer sur les distinctions fondamentales. Même entre savants beaucoup d'incertitudes et d'incompréhensions proviennent du manque d'entente sur les définitions.

Ce que je réclame de Voivenel, c'est qu'il consacre dans la prochaine édition de *Chasteté perverse*, un chapitre court mais saisissant, comme il sait les écrire, aux différentes catégories de chastes.

Il serait fort marri s'il lui advenait d'entendre quelque perruche énoncer : «*C'est un chaste, donc il est pervers. Les chastes sont pervers. Voivenel l'a dit* !»

Manque de quelques lignes, la pensée de Voivenel risquerait d'être — chastement ou non — fondamentalement pervertie.

L'ouvrage de Voivenel nous démontre, à l'aide d'exemples typiques et d'arguments originaux que la sexualité, telle une bête implacable, tantôt rugissante, souvent silencieuse et sournoise dans un coin obscur, provoque, ramène à ses fins les actes humains.

Il advient que les fins normales étant inaccessibles des fins anormales leur sont substituées. Les actes qui préparent ces fins anormales, tendent vers ces fins, sont fréquemment des actes *anormaux, délictueux, criminels.*

Anormal : le mensonge inutile, mythomaniaque ; *délictueux* : le mensonge nocif, la dénonciation calomnieuse, la lettre anonyme malfaisante : *criminel* : l'empoisonnement.

Les auteurs ? Des héréditaires sans doute, mais aussi des dévoyés par manque de l'éducation appropriée à leur psychologie, des déréglés de la sexualité, déréglés souvent par la contrainte à l'abstinence, parfois par le dégoût pour le conjoint.

La multiplicité des effets relève de causes identiques actionnant des mécanismes d'exécution distincts quoique voisins les uns des autres.

Dans un chaos Voivenel projette ainsi un faisceau de lumière. Si l'on me permet une image : là où nous imaginions une foule de monstres disparates et d'espèces différentes issus de plusieurs cavernes, nous continuons de voir la foule

des monstres, mais le faisceau lumineux nous permet de reconnaître et que tous ces monstres sont d'une même espèce encore que de variétés diverses et qu'ils sortent tous d'un antre unique.

Cet antre s'appelle *sexualité*.

Doctrine freudienne.

Pas du tout.

Avec raison, Voivenel rapporte à Charcot et à l'Ecole de la Salpêtrière le mérite de la découverte de la psychanalyse. Et je me porte garant de ce que Lacassagne, dont je fus l'élève, voilà quelque trente-cinq ans, etait avant Freud aussi freudien que Freud lui-même — avec cette restriction que Lacassagne était pétri de bon sens et, avec cette autre restriction, que Lacassagne n'a jamais systématisé l'interprétation sexuelle du rêve. Cette interprétation systematique du rêve paraît bien être à Freud. C'est son coin ; il convient de la lui laisser avec les exagérations dont l'avenir se chargera de l'exonérer.

Outre le mérite, en quelque sorte négatif, de n'avoir pas donné dans le freudisme, le merite de Voivenel — positif celui-ci — est d'opérer une synthese qui, fondee sur l'examen approfondi et pittoresque de quantité de cas, nous aide à retrouver l'unité sous le flot de manifestations aux apparences et aux conséquences distinctes.

C'est une bonne quinzaine d'articles compacts que nécessiterait la «*Chasteté perverse*» de Voivenel. Je me bornerai, après quelques mots, à envisager deux des points de vue les plus suggestifs de l'auteur : *sa conception chimique* (si je puis dire ainsi) *de la sexualité* et la thèse la plus instructive peut-être et la plus originale de son œuvre éminemment instructive et originale : *l'incompressibilité de la sensibilité*.

Dr G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz.)

(*Reproduction autorisée.*)

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Cancer.

L'orientation actuelle des idées sur le cancer — On a tendance à admettre aujourd'hui à la base de l'origine du cancer une perturbation de la vie cellulaire.

Le cancer, dit M. Roussy (*Annales de Médecine*, novembre 1928), nous apparaît comme l'expression d'un bouleversement peut-être physico-chimique de la cellule, frappant à la fois les complexes colloïdaux nucléaires et protoplasmiques, et provoquant dans la cellule des troubles du rythme de la croissance et du métabolisme fonctionnel qui, une fois établis paraissent définitifs et irreversibles.

Cette fertilité qui se transmet aux cellules filles de façon quasi-indéfinie, constitue la caractéristique de la cellule cancéreuse ; elle lui appartient en propre et ne se retrouve dans aucun autre processus morbide. Et l'on arrive ainsi à la conception du cancer « maladie cellulaire », dont le *primum movens* nous échappe encore, mais dont les caractères biologiques et morphologiques s'opposent nettement à ceux des phénomènes inflammatoires.

La fréquence du cancer d'après les récentes statistiques de mortalité — Il est très difficile à l'heure actuelle, disent MM. Roussy et Héraux (*Annales de Médecine*, novembre 1928), d'apprécier avec quelques rigueurs l'augmentation de la mortalité par cancer dans les différents pays. Mais il apparaît d'une façon assez nette que si cette augmentation existe, elle est certainement inférieure à ce que pourraient faire croire les documents statistiques considérés en eux-mêmes. Sur ce point toutefois, les avis des auteurs les plus autorisés restent partagés.

C'est ainsi que King et Newsholm pensent qu'il ne s'agit que d'une augmentation apparente due aux progrès accomplis dans le mode d'établissement des certificats de causes de décès.

Wilcox, qui a entrepris une étude minutieuse de documents recueillis à Francfort-sur-le-Mein arrive à cette conclusion que l'augmentation de la mortalité par cancer est due, avant tout, à l'augmentation du nombre des cancers internes, dits inaccessibles, dont on décèle de mieux en mieux l'existence.

En effet, si la mortalité par cancer est moins élevée chez les hommes que chez les femmes, elle augmente plus rapidement chez les premiers chez lesquels les cancers internes, comme ceux du tube digestifs, sont, on le sait, beaucoup plus fréquents. Un autre argument, d'après Wilcox, peut être tiré du fait qu'en Angleterre et aux Etats-Unis l'augmentation de la mortalité par cancer marche de pair avec celle de la mortalité par appendicite. Ces deux augmentations relèvent certainement de la même cause.

D'autre part, il existe de nombreuses causes d'erreurs dans les diagnostic ainsi qu'en témoignent les documents fournis par les statistiques d'autopsies.

Gideon Wells a analysé une série de 3.712 nécropsies provenant de ses observations personnelles et de l'Hôpital du Comté de Cook qui comprenaient 543 cas de tumeurs malignes. Parmi celles-ci, 317 avaient été reconnues comme des tumeurs malignes pendant la vie. Indépendamment du diagnostic de localisation, 175 cas, 32,7 pour 100, ne furent pas diagnostiqués comme tumeur maligne pendant la vie, et 33 cas où le cancer avait été suspecté, ne furent pas confirmés à l'autopsie.

Les chiffres rapportés par Lubarsh sont fondés sur presque toutes les nécropsies faites en Allemagne durant les années 1920 et 1921. Or il faut noter que, pas plus de 5 pour 100 de tous les décès ne sont autopsiés, ce qui montre les défauts des statistiques en ce qui concerne les causes de décès, même dans un pays où la pratique des autopsies est très répandue. Les autopsies révèlent 9,2 pour 100 de décès par cancer, tandis que les statistiques démographiques de l'Allemagne, pour la même période, ne donnent que 3,68 pour 100 pour la même cause, ce qui indique qu'une très grande proportion des décès par cancer ne figure pas dans les statistiques démographiques.

Et MM. Roussy et Heraux rappellent les réserves que l'on doit faire sur la valeur des renseignements que l'on peut tirer des statistiques, au point de vue de l'étude du cancer en général. Les statistiques peuvent fournir une documentation utile sur un certain nombre d'importantes questions, telles que la fréquence de la mortalité ou de la morbidité, les prédispositions de siège et de localisation du cancer, d'âge et de sexe, et ces renseignements deviendront d'autant plus précis, que s'amélioreront les méthodes statistiques ; mais il ne faut rien leur demander de plus.

Quelques points discutés de l'étiologie du cancer. — Le cancer, dit M. Roussy (*Annales de Médecine*, novembre 1928), ne peut être considéré comme une maladie héréditaire et familiale au sens propre du mot. Mais cela ne veut pas dire que la notion des caractères acquis héréditairement par le terrain, sur lequel évolue le cancer, ne doivent pas entrer en ligne de compte, comme pour toute autre maladie. Il s'agit alors d'une hérédité de ce terrain qui, en présence des agents cancérigènes, place l organisme dans un état de plus ou moins grande résistance ou réceptivité au cancer.

Avec la plupart des biologistes, M. Roussy pense que rien n'autorise à considérer le cancer comme une maladie contagieuse ; bien au contraire ; tous les documents empruntés à la pathologie humaine, comme à la pathologie comparée, plaident contre cette hypothèse.

Par contre, si le cancer post traumatique n'est rien moins que démontré, il convient d ajouter, dit M. Roussy, que la science n'a pas fait la preuve absolue du contraire, et le médecin ne saurait retirer à la victime le bénéfice du doute.

Le cancer peut apparaître sur une cicatrice de brûlure très longtemps après la brûlure il est vrai, mais il en existe des observations démonstratives.

Le plomb dans le traitement du cancer. — Mme Simone Laborde (*Annale de Médecine*, novembre 1928) fait remarquer que si jusqu'ici le plomb, pas plus que les autres métaux expérimentés, n'a réalisé les espoirs un instant entrevus, les recherches de Blair-Bell ont eu au moins pour résultat d'inciter à reprendre dans tous les pays, les essais de traitement des cancers par les agents chimiques et l'on

peut espérer, dit-elle, qu'ils aboutiront à la découverte d'une substance de faible toxicité, susceptible de se fixer sur la cellule cancéreuse et d'en provoquer la destruction élective.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 décembre 1928.

Sur un syndrome de cachexie fébrile avec pseudo-rhumatisme, œdème pseudo-phlegmoneux, exanthème et polynévrite paraissant devoir être rattaché à la périartérite noueuse. — *M. Jean Cathala* et *Mlle Bœgner*, rapportent avec les réserves qui s'imposent, un cas complexe d'état infectieux sévère ayant conduit à une cachexie profonde, véritable marasme chlorotique, pendant lequel ils ont observé les phénomènes suivants : pseudo-rhumatisme, exanthème polymorphe, œdèmes pseudo-phlegmoneux résolutifs, gangrène sèche d'une phalange, tachycardie permanente, polynévrite et polymyosite, nodules dermo-hypodermiques, caractère négatif des hémocultures répétées. Ils croient pouvoir interpréter le fait comme un cas de périartérite noueuse, et en l'absence de preuve anatomique essayent de justifier ce diagnostic par la comparaison avec les faits anatomo-cliniques rapportés, et en particulier avec celui de Frommel (*Annales de Médecine*, janvier 1926).

S'appuyant sur les travaux de Marinesco, Frommel, Iwens, Debré, ils croient que le diagnostic, rarement porté, de maladie de Kussmaul est cliniquement possible.

Angine agranulocytaire et purpura hémorragique au cours d'un traitement antisyphilitique. — *MM. Bocage* et *Filliol* rapportent une observation d'angine nécrotique à début fébrile aigu, survenant chez un syphilitique trois semaines après dix injections de novarsénobenzol et de quinby. La reprise du traitement la semaine suivante, le Bordet-Wassermann etant négatif, détermine dès la deuxième injection une recrudescence de la fièvre et de l'angine et l'apparition de purpura avec gingivorragies. En six jours le malade succombe en hyperthermie avec des hémorragies profuses du tube digestif. Trois jours après sa mort on notait 3.200.000 hématies, 10.000 plaquettes et 1.500 leucocytes, dont 18 % de polynucléaires.

A l'autopsie disparition des éléments granuleux de la moelle osseuse, où abonde un bacille ayant l'apparence du *perfringens*, retrouvé en petite quantité dans tous les organes. Les auteurs se demandent si, à côté du novarsénobenzol, ce germe n'a pas eu un rôle dans la détermination des accidents observés, et ils soulignent l'importance de l'angine nécrotique comme symptôme d'alarme invitant à suspendre le traitement novarsenical.

Un cas de cirrhose de Hanot. — *MM. Coyon, Aubert* et *Mlle Brun* rapportent un cas anatomo-clinique de cirrhose de Hanot. Ayant pensé à une lésion calculeuse, l'intervention a montré un foie très augmenté de volume. A la face inférieure existait une masse ganglionnaire traduisant la nature infectieuse de la cirrhose bien que de nombreuses hémocultures soient restées negatives.

Eloges de MM. Albert Leblanc, Israël de Joug, Enriquez, Coyon et Albert Robin. — *M. Rist*, secrétaire général.

Bureau pour l'année 1929. — Président : M. Bezançon ; vice-président : M. Dufour ; secrétaire général : M. Rist ; secrétaires annuels : MM. Caïn et Léon Kindberg.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 décembre 1928.

A propos de la déligamentopexie. — M. *Weber* signale un fait à l'appui de la communication faite à la dernière séance par M Bonneau.

A propos des embolies post-opératoires. — M. *Coudray* (de Nogent-le-Rotrou) communique deux cas d'embolies observés chez le père et le fils après des opérations simples.

Adénome solitaire du foie. Intervention. Guérison. Examen histologique. — M. *Ozenne* fait un rapport sur ce cas observé par **M. *P. Laurent*** (de Paris) chez une femme de 61 ans. A l'examen histologique, on constate cette particularité : il existe des tubercules développés dans le tissu conjonctif qui forme le stroma de la tumeur. Il peut s'agir soit de tuberculose vraie, soit de pseudo-tuberculose développée autour de cellules nécrosées.

Plaie pénétrante thoraco-abdominale gauche par tesson de bouteille. Intervention par voie thoracique. Guérison. — M. *Weber* fait un rapport sur une observation de **M. *Laurent*** (de Paris, concernant un blessé qui présentait une plaie du neuvième espace intercostal avec issue d'une frange épiploïque. L'auteur insiste sur le jour que donne cette voie thoracique.

Parasites intestinaux et colibacillurie. — M. *Peugniez* communique l'observation d'une enfant de cinq ans qui présentait des hématuries répétées avec colibacillurie et chez laquelle on constata l'existence dans l'intestin de kystes de « lambia intestinalis ». Le traitement anti-parasitaire amena l'expulsion de nombreux oxyures ; et les hématuries et la colibacillurie disparurent.

Inversion utérine totale post partum. Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale, après réduction. Guérison. — M. *Bonamy* communique ce cas d'inversion utérine totale chez une primipare accouchée depuis quatre jours, atteinte d'infection puerpérale grave et dont l'utérus était partiellement nécrosé. Guérison par hysterectomie abdominale totale après réduction pénible de l'utérus.

Un cas de volvulus intestinal chez une enfant de huit ans ayant amené le sphacèle d'un mètre cinq d'intestin grêle. — M. *Bonamy* communique l'observation suivante : une enfant de huit ans avait, de temps en temps, depuis six mois des crises abdominales de cause inconnue : la dernière présenta une symptomatologie de gravité lentement progressive qui se termina, en trois jours, par une laparotomie faite « in-extremis ». L'opération montra le sphacèle total de 1 m. 5 d'intestin grêle étranglé par suite d'une double torsion sur les vaisseaux mésentériques.

Embolie et syncope cardiaque dix jours aprés une laparotomie. Injection intracardiaque d'adrénaline. Guérison. — M. *Lutaud* communique cette observation rare. La malade opérée sans incident d'hystéropexie et d'appendicectomie, fit, dix jours après, une embolie qui détermina une syncope cardiaque. L'auteur injecte dans le cœur deux centimètres cubes d'adrénaline au millième, moins de dix minutes après l'arrêt du cœur et il obtint la réanimation de celui-ci et la guérison de la malade.

Résultats de trois résections du nerf pré-sacré. — M. *Mornard* communique les observations de ces trois résections du nerf pre-sacré faites pour dysménorrhée douloureuse et guéries depuis 15, 10 et 7 mois. Il étudie les résultats et les indications de cette opération d'après les cas publiés jusqu'à ce jour.

Méniscectomies et laxité ligamentaire. — M. *Lamy* présente deux cas de méniscectomie pour bloquage du genou opérés, l'un par incision verticale para-rotulienne et l'autre par incision horizontale trans-ligamentaire, et tous deux bien guéris. A propos de ces cas, il signale la nécessité pour juger de la valeur respective des deux techniques, de tenir compte de l'état antérieur du genou en examinant la laxité ligamenteuse du genou non opéré.

Condylite hypertrophique du maxillaire inférieur. — M. *Dufourmentel* présente une femme de 31 ans atteinte d'une forme bilatérale de cette affection. La gêne et le craquement articulaire sont les seuls symptômes fonctionnels. Wassermann positif. La syphilis est la seule cause décelée dans tous les cas de ce genre.

Appareil de localisation plastique du sein. — M. *Dartigues* présente au nom de M. ***Madureira*** (de Lisbonne) cet instrument destiné à localiser exactement et symétriquement les points où devront être transplantés les aréoles.

THÉRAPEUTIQUE SPECIALISÉE

Du traitement de quelques psychoses et psychonévroses par l'opothérapie spermatogénétique. (Gilbert ROBIN. *La clinique*, avril 1928.)

L'endocrinothérapie a supporté au traitement des psychoses et psycho-névroses des armes nouvelles dont la puissance ne peut être contestée. Etant donnée la liaison étroite qui existe entre psychoses et les sécrétions internes des glandes génitales (on sait la fréquence des manifestations dépressives et neurasthéniques, chez l'homme à l'époque de l'involution testiculaire), les extraits orchitiques s'imposent à l'attention du psychothérapeute.

L'opothérapie spermatogénétique par l'androstine donne chez l'homme comme chez la femme, des résultats appréciables et parfois très marqués dans maintes affections mentales d'origine organique, ressortissant à la psychogénèse : démence précoce, psycho-névrose de la ménopause, infantilisme, retard de la puberté, dépression psychique de l'adolescence, émotivité morbide, schizoïdie, schizophrénie, psychasténie, obsession, impuissance, frigidité, perversions sexuelles toutes affections dans le traitement desquelles elle intervient utilement soit à titre principal, soit à titre d'adjuvant.

C'est une thérapeutique qui demande à être longtemps prolongée : absolument inoffensive et admirablement supportée, elle doit être administrée à doses assez fortes (par exemple six comprimés par jour d'androstine et, *en même temps* une injection tous les deux jours), à cette condition elle rend de réels services.

L'analgésie obstétricale par l'hémypnal injectable VIII. (J. LAMORIL. *Le Journal des Sciences médicales de Lille*, 3 juin 1928.)

Après avoir rappelé les diverses tentatives faites pour réaliser l'accouchement sans douleur, l'auteur rapporte une vingtaine d'observations relevées par lui à la clinique obstétricale de Lille avec l'hémypnal injectable VIII. Le produit, présenté en ampoules de 3 cc., s'injecte dans le muscle, lorsque la dilatation est entre 2 et 5 frcs et que les douleurs se succèdent régulièrement. Un quart d'heure après l'injection les douleurs se calment, au point de n'être parfois plus perçues des parturientes ; néanmoins les contractions se continuent régulières et le travail se poursuit normalement. L'action analgésiante se maintient 5 à 6 heures ; une injection suffit dans la majorité des cas, on peut cependant en pratiquer une seconde, si nécessaire, deux heures après la première.

L'indication de l'hémypnal est formelle dans l'accouchement très douloureux des primipares, dans l'hypertonie utérine, la rigidité du col, chez les parturientes nerveuses et agitées ; sa contre-indication n'est pas moins formelle en cas de tendance à l'inertie utérine, de même qu'en cas d'insuffisance viscérale et surtout rénale, également dans les dystocies de cause pelvienne.

Sous ces réserves, on ne note aucun accident chez la mère et l'enfant naît normal, légèrement étonné quelquefois, mais est toujours facilement ranimé.

Le traitement de la fièvre puerpérale à l'école départementale d'accouchement de Strasbourg. (Henri BURCKLE. Thèse Strasbourg, 1928.)

La fièvre puerpérale si elle a considérablement diminué depuis l'ère pasteurienne est loin d'être disparue complètement. Cette question revient donc périodiquement dans les Congrès (Congrès de la fièvre puerpérale, Strasbourg, 1923) et les Sociétés savantes.

Le travail du Dr BURCKLE débute par une importante statistique des infections puerperales traitées à l'Ecole des sages-femmes de Strasbourg. Sur 7.175 accouchements de 1922 à 1927 il y eut 841 cas d'infection dont 3 décès, soit 0,027 %.

Sur 156 applications de forceps dans 55 cas, la temperature dépassa 38°. L'auteur fait remarquer que souvent il y avait fièvre avant l'application du forceps, 57 cas de version furent suivis, 20 fois, d'une élévation de température. Sur 53 cas de décollement manuel, il y eut 23 cas de suites fébriles sans gravité.

Si on examine les cas survenus dans le *post-abortum*, sur 426 avortements, 356 furent admis sans fièvre, et 70 en état fébrile. Il y eut 7 décès.

Nous pouvons donc conclure que la morbidité du *post-abortum* qui est de 18,30 % et la mortalité qui est de 1,64 % sont supérieures à celles du *post-partum*.

Etudiant ensuite le *traitement* de l'infection puerpérale, BURCKLE passe en revue les différents traitements locaux, injection intra-utérine, irrigation continue, écouvillonnage, curettage, pansements au filtrat etc.

Le traitement général est pour BURCKLE plus important que le traitement local. La sérothérapie, dit-il, la vaccinothérapie avec les auto-vaccins, les stockvaccins, les lipovaccins et le vaccin sensibilisé de streptocoques hémolytiques n'ont pas donné jusqu'aujourd'hui de bons résultats dans le traitement de la fièvre puerpérale. L'abcès de fixation a de chauds partisans.

Il donne sa préférence à la septicémine. Ce dernier médicament nous a donné, dit-il, d'excellents résultats dans le traitement de la fièvre puerpérale, tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue prophylactique dans les cas d'intervention tels que le forceps, version ou décollement manuel du placenta.

Il recommande également la septicémine dans les infections caractérisées. A l'Ecole des sages-femmes de Strasbourg, la pratique consiste à désinfecter toute parturiente entrant à la salle du travail.

Après l'accouchement si la délivrance est incomplète on fait un curage digital. Dans les placentas suspects en l'absence de toute hémorragie on pratique l'abstention. S'il y a infection, on met la femme au repos, une vessie de glace sur l'abdomen, et on donne de la septicémine à hautes doses et de l'ergotine. Contre la fétidité lochiale on fait des irrigations vaginales. « Toutes les fois, dit BURCKLE, que la température dépasse 39° ou que la feuille de température nous montre une fièvre moins élevée, mais qui a tendance à s'élever progressivement, nous donnons de la septicémine par voie intra-veineuse à raison de deux fois deux ampoules par jour.

Dans les septicémies puerpérales, l'auteur a renoncé aux traitements locaux, à la serothérapie, aux colloïdes, à la protéinothérapie. C'est la septicémine à hautes doses qui nous a donné les meilleurs résultats ».

C'est également à cette thérapeutique qu'il donne sa préférence dans les infections *post abortum*.

Ce très important travail se termine par un chapitre sur les phlébites puerpérales où l'hirudine à titre préventif lui a donné d'intéressants résultats.

Sur les pyréthrines. (J. CHEVALIER et le Dr F. MERCIER. *Société de thérapeutique*, 14 novembre 1928.)

Les observations montrent que les doses de pyréthrines hémisynthétiques indiquées comme vermicides sont parfois insuffisantes et qu'elles doivent être augmentées pour obtenir des résultats, surtout en ce qui concerne les tænias qui sont plus résistants. Pour les oxyures qui siègent à l'anus il peut être avantageux d'utiliser de petits lavements ou des suppositoires.

Les doses peuvent être notablement augmentées sans aucun inconvénient ; les traces produites montrent l'innocuité parfaite de ce corps pour les animaux à sang chaud.

L'action toxique paraît être générale pour les animaux à sang froid et d'autant plus active que ces animaux s'abaissent dans l'échelle des êtres. L'intensité de l'action est variable suivant les espèces et en rapport avec l'absorption.

Contrairement aux autres médicaments utilisés comme vermifuges ou anthelminthiques, les pyréthrines sont vermicides ; les vers intestinaux sont tués et peuvent être évacués en tout ou partie digérés.

Les auteurs réclament la communication de nouvelles observations pour la fixation définitive des doses et formes à employer, surtout en ce qui concerne les tænias, les ankylostomes et éventuellement les bilharzia.

Traitement de l'éclampsie par le somnifène (J. LARRIBÈRE, d'Alger, 1928.)

M. Larribère ne s'occupe que du traitement symptomatique des crises convulsives de l'éclampsie, contre lesquelles, on le sait, on a essayé tout l'arsenal des anesthésiques et des médications sédatives. Sur les conseils de M. le professeur agrégé Houel, l'auteur a employé, dans le service de M. le professeur Laffont, le somnifène qu'il avait déjà utilisé avec succès dans les manies puerpérales. Il a traité huit cas avec succès, pour la mère et pour l'enfant. La dose à injecter par voie endoveineuse varie de 3 à 5 cc. pour une malade de corpulence normale ; dans la plupart des cas, une seule dose suffit. Il

n'est point besoin d'insister ici sur le somnifène. Ce médicament qu'on a pu appeler le plus maniable des hypnotiques est aujourd'hui classique. Sans doute, contre les symptômes nerveux de moindre intensité, le sédobrol donne de très bons résultats : sans doute aussi, quand l'élément douleur entre en jeu, il est préférable d'utiliser l'allonal ; mais dans toutes les insomnies de quelque nature qu'elles soient, le somnifène par voie buccale, sous forme de gouttes, permet de donner à chacun sa dose, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté. De nombreux travaux cliniques, pharmacologiques et physiologiques (Redonnet, G. et D. Bardet, Pouchet, Ritz, Fredet et Fabre, Petit et Perlis, etc.) ont prouvé l'innocuité du somnifène sur les principaux appareils (cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, urinaire.) De multiples études cliniques et thérapeutiques ont montré les résultats que l'on peut obtenir de l'utilisation de ce medicament dans tous les cas d'insomnie, d'agitation et d'excitation intenses. Qu'il suffise de rappeler son emploi en psychiatrie, en neurologie, dans le traitement du delirium tremens, du tétanos, de l'état de mal épileptique ; également au point de vue des applications en obstétrique, les communications de Cleisz, Perlis, Delangle, Emerich, Marion; Lafera, et tout récemment celle d'Houel, Jahier et Larribere. Cette dernière a été en quelque sorte le point de départ un travail très important que nous venons d'analyser.

Recherches sur les propriétés pharmacodynamiques d'un glucoside de l'adonis vernalis : l'adonidoside. (Prof. Jung et P. Fontenaille, *C. R. des Séances de la Société de biologie*, XCVIII, p. 1338, 1928).

En 1927, MM. Mercier ont extrait de l'adonis vernalis deux glucosides qui possèdent une activité constamment identique. L'un est hydrosoluble, c'est l'adonidoside ; l'autre est hydro-insoluble, c'est l'adonivernoside (*Revue de pharm. et de thérap. expérim.*, 1927 t. I). D'après eux, les adonidines du commerce seraient des mélanges en proportions indéterminées et variables de ces deux glucosides avec leurs produits de décomposition ; de là résulteraient les grandes différences constatées dans leur activité. M. le Prof. Jung et son élève, M. Fontenaille, ont été appelés à rechercher, chez le chien, la toxicité et l'action de l'adonidoside et les résultats expérimentaux excessivement intéressants qu'ils ont obtenus viennent corroborer les conclusions de MM. Mercier et les beaux électrocardiogrammes publiés par M. Lutembacher qui a consacré à l'étude de ces glucosides plusieurs travaux très importants (*Bull. Méd.*, 1928 n° 10, et *Prat. Med. Fr.*, 1928, p. 187-200). Il semble bien que l'un de ces deux glucosides, employé seul, ne possède pas toute l'activité désirable et qu'il faille utiliser les deux glucosides dans des proportions définies pour obtenir une activité thérapeutique constante. Si par surcroît on prend soin d'étalonner physiologiquement cette activité, on est tout à fait sûr du médicament qu'on emploie. L'adoverne, on le sait, représente l'adonidoside et l'adonivernoside dans les proportions mêmes où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs et leur activité est étalonnée physiologiquement. L'adoverne a quatre propriétés caracteristiques : cardiotonique, diurétique, eupnéique, neuro-sédative ; on peut dire qu'il complète, remplace et continue l'action de la digitale ; il est indiqué dans les insuffisances cardiaques et rénales des myocardites, des lésions orificielles, de l'hypertension artérielle, des aortites, dans toutes les dyspnées et dans tous les œdèmes. On administre l'adoverne par voie buccale sous forme de granules ou de gouttes : X gouttes deux, trois, six fois par jour sont admirablement supportées et donnent des résultats souvent surprenants.

De l'utilité d'un bon analgésique. (Chausset. *Concours médical*, 1928, n° 6.)

Tous les praticiens, tous les stomatologistes en particulier, réclament un bon analgésique, c'est-à-dire un médicament qui agisse à coup sûr, qui ne soit pas offensif pour les principaux appareils et qui ne contienne aucune substance trop toxique, comme par exemple la morphine. L'allonal réalise parfaitement tous ces désiderata : il présente toutes les qualités antalgiques de la diméthyl-amido-antipyrine complétées, consolidées et prolongées par les propriétés de l'acide isopropylallyl barbiturique qui s'est montré le moins toxique des barbituriques ; l'allonal est donc un analgésique renforcé qui calme la douleur, apaise l'excitation et l'angoisse et possède même, dans certaines conditions, des propriétés hypnogènes ; facile à prendre, sous forme de comprimés, toujours très bien toléré, l'allonal est de plus en plus apprécié de tous les médecins praticiens.

Un médicament d'urgence de la dyspnée paroxystique, la coramine (S. Bloch. *La Médecine*, juin 1928.)

Le premier réflexe thérapeutique du médecin appelé auprès d'un sujet atteint d'un accès aigu de dyspnée, est généralement de prendre dans sa trousse d'urgence une ampoule de morphine Il y a en réalité, mieux à faire que de recourir à ce médicament banal qui, au surplus, peut être funeste et nettement contre-indiqué chez certains malades atteints d'urémie, d'œdème aigu du poumon, d'asystolie-mitrale, que leur état d'anhelation n'aurait pas permis de reconnaître pour tels.

La coramine rendra alors de grands services en jugulant le syndrome de dyspnée anxieuse, et en permettant un interrogatoire plus serré, donc un diagnostic. L'auteur cite quelques cas où cette médication d'urgence donna des résultats excellents : bronchite aiguë chez un vieux scléreux pulmonaire emphysémateux, œdème pulmonaire chez un brightique, crise dyspnée chez un hypertendu azotémique double épanchement pleural. Chez ces malades toute autre médication eût vraisemblablement agi moins bien, et sans cette innocuité de la coramine qui permet son usage itérotif sans qu'il y ait lieu de craindre des accidents toxiques ou cumulatifs. Ce médicament, grâce à son énergique action cardiodynamique et respiratoire, trouve, en fait, une indication formelle toutes les fois que la dyspnée domine la scène clinique.

La stimulation cardiaque et respiratoire des nouveau-nés asphyxiques par la coramine. (Dr Pouget. *Le Bulletin Médical*, 4-7 juil. 1928.)

L'action cardio-tonique de la coramine s'apparente de très près à celle de l'huile camphrée et se traduit par une vive stimulation de la contraction systolique, avec relèvement de la pression sanguine, et accroissement de l'amplitude respiratoire. Sa faible toxicité et sa grande tolérance permettent de l'utiliser à doses progressivement croissantes jusqu'à obtention de l'effet recherché. L'auteur l'a utilisée plus particulièrement chez les nouveau-nés à terme et les prématurés débiles à la dose de XX à XXXV gouttes par jour, en quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Il a pu ainsi guérir très rapidement des enfants atteints d'accidents convulsifs avec cyanose et crises épileptiformes, vraisemblablement spécifiques, des prématurés en couveuse adynamique, des athrepsiques avec sclérème. Il estime la coramine bien supérieure à l'alcool, à la caféine, aux injections d'éther que l'on a coutume d'administrer alors, et à l'huile camphrée que le nouveau-né supporte mal. L'administration buccale du produit le rend facilement maniable dans tous les cas, les résultats sont rapides, et l'on n'a jamais noté d'effets secondaires nocifs.

La morphine chez les cancéreux peut être avantageusement remplacée par la cibalgine. (Dr Capdepon. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1928.)

Les prescriptions morphinées deviennent de plus en plus délicates pour le praticien du fait des rigueurs de la loi actuelle, surtout lorsqu'il s'agit, comme chez les cancéreux, d'ordonnances qui sont appelées à être fréquemment renouvelées. D'autre part, soulager cette catégorie de malades, est un devoir d'humanité, auquel le médecin ne peut se soustraire.

Un analgésique sans opium et sans substance du tableau B — la cibalgine — ne peut donc qu'être bien accueilli et son utilité n'est pas discutable. Indépendamment de son utilisation chez les asthmatiques, les angineux et tous les algiques aigus ou chroniques, son emploi chez les néoplasiques, est particulièrement à retenir en raison de la possibilité de son utilisation prolongée, sans qu'il y ait lieu de renouveler incessamment les ordonnances. Dans les deux cas cités par l'auteur, un néoplasme utérin et un cancer de la prostate, la cibalgine fut employée pendant six mois, en comprimés et en ampoules, avec les mêmes résultats favorables, sans accoutumance sensible.



BIBLIOGRAPHIE

L'accoucheur moderne, précis d'obstétrique, par le Dr Marcel METZGER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Tenon. (1 volume in-8° relié toile. Fr. : 60. Librairie Félix Alcan, Paris.)

C'est vraiment un livre nouveau destiné aux étudiants et plus encore aux praticiens. Sans se préoccuper de ce qui a été publié antérieurement, l'auteur a voulu donner le conseil utile pour chaque cas, simple ou compliqué, de la pratique obstétricale. Les notions théoriques ne figurent dans ce livre qu'autant qu'elles sont nécessaires à la compréhension et au traitement des cas de la pratique journalière : tels les mécanismes de l'accouchement utiles à connaître pour suivre le travail et manier le forceps, telle la pathogénie originale d'albuminurie grandique faisant comprendre le traitement qui évitera l'éclampsie, etc...

L'auteur n'a pas craint d'entrer dans les moindres détails pour aider et même obliger le praticien à bien faire et le persuader que sa tâche sera facilitée par le souci du détail ; c'est pourquoi on a tenu à décrire point par point ce qu'il faut faire et comment on doit le faire qu'il s'agisse d'accoucher convenablement la femme, de soigner le nouveau-né, de traiter les complications et surtout de les éviter.

De nombreuses figures en noir et en couleur, des planches hors-texte (tous dessins originaux) illustrent ce précis. Elles ont le mérite d'avoir été exécutées, non pas un dessinateur professionnel, mais en collaboration intime avec l'auteur, par son frère, le Dr Adrien Metzger, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

La vie parisienne au XVIIIe siècle. Conférences du Musée Carnavalet (1928). (Un volume in-8° avec 40 illustrations hors-texte. Prix : 25 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.)

L'histoire anecdotique et documentaire de Paris aux siècles classiques intéresse toujours d'une façon particulière le public lettré : ces deux siècles ne sont-ils pas les plus caractéristiques du génie français ! C'est au Musée Carnavalet que s'est réfugié tout le passé de La vie parisienne au XVIIIe siècle et les conférences qui sont données chaque année dans ce cadre historique ont un succès grandissant.

Après les Grands salons littéraires publiés l'an dernier en un volume que tous les Parisiens ont tenu à lire, paraît cette année un ouvrage richement illustré, la Vie parisienne au XVIIIe siècle.

C'est tout le XVIIIe siècle familier, son intimité pittoresque ses modes, ses usages, ses plaisirs évoqués par les plus notables écrivains de l'heure présenté : Le XVIIIe siècle vivant par Abel Hermant la vie populaire au XVIIIe siècle par Funck-Brentano, les promenades à la mode par Franc-Nohain la table au XVIIIe siècle par Paul Reboux, la vie de famille au XVIIIe siècle par Albert-Emile Sorel, l'amour de la mode par Raymond Lécuyer, la jeune fille au XVIIIe siècle par André Bellessort. les gazetiers et les nouvellistes par Hubert Morand, les Parisiens aux Salons de peinture par Louis Hourticq, la douceur de vivre par G. Lenôtre. Grâce au talent de leurs auteurs, le public est sûr de trouver dans ces pages le plus attachant tableau et le plus fidèle du siècle français par execellence, celui dont Talleyrand disait qu'il fallait l'avoir connu pour comprendre « la douceur de vivre ».

Ce volume est illustré de 40 gravures hors-texte dont l'ensemble est unique, les tableaux rassemblés pour l'Exposition de Carnavalet étant maintenant de nouveau inaccessibles dans les collections privées.

La fin Tragique du Prince Impérial, par Armand PRAVIEL. (1 vol. in-16, gravures dans le texte et seize planches hors texte. (Collection Histoires de France). Prix : 16 fr. Paris, Firmin-Didot et Cie, éditeurs, 56, rue Jacob.)

M. Armand Praviel a écrit un de ces livres mouvementés, vivants, pittoresques dont il a le secret.

Remettant exactement les choses au point grâce à une foule de documents de première main et à des témoignages directs, il a dégagé de toute légendre romanesque ou calomniatrice la figure touchante

du deuxième Aiglon, du petit prince héroïque si vilainement massacré par les Zoulous. Y eut-il autour de lui de criminelles intrigues ? M. Praviel ne saurait l'affirmer ; mais il ne laisse dans l'ombre aucune des circonstances mystérieuses de cette fin tragique : l'isolement du Prince loin de son fidèle ordonnance, le remplacement de son cheval habituel par une monture anglaise, l'organisation défectueuse de la dernière reconnaissance, le rôle étrange et sinistre du capitaine Carey, le petit nombre et le défaut d'armement de l'escorte, le mauvais état de la selle de Napoléon IV, etc. Au-dessus de tout cela, un point d'interrogation subsiste qu'il ne faut pas effacer.

Mais, surtout, M. Armand Praviel a baigné tout le livre d'une intense poésie : évocations successives et colorées du Paris du Second Empire, de l'Afrique australe, de l'exil final dans les brumes d'Angleterre. Exotisme et mélancolie, tels sont les deux thèmes sur lesquels l'auteur a brodé les plus prenantes variations et qui donnent à son ouvrage un pouvoir de suggestion inoubliable.

La psychologie de la table, par Austin de Croze : suivi de recettes curieuses et savoureuses par un groupe de 50 gastronomes et 31 chefs et cordons-bleus. (Un vol. in-8° couronne de la collection La vie est belle éditions Au Sans pareil, 37, avenue Kléber, Paris. Prix : 12 fr.

M. Austin de Croze, fondateur de la Section gastronomique régionaliste du Salon d'Automne, a rendu à la gourmandise la place qui lui était due : il a créé le Neuvième Art, qui est l'art de savoir manger (et boire).

Cet art avait déjà son maître : Brillat-Savarin, une longue tradition et produit des chefs-d'œuvre que la cuisine et la table françaises avaient portés à leur suprême réussite. Il lui manquait encore un Art poétique, le voici.

La cuisine, en gastronomie, n'est pas tout, c'est là que s'élaborent les merveilles. Mais c'est la table qui les dispose, les ordonne, les groupe et crée leur atmosphère. C'est par elle que la gastronomie peut s'élever à devenir un poème symphonique et à exprimer la fleur suprême de la civilisation. Savoir composer un choix de convives, un menu, une ambiance, où nulle fausse note ne vienne offenser l'esprit, c'est là que réside le secret.

Sous la direction de M. Austin de Croze, 50 gourmets et chefs fameux ont réuni dans la Psychologie de la table leurs expériences « spirituelles ». Après avoir reçu leurs précieuses leçons, on ne se contentera plus de manger de bonnes choses, on saura les manger et faire figure de grand Amphytrion.

Le Neuvième Art reçoit ici ses lettres de noblesse : son créateur le crée une seconde fois.



La Revue d'histoire littéraire de la France, publiée par la Société d'histoire littéraire de la France, paraît tous les trois mois. Abonn. : France : 50 fr. Librairie Armand Colin, 103, boulevard St-Michel, Paris.

Sommaire du numéro de juillet-septembre 1928. — I. Ch. Boudhors « Une amie de Pascal » ? Marie Perriquet et sa sœur Geneviève. — M. Langlois : Les « petits livres secrets », de Mme de Maintenon. Mme de Maintenon découvre le Quiétisme (mai 1694). — H. Foucque: Contribution à la biographie de Leconte de Lisle, La Vierge au Manchy. — M. Cressot : Zola et Michelet. Essai sur la genèse de deux romans de jeunesse.

II. Mélanges. — Lettres inédites de Jean de Schelandre. — Un acte inédit sur Racan du 25 février 1608. — Corneille, Brébeuf et Le Royer de Prade. — Correspondance inédite entre Chomas et Barthe (1759-1785) (*suite*). — Lettres familières de Parny. — Sites balzaciens. Au pays de la Grenadière. — Alfred de Vigny, Victor Hugo et « Marion de Lorme ». — Sainte-Beuve et Chateaubriand.

III. Comptes rendus. — Jean Plattard : Etat présent des études rabelaisiennes. — Roger H. Soltan : Pascal the man and the message. — G. de La Rochefoucauld : La première rédaction des « maximes » de La Rochefoucauld. — H. Debraye : Stendhal, Lucien Leuwen. — Mlle Mysie. — E. I. Robertson : L'épithète dans les œuvres lyriques de Victor Hugo publiées avant l'exil. — Paul Berret : Victor Hugo, La légende des siècles. — Paul Berret : Victor Hugo. — J. W. Hovenkamp : Mérimée et la couleur locale. — Maurice Souriau : Histoire du romantisme en France. — Ernest Seillière : Pour le centenaire du romantisme : un examen de conscience. — Ch. Beautieux : Histoire de l'orthographe française. — J. Grand-Carteret : La vie, les mœurs et la curiosité par l'image, le pamphlet et le document (1450-1900). Tomes I et II.

IV. Chroniques.

Chateaubriand. Scènes et portraits historiques. Recueillis et préfacés par Christian Melchior-Bonnet. (1 vol. in-8°, 18 pl. hors-texte. Bibliothèque Historia. Prix : 20 fr. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau. Paris.)

Que de morceaux d'anthologie n'y a-t-il pas à dégager dans cette œuvre où circulent tant de poésie et d'orgueil, depuis les dernières heures de la monarchie et les premières scènes de 1789, marquées d'un stigmate indélébile, jusqu'à ces évocations de Napoléon à Sainte-Hélène sans oublier l'incendie de Moscou suivi de la retraite de la Grande Armée à travers les immenses plaines de Russie jonchée de cadavres. On hésite à choisir entre ces pages. M. Mechior-Bonnet a su choisir.

La vie infame d'Héliogabale, par le Dr Paul Moinet (1 plaquette, 24 p. Imprimerie Touloise. Toul.)

Calendrier de la Révolution, par Boto. (1 vol. in-12. Prix : 6 fr. Imprimerie Nouvelle, 11, rue Cadet, Paris.)

Les manuels d'histoire contemporaine parlent bien du calendrier republicain, mais sans le reproduire intégralement et ceux qui voudraient le revoir tel qu'il a été adopté par la Convention nationale sont obligés de recourir aux grandes bibliothèques publiques.

C'est donc une lacune à combler, un service à rendre à ceux qui veulent étudier, dans tous ses détails, l'œuvre de la Révolution française, que de mettre à la disposition des travailleurs une réimpression et un commentaire de ce calendrier.

Revue des cours et conférences. Le N° : 3 fr. 50. Abt : un an : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine. Paris. Sommaire du N° du 15 décembre 1928 : M. Poëte : L'évolution des villes : la leçon grecque en urbanisme. — F. Strowski : En fin ma herbe vint. — E. Souriau : Philosophie des procédés artistiques (I) : La musique. — A. Jolivet : Les drames de Strindberg (IX) : Les drames naturalistes. — G. Michaut : Les époques de la littérature française (I). — A. Puech : L'éloquence chrétienne au IVe siècle (VI) : St Grégoire de Nazianze. — L. Villard : Le théâtre contemporain en Amerique. L'œuvre d'Eugéne O' Neill.



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 7 janvier. — M. FERRER. Etude sur la névrite ascendante. — M. GROBMAN. Complications urinaires des fibromes utérins. — M. GOURDON. Etude clinique des scolioses du nourrisson.

9 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. LEFEBVRE. De la castration des équidés. — M. GUYON. Le cornage chronique chez le cheval.

10 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. CAMUS. Modification de la (P. H.) du muscle sur l'animal qui vient d'être abattu.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le professeur Verger est désigné comme assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Garin, professeur agrégé, est maintenu dans ses fonctions d'agrégé et chargé du cours de zoologie jusqu'à fin février 1929.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le professeur Derrien est désigné comme assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Faculté de pharmacie de Montpellier. — M. le professeur Tabourieche est désigné comme assesseur du doyen de la Faculté de pharmacie de Montpellier.

Faculté de pharmacie de Nancy. — M. Joyeux, pharmacien, est chargé pour l'année scolaire du service des travaux pratiques de toxicologie et de chimie biologique.

Ecole de médecine de Reims. — M. le Dr Buisson est institué, pour neuf ans, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le professeur Léon Bernard, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé, pour l'année 1929, président de cette assemblée, en remplacement de M. le Dr Emil Roux, dont la démission a été acceptée et qui a été nommé président honoraire.

M. Pierre Termier, membre de l'Institut, a été nommé pour l'année 1929, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en remplacement de M. le professeur Leon Bernard.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade de chevalier.* — Le Dr Dupret, médecin de la Maison d'éducation d'Ecouen.

GUERRE (Réserve). — *Au grade d'officier.* — MM. Guérin de Montgreuil Valmale, Machtou, Varay, Restaine, Spilmann, Papin (Ed.), Guillet, Varenne, Lenormant, Patel, Muret, Halbron, Descouts.

Troupes coloniales.) — M. Vincnet.

Au grade de chevalier. — MM. Parrical de Chaumard, Provansal, Pansier, Gantier, Gaillard, Valeton, Audibert, Manya, Bloch, Nouis, Colombes, Hamod, Delmas, Gardère, Maffei, Massina, Fiolle, Joly, Perret, Didier, Poirel, Pons, Marey, Bretegnier, Lechaux, Collomb, Ros, Krouch, Bernard, Saleur, Chalon, Brun, Merles, Durand, Racadot, Bloch, Govy, Agron, Cadet, Fregier, Bentkowski, Bernardbeig, Borcheron, Breitman, Malon, Barberousse, Delecour, Rochetaux, Balleydier, Verger, Polony, Lassus, Lecacheur, Cuvier, Amsler, Marchand, Algan, Duvignau, Martinetti, Lebon, Bope, Dore Fontaine, Robin, Helie, Angele, Barre, Ahreiner, Millet, Cavailles.

Le Xe Salon des médecins. — Il s'ouvrira du dimanche 21 au 30 avril prochain inclus, comme à l'accoutumée, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint Germain, Paris (6e).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire organisateur, M. le Dr Paul RABIER, 84, rue Lecourbe, Paris (15e). Joindre un timbre pour la réponse.

Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — Ce congrès se tiendra à Londres du 6 au 11 mai 1929.

Les questions mises à l'étude pour le Congrès sont : 1° Les évacuations par eau et par air. Liaison des Services de santé des armées de terre et de mer (Grande-Bretagne et France.)

2° Les fièvres tropicales de courte durée. (Grande-Bretagne et Pays-Bas.)

3° Les blessures des vaisseaux et leurs séquelles. (Grande-Bretagne et Belgique.)

4° Analyse physique et chimique de la verrerie et des objets en caoutchouc utilisés par les services de santé. (Grande-Bretagne et Espagne.)

5° L'état de la denture et l'aptitude physique aux différents services militaires. (Grande-Bretagne et Cuba.)

Sont conviés au Congrès tous les médecins, pharmaciens et dentistes appartenant ou ayant appartenu aux armées des nations admises à la Société des Nations.

Toutes les personnalités qui ont été associées avec le Service de santé sont également invitées à participer au Congrès. Les femmes et les filles non mariées des congressistes sont invitées à les accompagner.

La cotisation est fixée à 10 shillings pour les hommes et 7 1/2 shillings pour les dames.

Les congressistes sont priés de déclarer leur adhésion au plus tard le 1er février, terme de rigueur : Ces adhésions doivent être adressées au secrétaire général du Congrès Major A. D. Stirling, D. S. O. The War Office, Whitehall, London, S. W. 1, England.

1° La participation au congrès international de médecine et de pharmacie militaires de Londres sera comptée aux officiers de réserve du Service de santé pour une période de dix jours ;

2° Les officiers de réserve participant à ce congrès, considérés comme étant en période, bénéficieront pour le voyage, du tarif militaire à l'aller et au retour entre leur résidence et le port d'embarquement.

3° Les officiers du Service de santé désirant participer au congrès trouveront tous les renseignements nécessaires auprès du Directeur du Service de santé de leur Région, auquel seront transmises au fur et à mesure qu'elles parviendront, toutes les informations concernant le congrès.

Ecole de médecine de Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et obstétricale, à l'école de Rennes, s'ouvrira, le lundi 8 juillet 1929, devant la Faculte de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Croisière annuelle de « Bruxelles-médical » : « Au cercle polaire ». — Pour répondre au désir exprimé de tous côtés, la croisière médicale organisée annuellement par *Bruxelles-médical* s'effectuera en été 1929, « au Cercle polaire » et durera 24 jours. L'itinéraire, qui permettra la visite des plus jolis fjords de Norvège, des Iles Lofoden, des Iles Feroë, des Iles Shetland, du Firth of Forth (Edimbourg) sera le suivant : Bordeaux, Zeebrugge, Kopervik, Norhelmsund, Bergen Gudvangen, Balholm, Loen, Merok, Aandalsnaes, Svartisen, puis Cercle polaire, Digermulen (Iles Lofoden), Thorshavn (Iles Feroë), Lerwick (Iles Shetland), Leith (Edimbourg et Lacs d'Ecosse), Zeebrugge, Bordeaux.

Le départ et le retour se feront de et à Zeebrugge. Ceci permettra aux passagers qui ne connaissent pas Bruges de visiter cette ville dont la renommée n'est plus à faire.

Le paquebot ayant son port d'attache à Bordeaux, les personnes qui désireraient s'embarquer dans ce port pourront le faire moyennant un très léger supplément. L'escale de Zeebrugge sera suffisante pour visiter Bruges et Ostende.

Le navire qui effectuera la croisière est le paquebot de grand luxe, à moteurs *Brazza* (16.000 tonnes, 144 mètres de longueur), dont ont gardé si bon souvenir tous ceux qui ont fait, l'an dernier, la croisière de *Bruxelles-médical* à Madère et aux Canaries.

Deux classes sont prévues avec comme prix inférieur, 2.500 francs français (2e classes mixtes). Deux tarifs ont été établis l'un pour les médecins et leurs familles (femmes et enfants célibataires), l'autre pour les personnes étrangères au corps médical, mais avalisées par leur médecin de famille. Des excursions seront organisées dans tous les ports. Le prix en sera extrêmement réduit malgré le change élevé des pays visités.

REMARQUE TRES IMPORTANTE. — Le coût du voyage sera, toutes choses égales d'ailleurs, nettement inférieur à celui de l'an dernier.

Pour tous renseignements, et les inscriptions, s'adresser dès maintenant à la Section de *Bruxelles-médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles. Il sera tenu compte des dates d'arrivée des demandes.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Clinique d'oto-rhino-laryngologie du professeur* Georges PORTMANN.

En plus de l'enseignement quotidien et des cours généraux sur : les nerfs craniens (14 janvier au 25 février); la broncho œsophagoscopie (4 mars au 14 mars) ; l'anatomie pathologique en oto, rhino laryngologie (3 au 30 juin), auront lieu, comme les années précédentes, deux cours de perfectionnement, l'un en français du 1er au 14 juillet, l'autre en langue anglaise du 22 juillet au 24 août.

Essentiellement pratiques, ces cours comprendront l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale.

Chaque assistant sera familiarisé avec toutes les interventions de la spécialité, les verra en projection ou en cinéma, les exécutera sur le cadavre, ou suivra la technique sur le vivant.

Une salle d'enfants, annexée au service, permet de développer tout particulièrement la pathologie et la chirurgie spéciale infantile.

A la fin de ces cours, un diplôme sera délivré à chaque assistant par la Faculté.

On pourra s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine, place de la Victoire, Bordeaux.

Umfia. — *Convocation.* — Les membres adhérents de l'Umfia ou Union Médicale Latine, sont convoqués à l'Assemblée générale annuelle de cette Société, qui se tiendra le samedi 12 janvier à 8 heures et demie du soir à l'hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente, Paris.

Diplôme universitaire et diplôme d'Etat de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance. — Le 1er février 1929, s'ouvrira à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 64, rue Desmouettes, un cours d'enseignement pour infirmières et sages-femmes.

Enseignement élémentaire, préparatoire au certificat : Sessions commençant le 1er février et 1er octobre : durée 4 mois.

Enseignement supérieur préparatoire au diplôme : Sessions commençant les 15 juin et 15 février : durée : 6 mois.

Internat et externat : Bourses et fractions de bourses aux élèves méritantes. Adresser les demandes avant le 15 janvier.

La direction de l'école signale le nombre croissant des postes offerts aux élèves titulaires de ces diplômes, actuellement encore très supérieur au chiffre des élèves diplômées.

Ecole de médecine de Clermont Ferrand. — M. le Dr Castaigne est nommé directeur de l'Ecole pour une période de trois ans.

Ecole de médecine de Dijon. — M. le Dr de Girardier est nommé pour une période de neuf ans, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le Dr Pichat est institué, pour une période de neuf ans, professeur suppléant des chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Guillot, licencié ès sciences, est nommé chef des travaux de physique générale et de biologie.

Ecole de médecine de Reims. — Un concours s'ouvrira le mercredi 26 juin 1929 devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecole d'application des troupes coloniales. — A été nommé professeur à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 1er janvier 1929 :

Chaire de clinique médicale et pathologie exotique : M. le médecin lieutenant-colonel Blanchard, du 21e rég. d'infanterie coloniale.

Guerre. — (Active). Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — M. Fournereaux, Cochois, Grenier de Cardenal.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Heuls, Vuillemot, Dreyfuss, Bellot, Paloque, Donter.

Au grade de médecin commandant. — MM. Péju, Coiffiney, Sarrelabout, Guguet.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Vernhet, Cambescot Guérin, Henry, Dravet, Carise, Rey, Gensoul, Couillard.

(Troupes coloniales). *Au grade de médecin colonel.* — M. Dupuy.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Fournier, Jubin, Armstrong.

Au grade de médecin commandant. — MM. Colin, Barreau, Bouvier, Marsy, Guirriec, Maignon, Bacqué, Colibœuf.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Talec, Gourmelon, Lieurade, Alain, Dumas, Kervingant, Bigot, Le Tallec.

Marine. — Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens affectés au corps de santé des troupes coloniales pour compter du 31 décembre 1928 et désignés pour suivre les cours de l'Ecole d'application de Marseille :

PROMOTIONS 1924. — A. *Médecins.* — MM. Vernier, Raboisson, Maze, Cavalade, Montalieu, Beaudiment, Remion, Broch, Bernard, Lotte, Berny, Moustardier, Beautes, Perramond, Grenn, Boulnois, Duron, Camenen, Léger, Meyer, Brouste, Russaouen, Dias-Cavaroni, Bernard-Lapommeray, Escudier, Leitner, Castets, Raymond, Gauzy, Ceccaldi, Hostier, Morelet, Charot, Orly, Conjard.

B. *Pharmaciens.* — MM. Woltz, Dantec, Trenous, Feissolle, Le Querec, Coader, Deniel.

— Liste des élèves du Service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens, désignés pour suivre les cours de l'école d'application de Toulon :

PROMOTIONS 1924. — A. *Médecins* — MM. Parneix, Geniaux, Davde, Le Lbrez, Deguilhem, Guyader, Audibert, Bayle, Carles, Lantheaume, Verre, Romez Cuilliez, Le Guen, Tromeur.

B. *Pharmaciens.* — MM. Merrien, Larvor, Cariou, Serre, Istin.

Elève rattaché à la promotion de 1924 : M. Henry.

Calendrier des Congrès et manifestations médicales. — *La Gazette des hôpitaux* vient de publier à ce propos un calendrier très complet que nous reproduisons.

FÉVRIER. 29 février. Réunion italienne pour l'étude de la malaria. Rome. — Secrét. gén. : 168, cours Victor-Emmanuel, Rome.

AVRIL. 2 avril. XIIe Congrès des Sociétés savantes, Paris.

3-8 avril. XXXIIIe Session du Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Barcelone. — Secrét. gén. : docteur Emilio Mira, calle Bruch, 32, Barcelone.

3-6 avril. IVe Réunion internationale de la Commission internationale permanente des maladies professionnelles, Lyon. — Président : professeur Etienne Martin, 10, rue du Plat, Lyon.

11-12-13 avril. Congrès international des femmes médecins. Paris. — Secrét. gén. : Mme le docteur Requin, 154, avenue Emile-Zola, Paris.

14-15 avril. Réunion médicale franco-belge, Lille.

24-26 avril. Congrès de l'Association britannique de gynécologie et d'obstétrique, Dublin. — Secrét. gén. : docteur L. Gastidy, Fitzwilliams, sq 24, Dublin.

Congrès d'hygiène mentale, Washington.

21-30 avril. Xe Salon des médecins. — Président : M. le professeur Hayem ; secrét. gén. : docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris.

MAI. 6-11 mai. IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, Londres.

15-20 mai. Ier Congrès international de l'aviation sanitaire, Paris — Président : M. Ch. Richet ; secrét. gén. : M. Robert Charlet, 35, rue François Ier, Paris.
19 mai. Journées médicales de Paris. — Secrét. gén. : docteur Descomps, 44, rue de Lille, Paris (VIIe.)
29 mai. Xe réunion neurologique annuelle, Paris.
XLIIe Congrès d'ophtalmologie, Paris.
XIVe Congrès de medecine légale, Paris.
Journées thermales de Clermont-Ferrand.
Réunions médicales de Nancy.
Reunion annuelle des Sociétés de biologie. — Secrét. gén. : 7, rue de l'Ecole-de Médecine, Paris.
Congrès panukrainien des ophtalmologistes.
Java. Fourth Pacific Science Congress.
JUIN. — 13-15 juin. Ier Congrès international des hôpitaux Atlantic City. — Renseignements : docteur René Sand, 8, avenue Velasquez, Paris.
12-26 juin. — Journées médicales de Bruxelles — Secrét. gén. : docteur René Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles.
Réunion mixte du Comité international pour le bien-être des gens de mer et de la section maritime du bureau international du travail, Genève.
VIIe Centenaire de la Fondation de l'Université de Toulouse.
JUILLET. 8-13 juillet. Congrès du Conseil international des infirmières, Montreal.
13 juillet. Congrès d'odontologie latin-américain, Rio-de Janeiro.
22-27 juillet. Semaine internationale de la lumière thérapeutique, Paris, Secrét. gén, : docteur Duiestel, 150 *bis*, boulevard Pereire. Paris (XVIIe.)
25-27 juillet. IVe Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Paris. — Secrét. gén. : docteur Clément Simon, 104, avenue Malakoff. Paris.
23-27 juillet. VIIIe Congrès international de chirurgie, Varsovie. — Président : M. Hartmann ; délégué pour la France : M. Robert Proust, 2, avenue Hoche. Paris.
AOÛT. 19 août. Congrès international de physiologie, Boston.
SEPTEMBRE. — VIe Congrès des pédiatres de langue française, Paris. — Président : M. Barbier ; secrét. gén. : M. L. Ribadeau-Dumas, 61, rue de Ponthieu, Paris.
OCTOBRE. — 3 5 octobre. VIIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Bruxelles.
7 octobre. XXXVIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie, Paris. — Secrét. gén. : M. Gregoire, 20, rue de l'Université ; secrét. gén. adjoint : M. Mondor.
8 octobre. XXIXe Congrès français d'urologie, Paris. Secrét. gén. : docteur Pasteau 13, avenue de Villiers, Paris (VIIe.)
11 octobre. XIe Congrès d'orthopédie, Paris — Président : M. Albert. Mouchet — Secrét. gén. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau.
XXe Congrès français de médecine, Montpellier. — Secrét, gén. : professeur Rimbaud, 1, rue Levat, Montpellier.
22 29 octobre. VIe Congrès de stomatologie, Paris. — Secrét. gén. : docteur Leclercq, 9 boulevard de la Madeleine, Paris (VIIIe.)
Xe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux. Paris. — Secrét. gén. : professeur Reynès. à Marseille.
XVIIe Congrès français d'oto rhino laryngologie, Paris.
XXIe Congrès d'hygiène, Paris. — M. Dufaure, à l'Institut Pasteur, 25. rue Dutot Paris (XVe)
Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine de l'Etat.
Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier.
Réunion de la Fédération de la Presse médicale latine, Madrid.
XVIIIe Congrès de stomatologie italien, Rome.
NOVEMBRE, 16 novembre. Fêtes du cinquantenaire du *Concours médical*.
XXXIIe Réunion annuelle de la Société de psychothérapie.
Sans date. IIIe Congrès des Sociétés français s d'oto-neuro-ophtalmologie, Bordeaux.
Sans date. Congrès de l'Association britannique pour l avancement des sciences, Le Cap de Bonne Esperance.
Sans date. Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Le Havre.
Sans date. IIIe Congrès de la pomme et du raisin, Paris.
Printemps. Saratov. IIe Congrès microbiologique.

Nécrologie. — Prof. LETULLE, de Paris. — Dr Henri FOURNIER, de Paris. — Dr Léon BASSET, de Paris. — Dr Du CAMP d'ORGAS, de Bordeaux — M. le Dr Arthur MIGUET, adjoint au maire de St. Etienne, décédé dans 47e année.

TRAVAUX ORIGINAUX

Prophylaxie de la fièvre typhoïde

Comment l'une des villes de garnison des plus typhogènes de France est devenue saine

Par **Edmond DELORME** (1),

Médecin Général-Inspecteur, Ex-Président de l'Académie de Médecine.

Les discussions passionnantes qui à cette tribune, se sont déroulées de 1908 à 1911 sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde ont eu dans notre pays un retentissement considérable et. pour lui. des conséquences pratiques inattendues et des plus importantes. Elles ont marqué dans les Annales de l'Académie et il n'est que juste de rappeler que ce sont trois Médecins Inspecteurs de l'armée qui. par la force des choses. ont surtout supporté — et combien vaillamment — le poids de ces discussions longues. émotionnantes et d'*intérêt national* suivant le terme de Léon Labbé.

Importée de l'étranger. la *Théorie des porteurs de germes* cherchait alors à prendre une place prépondérante dans l'étiologie et la prophylaxie typhoïdiques.

S'opposait à elle la *Théorie hydrique* en s'appuyant sur les témoignages de statistiques massives. irréprochables et les résultats convaincants d'épreuves déjà multipliées.

Puis bientôt. très ardemment préconisée, la *vaccination antityphique* affirmait, avec des allures triomphales. ses visées de prémunition générale en dépit de réserves sages et d'une critique que l'avenir allait justifier. Elle se préparait une place que la grande guerre devait bientôt étendre. soutenue qu'elle était par une loi qui en rendait l'emploi obligatoire.

Ma Communication d'aujourd'hui vient apporter une confirmation des plus éclatantes et de l'origine hydrique des grandes épidémies des villes typhoïgènes et de l'action préventive sûre de l'épuration de l'eau d'alimentation. Mais, comme la ville dé Lunéville qui va m'en fournir l'exemple a été bien loin d'être la seule, dans le même temps. à en donner la démonstration. je crois devoir, avant de m'arrêter à son histoire, esquisser quelques données générales.

***

Déjà bien avant 1908, la fièvre typhoïde provoquait dans maintes garnisons des villes principales de la France. des épidémies des plus meurtrières.

La Tribune de l'une de nos Assemblées politiques et la Presse. qui en répercutait les échos, en faisait porter bruyamment la responsabilité sur la « caserne » comme on disait alors et le Service de santé comme le Commandement prenaient leur part de cette responsabilité. alors qu'il était établi, en épidémiologie militaire. que des contingents éminemment réceptifs parce que jeunes. recevaient des villes contaminantes plus qu'ils ne leur apportaient de contages et que. d'autre part. si la morbidité militaire se montrait dans nos statistiques très élevée en comparaison de la morbidité de la population civile. c'est que les premières réunissaient des chiffres fournis par une déclaration des plus scrupuleuses tandis que les statistiques civiles ou étaient absentes ou rendues défectueuses par une déclaration imparfaite ou masquée.

Mais. dans des débats inspirés par la passion et qui poursuivaient inlassablement des buts dissolvants. de quels poids pouvaient pratiquement compter. pour rétablir la vérité. des assertions livresques insuffisamment divulguées ?

En m'appuyant sur l'ensemble de nos statistiques. faire ressortir devant la plus haute Assemblée médicale de France. consultative des Pouvoirs publics, faire ressortir. dis-je, que les épidémies typhoïdiques les plus extensives, étaient liées incontestablement à une origine hydrique, qu'elles s'observaient presqu'exclusivement dans les villes de garnison du Midi de la France. dans les villes dont je donnais les noms et qui se montraient indifférentes aux progrès hygiéniques et insoucieuses de la responsabiltté morale qui leur incombait ; puis combattre une doctrine, celle des porteurs de germes qui fournissait à ces villes sinon une arme de défense, tout au moins un prétexte à une temporisation, c'était là, sans doute. une initiative très opportune et louable — les assentiments que je recevais de toutes parts ne pouvaient m'en faire douter — mais, au fond, ce n'était qu'un conseil pressant, une invite émue, l'énoneé d'un projet bienfaisant et il était à craindre que l'*action*, la *sanction réparatrice* se fassent attendre, car combien d'autres initiatives bienfaisantes en hygiène comme en tout, restent à l'état de propositions. de projets voués au sommeil.

Il n'en fut pas ainsi. Et, comme il ne s'agit pas de rappeler ici un simple fait relatif à l'histoire d'une doctrine médicale mais de faire connaître le mécanisme trop ignoré de la réalisation d'un assainissement dont tant de villes meurtrières ont bénéficié, je dois dire que la sanction partit du Ministère de la guerre, du Sous-Secrétariat d'Etat du service de santé militaire.

Je m'en explique.

Le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé au Ministère de la guerre était alors un Député, homme de sens pratique, entreprenant. courageux et tenace. Il se montrait ennemi de la routine et cherchait à se renseigner. Sa religion venait d'être éclairée par notre lutte académique retentissante et les avis concordants de la haute Commission supérieure consultative des eaux d'alimentation de l'armée qui comptait dans son sein des techniciens de haute valeur et de non moins haute autorité. Il connaissait la cause des épidémies meurtrières, la pollution hydrique, le remède. les villes où il fallait l'appliquer. Il prit la résolution ferme de mettre un terme à ces pertes cruelles et inutiles et une psychologie avisée lui fournit l'arme qui pouvait le mieux atteindre les municipalités apathiques ou récalcitrantes. *Les blessures de son arme menaçaient leurs intérêts matériels.* C'était la *menace de la suppression ou du départ de la garnison permanente, un retard plus ou moins prolongé apporté à l'arrivee des réservistes*, et. en attendant *la consigne des cabarets et cafés à la troupe*, c'est-à-dire le dol des grands électeurs. Or si. comme je l'ai su, la suppression annuelle d'un régiment de cavalerie équivalait alors à la perte d'un million de francs. on conçoit que la simple menace d'une suppression de troupe ne pouvait manquer d'impressionner une municipalité.

Dès lors, *des missions ministérielles* se multiplièrent dans les villes fautives d'épidémies typhoïdiques graves. J'ai été personnellement chargé des principales (Marseille, Avignon, Nîmes. Arles. Lunéville). Les rapports qui rendaient compte des résultats de leurs enquêtes étaient contrôlés par la Commission supérieure des eaux d'alimentation ; la menace psychologique était envisagée et les projets de la municipalité étaient d'urgence soumis au Ministre de l'Intérieur. L'exécution, en général ne se faisait pas trop attendre. comme vous allez le voir.

Après ces considérations générales. je vais dire comment Lunéville. l'une des villes de garnison les plus typhogènes de France est devenue saine.

***

Cette « cité cavalière » comme on l'a appelée, a toujours eu. avant la grande guerre. quatre régiments de cavalerie et. même à un moment donné. un effectif majoré. Or si on lit l'histoire médicale qu'en ont tracée le Dr Tony Saucerotte et les Registres de casernement de cette ville dans lesquels sont consignées les maladies qui ont sévi

(1) Communication faite à l'Académie de médecine à la séance du 8 janvier.

sur ses troupes, on constate que la fièvre typhoïde y a toujours été endémique et que sur ce fond d'endémicité se sont greffées très souvent, presque annuellement des épidémies massives. On a même remarqué que certaines de ces épidémies avaient coïncidé avec l'usage de l'eau de l'une de ses rivières, la Meurthe.

En août 1908, quand j'y fus envoyé en mission, une épidémie y sévissait depuis le mois de juillet, épidémie remarquable par le nombre considérable des atteints qui dépassait 500. Les malades étaient désignés sous les noms de typhoïdiques et d'embarras gastriques. La plus grande partie des 110 lits réservés à l'hôpital mixte aux malades militaires, retenait les cas les plus sérieux ; les infirmeries régimentaires étaient bondées et maintes chambrées gardaient les derniers.

A en croire la rumeur publique, voire des assertions qu'on eût pu supposer plus averties, l'épidémie était surtout militaire. Je n'avais pas lieu d'en être surpris, car c'était la règle de l'affirmer, mais une enquête sérieuse me fît bientôt connaître que la population comme la garnison payait le même tribut à l'épidémie.

Contaminée était la troupe, en dépit de stérilisateurs bien entretenus et sans cesse en action dans les casernes, c'est qu'en plus de l'eau épurée, chaque quartier était pourvu d'une eau dite dangereuse à boire, en principe réservée pour la boisson des chevaux et les usages domestiques. Or celle-ci était préférée à la première parce que tout en paraissant aussi pure, elle était plus fraîche.

On devait en inférer qu'il était nécessaire de doter chacun des quartiers, comme la ville qui leur fournissait leur eau d'alimentation, de les doter d'une eau *unique et épurée*.

La soudaineté de l'épidémie, son extension rapide, sa diffusion, jointes aux résultats d'analyses bactériologiques qui renseignaient sur l'impureté de l'eau consommée, ne pouvant laisser de doute sur une origine hydrique, je me mis en rapport avec la Municipalité de la ville. Je lui fis part des résultats de mon enquête et lui fis ressortir la responsabilité qui lui incombait déjà et qui s'accentuerait si des mesures urgentes n'étaient pas prises pour purifier son eau de boisson et sur l'heure je fis remarquer au Ministre (Sous-Secrétariat d'Etat) le danger d'une convocation annoncée de réservistes.

Si ses édiles avaient pu conserver le moindre doute sur la nécessité et l'urgence qu'il y avait à procurer une eau *unique et épurée* à la ville typhogène, le contrôle sur place des lieux d'origine de ces eaux l'eût fait lever. Ce contrôle fut effectué en présence de M. le Général Commandant d'armes, des chefs militaires des services, de M. le Maire, du chef des travaux de la ville et du professeur Macé de la Faculté de médecine de Nancy, chargé hebdomadairement des analyses bactériologiques.

L'eau était tirée de *quatre provenances* : de trois vastes surfaces de filtration superficielle (eaux des Mossus, de Mondon, de Rianois) et de la rivière de la Meurthe.

Or, la première était captée dans des terrains proches de la ville. Le périmètre n'était pas protégé et il était environné de terres maraîchères engraissées par des détritus animaux et humains.

La surface de recueillement des eaux de Mondon était sans doute éloignée de la ville, mais elle aussi était mal protégée et, chose surprenante, pour atteindre un édicule proche de la forêt, édicule où se réunissaient des aboutissants de conduites à surveiller, il fallait traverser un terrain de plus d'un hectare d'étendue servant de dépotoir au contenu des tinettes Goux qui, tous les deux jours, se vidaient là des matières fécales des casernements. Sur les tas alignés, des linges d'infirmerie et des papiers nombreux à en-têtes bien apparents, précisaient la provenance de ces monstrueux déchets.

Le défi à l'hygiène était là si flagrant que je ne pus m'empêcher, en le constatant, de me tourner vers mon confrère et de lui demander si, aux fins d'une analyse bactériologique, il croyait utile de faire recueillir de l'eau de Mondon. Un léger sourire fut sa réponse.

Autour des bouges de Rianois situés presque en bordure du terrain des manœuvres journellement fréquentés et non protégés, le sol était souillé de détritus fécaux humains très nombreux.

Quant à l'eau *brute* de la Meurthe, des examens bactériologiques incessants, faits depuis longtemps suffisaient pour en affirmer la souillure.

L'évidence était là, l'épuration de l'eau s'imposait. La situation ne comportait ni réticences ni atténuations. La municipalité le comprit et dans la séance tenue à l'Hôtel de Ville, son maire m'assura de sa volonté ferme de mettre fin à des errements dangereux. Au retour de ma mission, quelques jours après, le Sous-Secrétaire d'Etat imposait l'épuration avec un esprit de décision digne de servir d'exemple.

Le projet de la ville qui avait été soumis au contrôle de la Commission supérieure des eaux d'alimentation de l'armée fut rapidement accepté par le Ministère de l'Intérieur. Pour la mise en train, notre ancien collègue, le sénateur Lannelongue, avait bien voulu, sur mes instances, le faire doter de 200.000 francs prélevés sur les fonds du Pari Mutuel, mais comme, à ce moment l'hygiène publique, en France, se refusait, pour l'épuration urbaine d'une eau d'alimentation à accepter la purification chimique, la réalisation ne fut pas sans présenter de réelles difficultés. L'œuvre, en effet était considérable et telle que, pour cette ville, elle allait absorber la plus grande partie d'un emprunt de 1.875.0 0 francs et celle-ci eut encore à dominer d'autres obstacles dont les principaux relevaient d'essais de méthodes récentes, d'application coûteuse.

Bref, cette réalisation a été obtenue. Elle a donné un résultat parfait. Pendant la période d'attente et d'essais, on ne pouvait compter obtenir un assainissement urbain complet, mais comme le montre le tableau ci-contre qui consigne les renseignements de nos statistiques militaires que je dois à l'obligeance de M. le médecin général Lévy du Ministère de la guerre, comme le montre ce tableau, le résultat, même pendant la période d'attente et d'essais fut déjà remarquable.

GARNISON DE LUNÉVILLE (20e C. A.).

Morbidité des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes de 1909 à 1927.

Années	Fièvres typhoïdes		Fièvres paratyphoïdes		Morbidité pour 1.000 hommes de
statistiques	cas	décès	cas	décès	la garnison
1909	57	6	»	»	11.84 ‰
1910	17	»	»	»	3.93 ‰
1911	26	3.	7	»	6.91 ‰
1912	5	»	»	»	1.64 ‰
1913	4	2	»	»	0.88 ‰
1919-20	»	néant			
1920-21	»	néant			
1921-22	1	»	»	»	0.4 ‰
1922-23		néant			
1923-24		néant			
1924-25		néant			
1926		néant			
1927		néant			

Ainsi la morbidité qui était de 11.84 pour mille hommes d'effectif en 1909 (57 cas avec 6 décès) n'était plus représentée que par 52 cas et 5 décès pendant *quatre ans*, de 1910 inclus à 1913 inclus, et en 1914, on ne relatait plus qu'*un* seul cas.

Dans une ville proche du front, bombardée fréquemment, privée de la plus grande partie de sa population fixe par l'exode de ses habitants et où le flux et le reflux de la troupe était incessant, il ne pouvait être question d'établir des statistiques pendant la guerre, mais en 1919, celles-ci sont reprises et alors : *de* 1919 *à* 1927, *c'est-à-dire pendant* NEUF ANS *et je pourrais dire dix ans puisque* 1928 *va ressembler à* 1927, *les colonnes du tableau sont vierges de chiffres.*

Et remarquez que la colonne des fièvres paratyphoïdes est aussi vierge que celle des fièvres typhoïdes et j'ajoute que la mesure de protection, de prémunition a été unique, qu'on n'a eu en vue que l'épuration de l'eau d'alimentation ; qu'il n'a été fait appel à aucun autre moyen, pas plus à ceux qu'aurait pu inspirer la théorie des porteurs de germe qu'à la vaccination antityphoïdique.

Ainsi, grâce à l'épuration de son eau d'alimentation, la ville typhogène de Lunéville est devenue saine.

Cette épuration est effectuée aujourd'hui par des filtres dégrossisseurs, préfiltres et filtres à sable fin, nettoyés fréquemment par l'air comprimé et une *javellisation continue* pour laquelle on tient compte de la teneur de l'eau en matières organiques et des résultats qu'elle donne aux épreuves de teinturométrie.

Les analyses bactériologiques faites régulièrement toutes les semaines, à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Nancy par les soins du Professeur Macé ont fait ressortir que l'eau uniquement utilisée (eau de Meurthe), quand elle est *brute*, a une teneur en colonies microbiennes qui varie suivant les saisons de 4.000 à 4.000.000 et plus par centimètre cube avec une moyenne de 20.000 coli par litre.

Après épuration, ces chiffres tombent à 200 ou 300 colonies de saprophytes au centimètre cube et on ne trouve plus de coli.

Quatorze années se sont écoulées déjà depuis la grande guerre. Celle-ci a apporté au sujet de la purification de l'eau par la méthode chimique, de javellisation un enseignement puissant et de premier ordre, au double point de vue de son efficacité, de la simplicité et de l'*économie* du procédé. En sorte que la considération sinon des obstacles, tout au moins des difficultés budgétaires, que les modes compliqués et onéreux d'avant-guerre permettaient à des municipalites indifférentes ou récalcitrantes d'invoquer ne sauraient plus aujourd'hui leur servir d'argument.

On peut dire qu'à l'heure actuelle *toute localité typhogène, quels que soient sa population et son budget peut et doit bénéficier de ce mode sûr, efficace de prémunition.*

Et puisqu'il en est ainsi, le bon sens comme les sentiments d'humanité, et j'ajouterai la crainte des responsabilités imposent aux municipalités de s'employer sans tarder à y recourir.

Pour CONCLURE, je dirai ;

1° L'assainissement si remarquable de la ville de Lunéville obtenu par l'épuration de son eau d'alimentation et celui, concomitant de tant de grandes cités françaises dû au même moyen, fait le plus grand honneur à l'initiative, à la clairvoyance, à la tenacite du Service de santé militaire. Ces villes, le Pays tout entier lui doivent de la reconnaissance ;

2° L'exemple de la ville de Lunéville confirme une fois de plus la donnée classique trop méconnue aujourd'hui que les épidémies typhoïdiques subites, massives, les plus meurtrières sont d'origine hydrique ;

3° La cessation rapide si parfaite, si constante de ces épidémies après l'épuration des eaux d'alimentation de ces villes, apporte à cette donnée une preuve irrécusable et éclatante qui a manqué à nos devanciers ;

4° Il n'est que juste de tenir le plus grand compte dans l'atténuation de la morbidité et de la mortalité typhoïdiques générales que nos statistiques françaises accusent aujourd'hui, de tenir le plus grand compte de l'effort qui dans nos grandes villes typhogènes a été concentré vers l'épuration des eaux d'alimentation comme but ;

5° L'épuration par les moyens chimiques, en particulier par la javellisation est *la plus simple, la plus sûre, la plus économique.* L'hygiène ne saurait trop s'attacher à le faire ressortir auprès des Municipalités et des Pouvoirs publics :

6° C'est l'épuration chimique des eaux qui doit occuper la première place dans la prophylaxie antityphoïdique ;

7° *Toute localité, quels que soient sa population et son budget, a aujourd'hui à s'attacher à ce mode de prémunition, surtout si ses eaux sont suspectes ;*

8° Il est incontestable que de tous les moyens à employer, c'est l'épuration chimique, la javellisation qui actuellement réalise le plus facilement et le mieux la *prémunition collective, généralisée ;*

9° Elle n'a pas à compter avec l'indifférence individuelle ; elle n'a pas à éprouver des résistances qui peuvent limiter l'emploi d'autres moyens, de la vaccination, par exemple ;

On ne saurait, contre elle, invoquer l'argument d'une atteinte apportée à la liberté individuelle.

Avec elle, il ne saurait être question de s'inquiéter des tares individuelles. *Tous les habitants d'une localité, indistinctement, en bénéficient.*

Les *réactions locales* qui laissent, quoi qu'on en dise, de désagréables souvenirs à ceux qui les ont éprouvées ; les *réactions générales*, bien plus rares mais dangereuses et qui pourraient bien engager des responsabilités, ces accidents, sont inconnus de l'épuration.

Enfin sa prémunition est plus sûre et plus constante.

10° Dans les villes assainies, les autres moyens sont, à mon avis, surtout applicables à des cas limités ou ressortissant d'une autre origine que de l'origine hydrique.

Les consultations journalières : L'endocrinologie et les états endocrino sympathiques. Les endocrines dans la physio-pathologie clinique, par A.-C. GUILLAUME. 1 volume in-16 de 300 pages : 25 francs. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cet ouvrage, *L'endocrinologie et les états endocrino sympathiques*, est divisé en deux parties : c'est la première partie qui paraît aujourd'hui avec, pour sous-titre, *Les endocrines dans la physio-pathologie clinique.*

Le sous-titre indique bien le sens de cet ouvrage, dans lequel sont envisagés successivement les différents problèmes posés par la participation de l'activité endocrine à la conduites des grandes fonctions normales et pathologiques de la vie humaine. Dans cet exposé, les endocrines ne sont pas considérées glande par glande, comme c'est le cas, habituellement, dans les ouvrages consacrés à l'endocrinologie ; mais, ayant en quelque sorte retourné le problème, l'auteur, envisage successivement chacune des grandes fonctions : *développement de l'être, croissance, caractères physiques et psychiques, nutrition, calorigénie, fonction sexuelle*, par exemple, et, ce faisant, étudie, dans chacun de ces cas particuliers, le rôle des endocrines, en bloc puis individuellement. Ainsi est bien mis en évidence, tel qu'il se présente à l'observateur, le mécanisme endocrinien.

Le plan d'exposition est donc absolument different de celui adopté dans les ouvrages similaires ; on peut dire, sans hésitation, que ce plan nouveau est beaucoup plus rationnel, puisqu'il est conforme à la logique des faits observés en clinique : un malade ne peut, en effet, être classé parmi les *thyroïdiens* ou les *hypophysaires* qu'après une analyse minutieuse ; partir d une classification glande par glande pour aboutir à l'étude des états morbides, c'est donc admettre le problème résolu, poser le résultat, et remonter à l'envers, le développement logique du raisonnement clinique. Ici rien de semblable, on part de la constatation du phénomène morbide tel qu'il se présente en clinique, pour arriver, par déductions successives, à reconnaître la part de chacune des endocrines. Cette conception est d'autant plus exacte, d'ailleurs, qu'à de rares exceptions près, les faits pathologiques des endocrines ne sont pas la conséquence du dérèglement d'une seule glande, mais le résultat d'un complexe auquel participent plusieurs endocrines.

La deuxième partie de l'ouvrage, conçue sur le même plan, traite de *la clinique des endocrines* ; les deux parties doivent donc former un tout très homogène et qui englobe l'ensemble des faits du domaine de l'endocrinologie.

Comment réveiller les souvenirs chez les amnésiques de guerre ?

(Essai sur le rôle psycho-biologique du shock)

Par le Dr LOWENTHAL (de Nice).

L'amnésie, qui naguère n'intéressait que l'homme d'art et tout particulièrement les névrologues et psychiatres, est tombée depuis la dernière guerre dans le domaine public : la grande presse lui consacre des enquêtes (1) et chroniques ; les littérateurs, délaissant pour une fois la psycho-analyse freudienne et pornographique, en tissent des drames, contes et romans. C'est qu'il est, de par le monde, d'innombrables familles qui vivent depuis des années dans une perpétuelle incertitude — qui est un perpétuel martyre — concernant le sort d'un des leurs, emporté on ne sait où, ni quand, ni comment dans la plus effroyable tourmente des siècles. Aussi, chaque fois qu'un rapporteur à l'affût dépiste un amnésique de guerre, des milliers de lettres affluent, de toute part, demandant et donnant des renseignement détaillés ; et parents, épouses, fiancées et amantes qui n'ont pas oublié, défilent durant des mois devant l'inconnu qui s'ignore, avec l'espoir toujours déçu de retrouver enfin le cher disparu : drames de larmes, de sang, de folie et de suicides.

Est-il dans notre pouvoir d'apporter une atténuation a tant de misère ? En d'autres termes, l'identification des amnésiques de guerre est-elle possible ? A cette question nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative : oui, il est scientifiquement possible de pénétrer dans le passé de qui a perdu son « moi » et de lui rendre ainsi « son nom et son être ».

Et d'abord quelques notions préliminaires.

Il existe, concernant les impressions enregistrées par la mémoire, de quelque nature qu'elles soient et aussi fugitives qu'elles puissent être, cette loi formulée par Abramowsky : « Tout le passé psychique de l'individu reste constamment et intégralement : du monde psychique rien ne s'évade » — formule à notre avis étroite et que nous complèterons de la façon suivante :

1° Tout le passé psychique, intellectuel et organique de l'individu reste constamment, et intégralement, soit à l'état patent, soit à l'état latent, susceptible de passer à l'état patent sous forme de souvenirs complets ou incomplets (paramnésie ou réminiscence), s'il s'agit d'impressions vécues ou de connaissances acquises, ou bien sous forme de récidive, lorsqu'il s'agit de lésions organiques.

2° De ce qui dans l'ascendance constituait l'être — forces et matière — rien ne s'évade, tout est transmis à la descendance, tout reste, demeure, *est*, soit à l'état patent, soit à l'état latent — sous forme de rudiments, lorsqu'il s'agit de la matière, sous forme d'instincts ou de réminiscences, lorsqu'il s'agit de facultés, aptitudes ou forces psychiques ou intellectuelles : rudiments, instincts, réminiscences sont susceptibles de réversion ou de renaissance après des années, des centaines d'années ou de milliers siècles de sommeil.

La loi d'Abramowsky ainsi complétée, un grand nombre de faits et phénomènes dits surnaturels, supranormaux et métapsychiques entrent dans le domaine du naturel, tributaires de la science exacte.

Voyons quelques exemples :

M. Duval rapporte le cas d'un vieux forestier qui avait vécu pendant sa première jeunesse sur les frontières polonaises et n'avait guère parlé que polonais. Dans la suite il fit son service dans les districts allemands et, n'ayant plus d'occasion de parler polonais, l'oublia. Vieillard il subit une opération ; pendant l'anesthésie qui dura deux heures, il parla, chanta et pria rien qu'en polonais (1).

Abercrombie cite le cas d'un enfant qui, par suite d'une fracture du crâne, subit à 4 ans l'opération du trépan. Guéri, il n'avait gardé aucun souvenir de l'accident, ni de l'opération. A l'âge de 15 ans, pris d'un délire fébrile: il décrivit l'opération subie, les gens qui y assistaient, leurs toilettes et autres petits détails avec une grande exactitude. Jusqu'à ce jour il n'en avait jamais parlé, et l'on se gardait bien de lui en parler (2).

Le Dr Rush tenait d'un pasteur américain ce fait qu'un certain nombre de ses paroissiens d'origine allemande ou sédoise, qui ne parlaient plus l'allemand ou le suédois depuis 50 ou 60 ans, ne s'exprimaient dans le délire que dans leur langue maternelle.

Feu le Pr Budin narrait souvent à ses élèves la faute par lui commise au début de sa carrière : appelé pour une présentation vicieuse, il anesthésia sa patiente et — précaution, cependant, élémentaire — oublia d'éloigner l'époux. Or dans son délire, la jeune femme évoqua un drame intime vieux de quelques années : il en résulta un scandale qui se termina par le divorce.

Les faits ou épisodes du passé révélés par les sujets observés dans leur délire, auraient puissamment aidé à les identifier, si leur identité avait eté ignorée.

On connaît le cas du célèbre medium de Flornoy : en état de sommeil provoqué par la suggestion, il s'exprimait en sanscrit dont, en état conscient, il n'avait pas la moindre notion : peut-être même, à ses débuts, en ignorait-il l'existence (3).

Non moins célèbre est le cas de la stigmatisée de la Frodais. En état dit second, dit de transe, d'extase, elle parlait avec une éloquence incomparable et en théologien consommé des choses divines, discutait sur Dieu, la Trinité, la Croix, l'Eucharistie, narrait la vie d'une foule de saints et de saintes, citait en *latin* des pages entières de l'Ecriture, etc.. En état normal ou conscient, c'était une simple paysanne ignorante, qui n'a su apprendre ni à écrire, ni à lire, ni à compter (4).

Le cas du medium de Flornoy n'est pas supranormal, ni celui de la stigmatisée de la Frodais, surnaturel. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de réminiscences de la préexistence dans les ancêtres, de réversion ou de renaissance intellectuelle, des connaissances acquises par des aïeux éloignés, très ou extrêmement éloignés des sujets, et qui, restées en état latent pendant un nombre plus ou moins considérable de siècles, se sont manifestés en état patent temporaire ou périodique chez l'un de leurs descendants. C'est là un phénomène du même ordre naturel que la ressemblance (renaissance) en tout point parfaite des démarche, ou attitude, ou forme du nez, contours et expression des lèvres ; couleur et expression des yeux ; ou des talents, vertus ou vices particuliers ; ou d'anomalies organiques (bec-de-lièvre, doigts ou orteils supplémentaires, etc.,.) — ressemblance de traits que nous observons journellement entre enfants, petits et arrière-petits-enfants et un des parents, grands ou arrière-grands-parents. Dans les familles princières et aristocratiques de vieille souche qui possèdent les portraits de leurs aïeux, on a observé maintes fois une ressemblance physique frappante entre deux individus procréés à un ou quelques siècles d'intervalle. Le nouveau-né mis pour la première fois au sein, se livre à une série de manœuvres, actions et réactions infiniment complexes et d'une précision quasi mathématique, manœuvres identiquement semblables à celle de l'espèce et qui exige la mobilisation simultanée ou dans une succession rigou-

(1) Voir la très intéressante enquête par A. Nardy, in *Œuvre*, juin 1928.

(1) R. Ribot. — Les maladies de la mémoire.
(2) R. Ribot. — Les maladies de la mémoire.
(3) Flornoy. — Des Indes à la planète Mars.
(4) Imbert-Coubeyre. — La stigmatisation et l'extase divine.

reuse d'un nombre considérable de muscles lisses et striés, tendons, articulations et synoviales : l'appareil respiratoire, cœur, vaisseaux lymphatiques et sanguins, des centres, troncs et filets nerveux ; du tube digestif, de ses annexes, etc., etc.. ; le plus savant des physiologistes n'en saurait décrire ni concevoir tous les détails ; des siècles d'études par des milliers de savants, ont été nécessaires pour apprendre le peu que nous en savons : des milliers d'autres siècles s'écouleront avant d'éclaircir ce que nous ignorons : le nouveau-né les exécute, si l'on ose dire, par cœur, non pas en automate — mot absurde appliqué à un être organisé et qui doit être banni de la psychologie et de la psychiatrie — mais guidé, par la mémoire, la volonté et les connaissances transmises de toute la lignée d'ancêtres dans l'inconscient, qui régit déjà et qui régira la plus vaste des usines par la totalité de ses surfaces et la plus parfaite par le fini de ses rouages et par la régularité de la marche et où travaillent, jour et nuit, dans l'harmonie, solidarité et discipline des milliards d'ouvrières-cellules *à l'insu* complet du conscient. La vie serait courte, terne et d'ailleurs matériellement impossible sans l'inconscient.

Ainsi donc : tout le passé psychique et intellectuel (abstraction faite ici de l'organique), tout le passé individuel ou acquis par le conscient et tout le passé ancestral transmis dans l'inconscient reste, demeure, *est*, constamment et intégralement soit à l'état patent, soit à l'état latent : ce qui est latent de l'acquis ne paraîtra au jour que l'individu en état *subconscient* ; et ce qui est latent du transmis ne peut, renaître que l'individu en état *inconscient*. Et nous appelons état subconscient l'état de l'individu dont le conscient et, donc la volonté et les organes des sens sont éclipsés ou partiellement abolis — condition *sine qua non* du passage des impressions *vécues* de l'état latent à l'état patent : l'état inconscient est caractérisé par l'abolition totale de la volonté et des organes des sens — condition *sine qua non* du passage des réminiscences *ancestrales* de l'état latent à l'état patent. C'est de la collaboration étroite du subconscient et de l'inconscient que naît toute création de la pensée humaine, collaboration où le rôle dévolu à l'inconscient est toujours prépondérant et où la part du conscient est dans l'immense majorité du cas secondaire, souvent négligeable et parfois nulle. Pascal enfant solutionnait les problèmes de géométrie et d'algèbre qui présentaient des difficultés pour les plus grands mathématiciens de l'époque, alors que son savoir acquis était à peine supérieur à celui de la stigmatisée de la Frodais. Les productions d'enfance de Giotto, Michel-Ange, Raphaël, Mozart, Gœthe, Victor Hugo, portaient déjà le cachet de génie : ils peignaient, sculptaient, composaient ou versifiaient à peu de chose près comme le medium de Flornoy parlait le sanscrit, sans avoir été enseignés. C'est parce que le rôle de l'inconscient est prépondérant dans les créations que les auteurs de génie ou même de talent, sincères avec eux-mêmes, se reconnaissent difficilement dans leurs œuvres : « Lorsque j'exécute ou j'entends exécuter *Tristan et Iseult*, écrit Wagner à Mathilde Wesendonck, je me demande, si c'est bien moi qui en suis l'auteur. »

De sorte que pour obtenir des révélations concernant le passé *vécu*, en d'autres termes pour transformer les impressions latentes (l'oublié) en patentes, — phénomène qui, désordonné, anarchique constitue le délire — il s'agit de conférer à l'individu l'état subconscient ; l'état inconscient nous dévoilera des tranches du passé ancestral.

Or, il résulte des observations types citées, que le délire révélateur a été provoqué chez les sujets témoins par le *shock* dans l'espèce, toxique ou psychique (voir plus bas). Pourquoi cet effet ? Parce que la propriété essentielle du *shock* consiste à produire l'abolition partielle du conscient (état subconscient), suivie s'il est suffisamment prolongé ou violent — de l'abolition intégrale du même (état inconscient).

Ceci nous met dans la nécessité de dire quelques mots brefs sur le *shock* dont le domaine est aussi vaste qu'encore peu exploré, un des problèmes de psychologie et de biologie le plus passionnant que nous connaissons — source de vie, de maladie et de mort, du bien et du mal, de gloire et de honte, d'héroïsme et de lâcheté, de vertus, de vices et de crimes.

On peut les classer en trois catégories : 1) *shock traumatique* avec ou sans lésions organiques graves — agents vulnérants de grande intensité : accident de chemin de fer, explosion; séisme, naufrage et autres catastrophes de même envergure ; 2) *shock psychique* : violente émotion d'origine nerveuse et cérébrale : peur, joie tristesse, passions nobles ou basses, extase religieuse, scientifique ou artistique, sugestion, auto-suggestion, etc... : 3) *shock toxique* organique ou chimique : alcool, chloroforme, éther, morphine ; germes morbides, toxines, etc...

L'action du shock quels qu'en soient la variété et l'agent — *indifféremment* — se manifeste dans la succession de phases psycho-biologiques, à modalités différentes, mais dans l'ordre invariablement le même qui est invariablement inverse à celui qui préside à la succession des stades fondamentaux similaires de l'espèce. Il arrive que les dites phases se succèdent à une allure rapide ou extra-rapide, au point d'en rendre l'observation difficile, voire impossible. Nous les présenterons au ralenti : cela nous permettra par la même occasion de dissocier la personnalité humaine tellement diverse et contradictoire dans son essence et dans ses actions contrairement à ce qui s'imaginait dans son mysticisme le regretté Mignard (1), que, dit Montaigne « il semble impossible qu'elles soyent de mesme boutique » (2).

Donc quel que soit l'agent provocateur du shock, panique, drame passionnel, ivresse, anesthésie opératoire, extase, inspiration, maladie infectieuse ou autre, les phases psychiques à modalités, je le répète, différentes, se déroulent dans l'ordre que voici :

1° C'est le conscient, le dernier venu — né d'hier qui succombe, plus ou moins rapidement le premier ; abolition progressive de perception du monde extérieur et du monde physique, intérieur, des organes des sens, de la volonté et des mouvements volontaires : défilé des souvenirs, réminiscences du passé vécu ; renaissance des connaissances acquises et leur coordination, travail plus ou moins intense de création. Autre modalité : délire, évocation, visions du passé, souvent dès la première enfance, d'où le cri si poignant chez les vieillards « maman ». Parfois — et le fait a été observé tout particulièrement chez les noyés (*rescapés*) : toute l'existence se déroule en quelques secondes, y compris les épisodes depuis longtemps oubliés. C'est dans cette phase du subconscient qu'eut lieu le délire-révélateur des sujets faisant objet des quatre premières observatious ci-dessus citées. C'est dans cet état que fut écrasé le cerveau d'un des plus grands cerveaux du siècle : tout à ses pensées, la vue et l'ouïe obmibilées, Curie traversa la rue, sans voir, ni entendre un lourd camion qui s'approchait à une allure modérée et avec un bruit étourdissant. C'est dans cet état d'hémi-anesthésie que fut tué Archimède qui, tout à ses « cercles » ne s'aperçut ni de la prise de la ville dont il assumait la défense, ni de l'irruption de la soldatesque dans sa demeure : « noli tangere circulos meos » L'état subconscient est quasi permanent chez les « distraits ». C'est dans cet état qu'Ampère, l'homme le plus distrait de son temps, rentré chez lui par une nuit d'orage, mit son parapluie, dégouttant d'eau, dans le lit bien chauffé et sa propre personne dans un coin du corridor, où le matin sa vieille gouvernante le trouva, frissonnant et transi de froid, mais hors du temps et de l'espace, du visible, du sensible et du palpable, et tout absorbé par un problème fort hardi de mathématiques.

2° Le cycle se développant, suit l'ensevelissement de l'inconscient transmis des ancêtres de la série *humaine*, précédé de réminiscences, de renaissances des connais-

(1) M. Mignard. — L'unité psychique et les troubles mentaux.

(2) Essais § II ch. 1.

sances du savoir adéquates accumulées dans l'ascendance, ou bien encore, autre modalité, du délire — visions, évocations du passé ancestral et qui par cela même est pour nous, indéchiffrable (tout au moins que personne jusqu'ici n'a tenté de déchiffrer). C'est dans la phase correspondante du sommeil provoqué chez les individus dits medium, dans la phase dite de somnambulisme mediumnique que le sujet de Flornoy s'exprimait en sanscrit, langue de ses aïeux. C'est dans la phase correspondante de l'extase « (état inconscient) que la stigmatisée de Frodais illettrée et ignorante de toute chose fors son patois, s'exprimait avec élégance en français et latin et faisait montre de connaissances approfondies, transmises des ancêtres, de la théologie, de son histoire et de ses dogmes.

3° Voici venir une phase appelée diversement : d'*éréthisme* (accident traumatique) ; *période d'excitation* (anesthésiques) : *delirium tremens* (alcool) ; *agonie* (délire *antemortem*) ; *délire collectif* (panique, émeute), phénomènes de même ordre et dont les manifestations sont identiquement les mêmes chez tous les humains, à quelque race ou classe qu'ils appartiennent : mouvements et gestes désordonnés, violents, des membres, meurtriers à moins d'obstacles ; soubresauts convulsifs du corps ; regard farouche qui, fixé, inspire la terreur ; grincement des dents ; rictus affreux des lèvres ; bouche en écume, trismus cruel des mâchoires ; cris, hurlements qui n'ont plus rien d'humain. C'est l'inconscient *animal* déchaîné qui se dévoile dans toute son horreur ; c'est le fauve ancestral qui déployant une vigueur surprenante chez un être qui tout à l'heure prosterné, en puissance d'une affection mortelle et incapable d'un moindre effort, livre un combat acharné ou se débat contre les étreintes d'un ennemi imaginaire : aussi faible qu'il soit en état normal ou aussi affaibli qu'il soit par son affection, il faut le concours de plusieurs hommes solides pour le maîtriser. A cette phase correspond chez les anesthésiés en vue d'une intervention chirurgicale la période dite d'excitation : qu'il s'agisse d'une malade épuisée par une grave, longue et douloureuse maladie, ou d'un accidenté plus ou moins exsangue, il est sage de s'en méfier au risque d'en être blessé ou tué. C'est pourquoi on l'attache préventivement par des liens solides, tel un fauve pris au piège. C'est dans cette phase de l'inconscient animal que sont commis les meurtres par les alcooliques, les passionnels, les idiots, les épileptiques, les cocaïno-morphino ou éthéromanes, les individus ou foules fanatisés.

4. — A la phase dramatique, tumultueuse et mouvementée qui est sans distinction d'agent, le *delirium tremens*, succède un calme profond et sinistre, souvent le dernier acte de la pièce avant la chute du rideau, prélude de la fin. C'est l'inconscient physiologique ou végétatif qui, ses congénères ensevelis dans le sommeil à lui interdit sous peine de mort, lutte silencieux, telle une plante. L'individu ne vit plus ; il *végète* à l'instar de ces êtres hybrides qui placés à cheval sur les frontières des règnes végétal et animal, sont revendiqués par l'un et par l'autre. Et de fait, l'architecture anatomique n'est plus, pour l'instant, qu'une façade trompeuse qui masque un revenant de l'âge primordial, — forme ancestrale transitoire entre les organismes végétaux qui peuplaient la terre et les eaux, et les organismes animaux qui devaient en éclore — par différenciation — dans la suite des siècles. L'individu réduit à cet état, si son végétatif est robuste, l'action du shock épuisée, récupère peu à peu ses forces et facultés dans l'ordre invariablement inverse à celui de leur évanouissement : le réveil débute par l'inconscient animal (d'où réapparition, atténuée, de la période dite d'excitation chez les anesthésiés avant leur réveil complet) ; l'inconscient humain le suit (délire), le conscient ferme la marche. Que si l'inconscient végétatif ou physiologique est taré (affection cardiaque, insuffisance hépatique ou rénale, etc., etc.), le shock est généralement mortel (mort physiologique, mort réelle, mort du végétatif), aussi anodin qu'en soit, en apparence, son agent : une grande joie, un bonheur inattendu, la réalisation d'un rêve longtemps caressé, gros lot gagné, une décoration enfin décrochée, ou bien encore le désir ardent de mourir (mort à deux). La phase végétative peut durer des heures, des jours, des mois et des années, lors même que le conscient et les inconscients humain et animal aient rejoint l'éternité dès le début du shock : c'est le cas des cataleptiques à forme grave qui par cela même expirent sans délire, sans agonie, telle une plante qui se meurt. Ajoutons que le conscient, les inconscients humain et animal peuvent manquer congénitalement ou tout au moins ce dernier réduit à sa plus simple expression : c'est le cas d'idiots complets, susceptibles, assistés, de végéter de longues années en puissance d'un puissant végétatif : lui seul et cela suffit.

Conclusion.

Tout le passé de l'individu demeure dans la mémoire, gravé à jamais : rien ne s'y efface, rien ne s'y perd. L'oubli n'est qu'une ou que des impressions en état de sommeil qui peut cesser d'un moment à l'autre, mais non pas dans un moment choisi par le conscient. Ce dernier, en effet, dont les exigences sont généralement aussi tyranniques que multiples et contradictoires, loin de favoriser la renaissance des souvenirs, en arrête immanquablement l'essor. Si bien que la mémoire et sa force créatrice (faculté de coordination) pour travailler en paix l'envoient proprement se. . coucher (anesthésie partielle). Il arrive que le conscient, conscient de son rôle d'entrave, s'efface de sa propre initiative ; pour le faire, il a recours à l'alcool, vin, tabac, morphine, cocaïne, éther etc. C'est ainsi que procèdent nombre d'écrivains, d'artistes et poètes dont ce qu'on nomma l'inspiration (en réalité état subconscient) est subordonné à l'absorption d'une dose plus ou moins considérable d'un des toxiques susdits (shock toxique). C'est aussi le cas des natures pusillanimes qui, pour accomplir une action d'éclat, dans le bien ou dans le mal, en disproportion ou en désharmonie avec leur conscient, s'en débarrassent au préalable en s'enivrant... Quoi qu'il en soit, l'amnésie aussi étendue qu'elle puisse être, à moins de lésions ou de destructions cellulaires centrales, est théoriquement transitoire : telle Brunehilde, les souvenirs ensevelis dans le sommeil, attendent pour se réveiller, leur Siegfried sous la forme abstraite du *shock*. Victime du *shock*, l'amnésique ne peut attendre le salut que du shock du même ordre ou d'un ordre différent. Ici, hélas ! entourés de ténèbres, nous marchons à tâtons : l'empirisme y règne en maître. Le shock attend à son tour un Pasteur, qui bouleversera la biologie, la psychologie, la psychiatrie et la thérapeutique, en dévoilant, aux fins d'une utilisation rationnelle, son rôle immense et sa colossale puissance.

De tout temps, et particulièrement pendant et depuis la dernière guerre on a observé — *similia similibus* — (c'est le cas aussi des sérums et vaccins) mainte guérison de surdité, cécité, paralysie, amnésie, mutisme, consécutifs au *shock* soit par un nouveau *shock* traumatique, soit par un nouveau *shock* psychique : suggestion, pèlerinage, frayeur, joie, etc., etc. (nous avons étudié ailleurs le processus de guérisons dites miraculeuses) (1). En février 1915 nous reçûmes dans notre service hospitalier à Boulogne un homme évacué du front, affecté de folie aiguë à la suite d'une lettre lui annonçant la ruine de son foyer et la disparition de sa famille. La nouvelle heureusement était fausse, en ce qui concerne le dernier point. Le jour même où, son état s'aggravant progressivement, il fut décidé de le diriger vers un centre d'aliénés, sa femme se présenta, demanda à le voir. Elle fut introduite au moment où le malheureux, maintenu par ses infirmiers, se débattait dans la camisole de force. A la vue de la prétendue disparue, il tomba dans une espèce de torpeur. Nous le fîmes délier : il se jeta, en sanglotant, dans les bras de

(1) Dr LOWENTHAL. — Cancer : La Nature et ses Origines, in *Revue Mondiale*, juin-juillet 1928.

celle qu'il crut morte. Les accès cessèrent immédiatement et huit jours après sur sa demande il retourna, guéri, au front. Nous avons personnellement connu un officier-aviateur grièvement blessé dans une explosion d'obus qui, par surcroît, le rendit sourd. Quelques mois après, en congé de convalescence de sa blessure dans les environs de Paris, sa surdité, déclarée incurable, persistait, sa demeure reçut une torpille aérienne, et croula ; il en sortit indemne, l'ouïe récupérée.

Le *shock*, le *shock* toxique, anesthésique en particulier (chloroforme, éther) est-il susceptible de guérir l'amnésie ? C'est extrêmement vraisemblable : rien que je sache, ne s'y oppose. Ce qui est incontestable, et nous le savons déjà, c'est qu'il peut provoquer, avec le minimum de danger, le délire révélateur, seul moyen en notre possession, dans l'état actuel de la psychiâtrie, de rétablir l'identité des amnésiques ou tout au moins de nous mettre sur la voie d'icelle. Moyen, certes, non infaillible, en existe-t-il ici bas ? déjà pour cette raison que dans un certain nombre de cas la phase du subconscient se confond avec les autres et donc peut nous échapper. Chez les anormaux, cependant, chez les psycho-névropathes, chez les déments, de même que chez les intoxiqués, alcooliques, tabagiques, éthéro-cocaïno-morphinomanes, elle est d'une durée relativement longue, ainsi d'ailleurs que celle dite d'excitation (*delirium tremens*).

Verba volant, scripta manent. Le verbe des délirants est précipité, divers et sans suite ; aux paroles et phrases sensées en succèdent d'autres qui nous paraissent absurdes, les unes et les autres mêlées de cris, de vociférations, de hurlements qui en rendent la perception fort difficile. Pour obtenir des résultats tangibles, il sera donc nécessaire d'enregistrer le délire automatiquement sur un disque de phonographe, de l'étudier, de le déchiffrer et de confronter les renseignements ainsi obtenus avec ceux fournis préalablement par les familles qui réclameraient l'amnésique comme le leur.

Qu'il nous soit permis, avant de finir, d'ajouter que si l'on arrive à déchiffrer le délire de la phase de l'inconscient humain, les conséquences en seront incalculables au point de vue psychologique et anthropologique en particulier.

Résultats obtenus par la méthode de Finikoff dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Par A. AIMES (de Montpellier).

La méthode de Finikoff (1) utilise trois agents pour lutter contre les formes chirurgicales de la tuberculose ; l'huile d'arachide qui augmente les lymphocytes et la lipase du sang ; l'iode, agent leucocytogène doué d'un pouvoir protéolytique sur le bacille de Koch ; les sels de calcium.

L'injection intra-musculaire, tous les sept jours, d'un centimètre cube d'iode incorporé à dix centimètres cubes d'huile d'arachide stérilisée, augmente le nombre des leucocytes : les mononucléaires, par leur pouvoir lipolytique, détruisent l'enveloppe ciro-graisseuse du bacille de Koch ; les polynucléaires par leur pouvoir protéolytique, détruisent les substances albuminoïdes du protoplasma de son corps microbien.

Mais la destruction de l'enveloppe du bacille libère des acides gras, nocifs pour l'organisme, qui neutralise cette véritable intoxication acide par les sels de calcium qu'il emprunte soit à l'alimentation, soit à ses réserves — mais il se produit alors un *décalcification* — d'où la nécessité de donner, en même temps que l'huile et l'iode, *des sels de calcium* (4 grammes de chlorure de calcium, *chlorocalcion*, *tricalcine*, etc).

Nous donnons, dans un ouvrage sur les nouvelles méthodes de traitement des tuberculoses chirurgicales (1) les bases de la méthode de Finikoff et sa technique ; nous nous contentons d'apporter aujourd'hui quelques observations qui montreront l'intérêt de ce mode de traitement.

La technique est simple, les injections sont très bien supportées, même chez les enfants, chez qui nous l'utilisons régulièrement. La méthode de Finikoff nous donne des résultats rapides et des guérisons durables, nous ne faisons état dans cet article que des cas anciens, dans lesquels la méthode a donné ce qu'elle pouvait donner :

I. Adénites.

OBSERVATION I. — M. Auguste, 14 ans. Volumineuse adénite cervicale droite, dans la région carotidienne : ganglion isolé, mobile, dur, du volume d'une prune.

Les injections d'huile iodée sont commencées le 1er avril 1927 et continuées régulièrement.

Le ganglion se ramollit ; une seule ponction est pratiquée le 27 août 1927.

La guérison est *complète* le 25 septembre 1929.

OBSERVATION II. — Mme M., 30 ans, a un passé pathologique très chargé ; il y a 19 ans, a été traitée pour un abcès froid du coude droit : il y a 14 ans, de volumineuses adénites cervicales se sont fistulisées des deux côtés.

Depuis un an, une adénite du creux sus-sternal s'est fistulisée, puis un gros ganglion axillaire droit, malgré des ponctions répétées, a donné deux fistules, et deux ulcérations superficielles se sont formées dans la partie droite de la région sternale. Aucun traitement n'a pu cicatriser ces fistules et ces ulcérations.

Le 29 juillet 1925, les injections d'huile iodée sont commencées et la guérison est obtenue dans les premiers jours de janvier 1926.

L'adénite axillaire droite récidive au début de décembre 1927, les injections iodées sont reprises et en quelques semaines le contenu du ganglion s'élimine ; la guérison est complète fin févier 1928.

OBSERVATION III. — M. T. âgé de 11 ans, entre à l'Institut Marin le 17 décembre 1925, il est atteint depuis 4 ans d'adénite inguinale droite et d'adénite cervicale et porte des cicatrices de gommes bacillaires de l'avant-bras droit et de la jambe droite.

La région cervicale droite est envahie par des cicatrices chéloïdiennes, et à gauche, on constate une masse volumineuse d'adénite fistulisée.

Dans la région inguinale droite, une grosse adénite est recouverte d'une ulcération étendue, cette ulcération ne présente, depuis 4 ans, aucune tendance à la cicatrisation.

En mars 1926, un abcès se forme dans la partie interne de l'adénite inguinale, il se fistulise en quelques semaines.

Le 25 mars 1926, les injections d'huile iodée sont commencées et l'amélioration est très rapide, les ulcérations se ferment.

Le 3 juin, on ne constate plus qu'une fistulette inguinale.

L'enfant sort complètement guéri le 5 juillet 1926.

OBSERVATION IV. — Mlle B., âgée de 28 ans, est atteinte *depuis huit ans* d'une adénite cervicale gauche à forme pseudo-lymphomateuse, étendue à toute la région carotidienne, depuis la mastoïde jusqu'au creux sus-claviculaire ; il y a, de plus, une volumineuse adénite sous-maxillaire gauche.

Deux très gros ganglions, l'un au niveau de l'angle du maxillaire, l'autre en pleine région massétérine, font une saillie très disgracieuse.

Les ganglions sont durs, isolés, mobiles.

Echec de tous les traitements successivement employés, les ganglions augmentent progressivement de volume et de nombre, la jeune fille désolée par la longueur de l'affection et son caractère inesthétique, demande une opération chirurgicale.

(1) Pierre DELBET. — *Académie de Médecine* (1er décembre 1925). R. JOURNAUX : *Thèse de Paris* 1926, n° 612.
A. FINIKOFF. — *Revue de Chirurgie*, 1927, n° 5 ; *Journal des Praticiens* 1927, n° 49.

(1) Les nouveaux traitements des tuberculoses chirurgicales : Un volume chez Maloine, éditeur.

Le 11 juin 1926, on commence la méthode de Finikoff ; la série des injections est arrêtée le 5 novembre 1926.

En juin 1927, aucune amélioration n'est constatée, il y a en même une assez forte poussée en février ; on décide de faire une nouvelle série : les ganglions seront enlevés chirurgicalement en cas d'échec.

Le résultat de la deuxième série est si favorable que la malade interrompt le traitement, sans accepter une troisième série qui eût probablement amené la guérison complète.

Observation V. — R. G., âgé de 17 ans, est atteint, depuis l'âge de 14 ans, d'adénite cervicale bilatérale et sous-maxillaire gauche.

Fistules multiples, ulcérations consécutives à l'ouverture spontanée de gommes bacillaires.

Echec des traitements antérieurs.

Méthode de Finikoff le 10 février 1927 ; après la première série d'injections, cure héliomarine, nouvelle série d'injections fin 1927. Guérison complète.

Observation VI. — Mlle P. L., 20 ans, est traitée à partir du 11 février 1928 pour adénite cervicale droite, stationnaire depuis des mois. Depuis deux mois il y a augmentation progressive du volume de la masse ganglionnaire.

Celle-ci est située sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, elle est dure, fixée.

Sous l'influence du traitement, la lésion régresse. La guérison est complète en juin 1928.

Observation VII. — B. J., âgée de 16 ans, père mort de bacillose, entre à l'Institut marin le 26 août 1926 pour adénite axillaire droite du volume d'une grosse mandarine, développée en trois mois, fistulisée depuis deux semaines.

L'état général est médiocre, l'enfant chétive et mal développée a l'aspect d'une fillette de 12 ans.

Le 7 mai 1926, on commence les injections d'huile iodée, le ganglion disparaît progressivement et le 23 juillet 1926 après la 12e injection, seules persistent les fistules dont la suppuration reste abondante, l'état général est bon,

Observation VIII. — Mlle G., âgée de 27 ans, présente depuis *l'âge de 11 ans*, une adénite cervicale droite, sous la forme d'une chaîne de ganglions durs, peu mobiles, occupant toute la région carotidienne, depuis la mastoïde jusqu'à la région sus-claviculaire, elle-même bourrée de ganglions.

Cette adénite n'a jamais été influencée par les traitements successifs mis en œuvre.

En juin 1926, la méthode de Finikoff est instituée, la malade interrompt le traitement après la 12 injection.

Une deuxième série d'injections est faite à partir de juillet 1927 et en juin 1928 la malade est à peu près complètement guérie.

Observation IX. — Mme R. Irène, âgée de 28 ans, a reconnu depuis un mois et demi la présence dans la région sus-claviculaire droite d'un ganglion dur, peu mobile.

Une série d'injections d'huile iodée est faite à partir du 27 février 1928 ; une deuxième fin mai 1928.

Aucun résultat mais la nature tuberculeuse de ce ganglion isolé ne peut être affirmée.

Observation X. — D. H., 21 ans, est traité à partir du 9 mars 1928 pour une adénite cervicale droite : ganglion du volume d'une mandarine, occupant la région carotidienne, adhérent, abcédé, avec périadénite, entouré de nombreux petits ganglions peu mobiles.

Une amélioration se produit d'abord, puis, en avril, se fait une poussée d'adénite sus-claviculaire droite.

En septembre 1928, le ganglion cervical a diminué de volume, mais les autres ganglions forment une chaîne importante, occupant toute la région carotidienne et tout le creux sus-claviculaire.

Observation XI. — Mme T. âgé de 25 ans. Adénite cervicale gauche isolée, ganglion mobile, situé en avant du sterno-cléido-mastoïdien, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur.

Sous l'influence des injections iodées, le volume du ganglion se réduit, il n'a pas disparu entièrement en juillet, mais il diminue progressivement.

II. Ulcérations tuberculeuses.

Observation XII. — C. L., âgé de 12 ans, a été guéri d'un mal de Pott grave, avec état général très atteint.

Depuis dix mois, une ulcération bacillaire située dans la région sous-claviculaire droite n'est influencée par aucun traitement.

Elle se cicatrise complètement en moins de deux mois par la méthode de Finikoff.

III. Ostéo-arthrites.

Observation XIII. — Mlle B. Marie, âgée de 30 ans est soignée depuis de longues années pour une tumeur blanche polyfistulisée du genou gauche ; dix fistules plus ou moins largement ulcérées entourent le genou globuleux, ankylosé. L'état général est en apparence floride, mais l'anémie est profonde, le teint blafard.

En mars 1926, se développe brusquement une arthrite bacillaire du poignet gauche à marche rapide. En quelques jours, l'articulation se tuméfie devient très douloureuse, deux volumineux abcès se collectent sur la face dorsale et s'ouvrent spontanément sous la forme de trois ulcérations fongueuses.

Devant la rapidité de l'évolution de cette ostéo-arthrite, la question de l'amputation se pose, on tente cependant la méthode de Finikoff et en moins d'un mois, la marche extensive des lésions est arrêtée, les ulcérations se cicatrisent. Puis en quelques semaines le poignet est guéri et reste guéri à l'heure actuelle. La tumeur blanche du genou, par contre, a été peu influencée.

Observation XIV. — R. Emile, âgé de 4 ans et demi entre le 19 janvier 1926 à l'Institut Marin. Il a reçu en octobre 1925 un violent coup de pierre sur le cou-de-pied droit (contusion sans plaie). Une tumeur blanche à allure aiguë se développe et fin novembre, une ulcération se forme sur la face antéro-interne du cou-de-pied. A l'entrée, elle a les dimensions d'une pièce de 2 francs, ses bords sont irréguliers, le centre est occupé par une masse saillante de fongosités ; le cou-de-pied est tuméfié.

Au début d'avril, un énorme abcès se développe sur la face externe, d'allure aiguë, également et l'évolution de cette tumeur blanche est si rapide qu'on se demande si le pied pourra être conservé.

Les injections d'huile iodée sont commencées le 25 mars 1926. L'amélioration est telle qu'on peut appliquer un appareil plâtré fenêtré en mai.

Le 28 juillet 1926, la tumeur blanche évolue comme dans les formes normales, les fistules sont fermées.

La guérison totale est obtenue en mars 1927, on conserve l'enfant à l'Institut Marin pour consolider le résultat.

Sorti le 6 juin 1927, il se porte admirablement bien, il est allé régulièrement en classe depuis la rentrée d'octobre 1927 sans manquer un seul jour, il joue comme ses petites camarades. Ses dernières nouvelles datent du 23 octobre 1928.

Observation XV. — Ph. M., âgé de 11 ans, entre le 13 mars 1925 avec un spina ventosa de l'index droit, des deux gros orteils et de leurs métatarsiens, tous volumineux et polyfistulisés.

Amélioration légère sous l'influence de la cure hélio-marine, associée à des th rmocautérisations, au niveau de l'index et du gros orteil gauche.

Le 6 mai 1926, méthode de Finikoff.

Le 15 juin, l'index et le gros orteil gauche sont complètement cicatrisés.

Le 5 juillet, l'enfant sort à peu près guéri, avec seulement deux fistulettes au niveau du gros orteil droit.

Observation XVI — C. Henriette, âgée de 16 ans, entre à l'Institut Marin le 8 octobre 1924. *Le début de l'affection remonte à l'âge de 4 ans. L'enfant a été hospitalisée pendant dix ans*, et lorsqu'elle a quitté l'établissement dans lequel elle était soignée, on la considérait comme guérie, elle a récidivé moins de deux ans après.

A l'entrée, on constate un mal de Pott dorso-lombaire avec énorme gibbosité et abcès fistulisés dans le triangle de Scarpa des deux côtés. Ces abcès fistulisés sont infectés secondairement et les fistules du côté droit sécrètent du pus abondamment. L'état général est bon.

Les traitements habituels auxquels on soumet la malade ne donnent aucune amélioration. Le 20 mai 1926, méthode de Finikoff (18 injections en tout).

La dernière fistule est tarie en avril 1927. Considérée comme convalescente en mai, la malade est conservée à l'Institut pour éviter toute rechute. Elle marche sans aucune difficulté et sans fatigue ; l'état général est excellent, l'augmentation de poids est considérable.

IV. Maladie de Poncet.

Observation XVII. — Mlle B. G., âgée de 18 ans, est atteinte

GLANURES

Le squelette de Georges Cadoudal dans les collections du baron Larrey. — M. G. Lenôtre, qui vient de conter, avec son talent habituel, la vie héroïque et chevaleresque de Georges Cadoudal (*Revue des Deux-Mondes*, 15 nov.-déc. 1928) donne de curieux détails sur l'odyssée de son squelette.

« En 1814, dit M. Lenôtre, Charles d'Hozier apprit que le cadavre de son ami avait été, immédiatement après l'exécution, porté à l'amphithéâtre de dissection et que son squelette, monté sur fil de fer, figurait dans les collections du baron Larrey, inspecteur général du service de santé. D'Hozier se rendit avec Joseph Cadoudal, de séjour à Paris, chez Larrey ; ils lui demandèrent avec tant d'insistance la précieuse relique, que celui-ci consentit à s'en départir, et il leur remit, en même temps un certificat écrit de sa main, attestant « l'identité du squelette de Georges par la déclaration même de la personne qui l'a préparé et les caractères distinctifs de ce squelette, auxquels les connaisseurs peuvent facilement trouver l'homme vivant » (*sic*). Les ossements, pieusement débarrassés de leur armature, furent scellés dans un coffre et portés à l'église Saint-Paul où, le 25 juin 1814, dix ans, jour pour jour, après que la tête de Georges était tombée, et à la même heure, fut chantée, en présence d'une noble et nombreuse assistance, une messe de *Requiem*.

On transporta la dépouille de Georges à Kerléano, sa maison natale, où s'élevait, par souscription publique, une chapelle funéraire, lourde rotonde de pierre, dans la crypte de laquelle elle fut déposée ; les restes du Patrocle breton, Mercier-la-Vendée, découverts en 1871 dans un couvent de Loudéac, où on les conservait clandestinement depuis quarante ans, sont également conservés sous le modeste dôme du Panthéon de Kerléano, à quelques pas de la maison d'où les deux champions de la royauté étaient partis pour l'épopée. »

Un médecin gastronome au 18e siècle, le Dr Gastaldy, médecin en chef de l'hospice de Charenton, président perpétuel d'un jury dégustateur. — Jean-Baptiste Gastaldy fut un grand médecin d'Avignon au 18e siècle. Il eut un fils Joseph qui devint médecin en chef de l'hospice des fous de Charenton.

Quand le Dr Joseph Gastaldy mourut, en 1806, l'*Almanach des Gourmands* lui consacra une notice nécrologique pour rappeler qu'il avait été le plus fin gourmet de son temps !

Un grand nombre de cures vraiment surprenantes parlent en faveur de M. Gastaldy. Il était depuis plus de dix ans médecin en chef de l'hospice de Charenton, qui renferme tant d'aliénés, surtout depuis une Révolution qui a fait perdre, tourner et couper tant de têtes ; et l'on peut dire qu'il a déployé dans cette place des talents inconnus jusqu'à lui, puisqu'il est parvenu à rendre la raison à un grand nombre de ces infortunés, regardés jusqu'à ce jour comme incurables.

Si le docteur Gastaldy n'eût été qu'un grand médecin, il n'aurait pas droit d'occuper une place dans cette nécrologie gourmande, car ses confrères sont en général plutôt de gros mangeurs que de véritables gourmands ; mais la Nature l'avait pourvu d'une finesse d'organes, qu'il a conservée jusqu'à sa mort telle que bien des jeunes gens la lui auraient enviée. Nous n'avons connu personne dont le palais fût doué d'un tact plus sûr, plus délicat et plus infaillible. Il mangeait très posément et ne restait jamais moins de quatre heures à table ; mais ces quatre heures étaient si utilement employées pour les progrès de l'art que l'on n'était jamais tenté d'accuser de lenteur cette profondeur de réflexion. Aussi les opinions du docteur Gastaldy faisaient-elles loi sur cette matière. Dès qu'il avait prononcé sur quelque partie que ce fût de l'art culinaire, personne n'osait en appeler : son avis seul formait l'arrêt, et si l'on parvient jamais à former un recueil de ses décisions, ce sera le premier Code Gourmand du siècle.

Depuis longtemps nous l'avions élu d'une voix unanime Président perpétuel de notre Jury dégustateur, dont lui-même avait

organisé les séances tous les mardis de chaque semaine. Il en remplissait les fonctions avec autant de régularité que ses occupations pouvaient le lui permettre ; et son tact était si sûr et si juste que jamais on n'est revenu sur ses décisions. M. Gastaldy portait cette finesse de tact qui ne se retrouvera peut-être jamais chez aucun dégustateur, sans aucune exception, il passait tout en revue sans se tromper sur rien ; et son palais était aussi frais au dessert qu'avant la soupe.

La partie des vins ne lui était pas moins familière. Il faisait également grand cas du punch, du vin nuptial et des liqueurs ; et plus d'un distillateur lui doit d'excellents conseils.

Le docteur Gastaldy appliquait ses principes d'hygiène à table, de manière à donner aux convives d'excellentes leçons ; on ne craignait pas de s'égarer en choisissant le morceau qu'il avait préféré. Il évitait surtout les corps gras nuisibles a la digestion et faisait grand usage du café, grâce auquel il était parvenu à éloigner ses accès de goutte. Il avait atteint ainsi sans aucune infirmité sa soixante-quatrième année lorsque, le jour même qu'il avait présidé à l'opération faite à S. Ex. M. Portalis, ministre des Cultes, il fut soudainement frappé d'une attaque d'apoplexie. Les soins qui lui furent administrés alors par le docteur Jeanroy le rappelèrent à la vie et, eût-on pu croire, à la santé : hélas, il avait trop compté sur elle. Rendu à l'exercice de sa profession, il se crut de même en état de pouvoir reprendre ses fonctions dégustatrices, et malgré la parole qu'il nous avait donnée d'être deux mois sans manger dehors, il reprit le cours de ses dîners en ville. Celui qu'il fit le vendredi 20 décembre chez S. Em. Mgr le cardinal de Bellay, archevêque de Paris, fut, hélas ! le dernier. Il se servait pour la troisième fois d'un excellent plat de saumon, qu'un hasard, heureux dans tout autre temps, mais bien funeste dans cette circonstance, avait placé devant lui, lorsque le Prélat, qui s'en aperçut, le reprit tendrement de son imprudence, et fit enlever ce sujet de convoitise... Hélas ! il était trop tard. Rentré chez lui, il perdit connaissance et expira. Il fut inhumé le 23 décembre à Saint-Eustache.

Tel fut la fin du gourmand et du gourmet le plus éclairé qu'ait jamais produit la médecine. Le Jury dégustateur, qui s'était fait, de vivre sous ses lois, une douce habitude, le pleurera éternellement : il n'a pas même l'espoir de pouvoir jamais le remplacer.

Les charmeurs de plaies. — Il paraît qu'il existe des médicastres qui se font de jolis profits en entretenant les plaies de leurs blessés. Si le nombre ne doit pas en être très grand, il faut bien reconnaître qu'ils n'ont rien inventé.

A la fin du XV[e] siècle, vivait à Luxeuil un barbier du nom de Baillard, fort renommé pour le traitement des plaies ulcéreuses.

... Baillard possédait le secret de deux baumes souverains, l'un pour « guérir les gens », l'autre pour les entretenir en leurs maladies longuement sans les guérir. Pour le premier, il explique avec soin la manière de s'en servir, mais il oublie l'essentiel, d'en indiquer la composition. La postérité aurait eu cependant grand intérêt à connaître la recette exacte du baume qui « guérit les gens », il y en a tant qui ne guérissent pas !

Si le praticien franc-comtois a commis-là un oubli impardonnable, il a voulu doter la science d'une autre précieux secret : Il s'agit du moyen de *charmer* les plaies, de les rendre inguérissables si elles ne sont pas *décharmées* ; c'est le barbier du bailli de Dijon qui avait révélé ce *charme* à Baillard. Pour « charmer » une plaie, il faut

« Prendre d'une racine appelée tornicetille, *morsus diaboli*, et d'une autre appelée poisse pierre et de les bouter deans de la fiente de vaiche, et icelle laisser un espace de temps, tant qu'elle soit seiche, contre le feng, et sur icelle dire une patenostre, et puis de tout faire la poudre, et prendre d'icelle poudre et mectre sur l'emplestre, et alors ledit emplaistre sur la playe, et elle sera charmée (si bien) que jamais homme ne sauroit guérir sans être décharmé ».

Pour *décharmer* l'opération est encore plus simple : il suffit de « sucer une fois ou deux » la plaie, après s'être préalablement « lavé la bouche de vin, deux ou trois fois. »

Le truc n'est pas compliqué ; il réussissait, paraît-il, à Baillard ; les incrédules peuvent l'expérimenter.

Le procès des résurrectionnistes devant le jury d'Edimbourg en janvier 1829. — De la difficulté qu'il y a toujours eu pour les anatomistes de se procurer des cadavres. — Ce qui passionnait le public il y a cent ans, écrit M. Georges Claretie dans l'*Ami du Peuple* — ce public toujours avide d'affaires criminelles — c'était le procès des *résurrectionnistes* qui se déroulait à Edimbourg.

Les amphithéâtres de médecine ont toujours eu des difficutés pour se procurer des cadavres servant aux études de dissection. Au dix-septième siècle, Guy Patin, le médecin, dans une de ses lettres, se réjouit de la rentrée des tribunaux. Enfin, dit-il, on va avoir des condamnations à mort, et des cadavres pour notre faculté !

En Angleterre, il en était de même. Alors, il y eut des gens, allant la nuit dans les cimetières déterrer les corps, pour les vendre à des médecins On les nommait les *résurrectionnistes*. Mais d'autres, trouvèrent infiniment moins compliqué d'assassiner tout bonnement des vivants pour faire du commerce avec leurs cadavres Deux de ses misérables sont restés célèbres : Burke et Hare. Ils attiraient chez eux leurs victimes, leur plaçaient sur les narines et la bouche un masque de poix, et elles mouraient étouffées. Walter Scott accompagnait les policiers dans une descente de justice chez Burke, et on découvrit trente-six paires de chaussures appartenant à ses victimes. Le romancier fut terrifié. L'auteur d'*Ivanhoe* n'aurait jamais pu rêver une telle horreur. Et pour commencer l'année, le jury d'Edimbourg condamna ce Burke à mort, et « acquitta sa maîtresse. La France entière se passionnait pour ce procès tragique, comme elle fera pour l'affaire Landru.

Lorsque le juge écossais se coiffa de sa toque noire pour passer la sentence de mort, il tint à Burke un petit discours tout à fait pittoresque.

— Burke, je tiens à vous dire que vous n'avez aucune grâce à attendre, et que vous serez pendu le 28 janvier. La Cour aurait pu, selon une ancienne coutume, laisser votre cadavre sur la grande route dans nos montagnes, pour servir d'exemple à ceux qui voudraient vous imiter. Mais ce serait un trop lugubre spectacle. Elle a préféré le livrer à l'amphithéâtre pour être disséqué par ces mêmes scalpels auxquels vous avez fourni vos victimes. Elle pense que votre squelette, qui figurera au musée d'anatomie, sera un exemple suffisant. Maintenant, recommandez votre âme a Dieu !... Gardes, emmenez le condamné !

C'est ainsi que débuta, en Angleterre, l'année judiciaire 1829.

Dans la *Liberté*, sous la signature de Maurice Toncanet, nous lisons les lignes suivantes sur la difficulté qu'il y a toujours eu pour les anatomistes de se procurer des cadavres.

Au cours d'une récente interview, le professeur Hovelacque, directeur des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine, déclarait qu'il devenait fort difficile de procurer aux élèves de la



Faculté de Paris les neuf cents cadavres dont ils ont annuellement besoin pour leurs études pratiques de dissection.

Neuf cents cadavres par an ? Nos modestes « carabins » ne connaissent pas leur bonheur ! Bien peu d'entre eux, sans doute, savent combien — à ce point de vue spécial de la matière « dissécable » — leur sort est plus heureux que celui des étudiants du temps de Rabelais, auxquels la faculté octroyait généreusement, en tout et pour tout, deux cadavres seulement par année.

Ces deux corps (ainsi que deux autres, octroyés à la Confrérie des Chirurgiens-Barbiers) étaient, sur l'autorisation du lieutenant de police, fournis au doyen de la Faculté par le bourreau au prix de 3 livres.

Naturellement ces rares séances solennelles d'anatomie ne pouvaient suffire à l'instruction des médecins vraiment soucieux de connaître les ressorts secrets de la machine humaine ; aussi étudiants et professeurs rivalisaient-ils d'ingéniosité pour se procurer des cadavres, qu'ils pussent disséquer, en petit comité, dans le secret de leur demeure.

Parfois on traitait avec un gardien de cimetière, qui devenait le complice intéressé de l'enlèvement d'un cadavre. Et, chose curieuse pour l'époque, le Parlement, lorsqu'un délit de ce genre était découvert, ne se montrait pas d'une sévérité impitoyable.

C'est ainsi qu'en 1630 la Cour prononce seulement une amende de 400 livres contre un groupe d'écoliers et de chirurgiens convaincus d'avoir enlevé des corps dans un cimetière.

On avait moins de scrupule encore au sujet des suppliciés exposés sur des fourches patibulaires. Les vols nocturnes de cadavres à Montfaucon n'étaient pas absolument rares et l'on raconte que le savant Vésale, lui-même, venait nuitamment, en compagnie de quelques mauvais garçons, s'approvisionner au fameux gibet.

D'autres savants moins hardis, au lieu de se servir eux-mêmes, au risque d'avoir avec le guet de désagréables rencontres, s'adressaient au lieutenant criminel, ainsi que le faisait Ambroise Paré, ou sollicitaient simplement les valets de l'exécuteur.

Il arrivait que le bourreau lui-même consentît, moyennant honnête rétribution, à se laisser arracher, durant le trajet de la place de Grève au gibet de Montfaucon, le corps tout frais d'un supplicié.

Cette difficulté pour les anatomistes à se procurer des cadavres n'était pas particulière à la France. La situation était la même, notamment, en Angleterre. Là, comme chez nous, c'était à l'exécuteur des hautes œuvres que les médecins demandaient les corps dont ils avaient besoin.

Certains condamnés prenaient même l'initiative de céder d'avance à des savants la propriété de leur dépouille funèbre ; et l'on citait d'incorrigibles escrocs qui, même dans ce suprême marché, avaient trouvé le moyen de duper leur acheteur. Tel ce sorcier, qui, ayant traité avec un anatomiste au prix de deux guinées et s'étant fait payer, éclata d'un rire homérique au nez de son client stupéfait : « Voilà qui est bien drôle, lui dit-il, vous venez d'acheter mon corps, pensant que je devais être pendu, mais en réalité, je serai brûlé ! »

de rhumatisme de Poncet depuis trois ans, avec participation de la plupart des articulations.

Le début s'est fait par l'index droit, dont l'articulation entre la phalange et la phalangine est le siège d'un gonflement fusiforme, puis la cheville droite s'est tuméfiée, sans vives douleurs.

La malade éprouve, en outre, de la raideur avec poussées de gonflement dans la cheville gauche, les deux coudes, les deux épaules.

Les gaines synoviales palmaires du poignet droit sont très volumineuses et l'articulation du poignet elle-même est tuméfiée, les mouvements provoquent des craquements dans cet.

L'articulation sterno-claviculaire droite est le siège d'un gros gonflement.

6 avril 1926. — Les points atteints sont traités par des pointes de feu répétées, l'état général par la cure hélio-marine, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, etc.

L'arthrite de l'index et l'arthrite sterno claviculaire sont guéries en août 1926 mais de nouvelles poussées articulaires se produisent fréquemment dans les grosses articulations, surtout dans les deux cous-de-pied et le poignet et une adénite sous-maxillaire fait son apparition en juin 1928.

Méthode de Finikoff en juin 1928 ; en octobre 1928, la malade est à peu près guérie, il persiste seulement de l'enflure du cou-de-pied droit et quelques douleurs dans l'épaule droite. La malade a repris une vie normale.

CLINIQUE INFANTILE

Albuminurie chronique, permanente, simple, de la grande enfance [1]

Par M. le Professeur **NOBÉCOURT**.

Cette fille est née à terme, avec un poids de 4 kg 500, le 24 décembre 1918. Elle est la seule enfant. Sa mère est bien portante et n'a pas eu de fausses couches. Son père, gazé de guerre, a de la bronchite et de l'emphysème. Elle a été nourrie au lait de vache. Sa croissance a été régulière. Elle a eu, en 1923, la rougeole ; un an après, une varicelle ; en 1927, une angine pultacée ; des oxyures, qui ont disparu. Elle digère bien.

En 1924, vers 5 ans et demi, sa mère remarque que les urines sont mousseuses ; elle les fait examiner ; on constate de l'albumine. Il n'existe ni fièvre, ni troubles de l'état général, ni œdème.

Le médecin prescrit un régime déchloruré, qui est maintenu depuis ; tantôt on autorise uniquement le lait pur, tantôt on permet le régime lacto-végétarien et de la viande. L'enfant s'accommode mal de ce régime et mange peu.

L'albuminurie, au début, est de 0 gr. 25 par litre. En 1926, durant un séjour à la campagne, elle disparaît pendant six mois. Ensuite elle raparaît et atteint 1 gramme par litre, ces temps derniers. Elle ne paraît pas influencée par le régime ou la fatigue.

L'enfant entre ici le 9 novembre. Elle a 9 ans et 10 mois.

Son aspect est satisfaisant ; elle est grande pour son âge. On note un peu d'ichtyose sur les membres inférieurs et les parties inférieures du tronc. Il n'y a aucun œdème, aucun trouble appréciable. Les digestions sont bonnes et les selles régulières ; M. Bidot n'y trouve pas de parasites. La température est normale. Les bruits du cœur sont normaux. Le cœur ne paraît pas augmenté de volume à la percussion ; cependant sur l'orthodiagramme, dessiné par M. Duhem, on constate que le ventricule droit est proportionnellement un peu plus grand que le gauche ; le rapport $\frac{D'G'}{G'G'} = 1.65$ au lieu de la moyenne 1,30. La pression enregistrée avec l'appareil Vaquez-Laubry est à peu près normale :

Le 10	novembre :	9 — 6
12	—	8,5 — 6
14	—	8,5 — 6

M. Vassal constate l'absence de végétations adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales, une pharyngite granuleuse et un cornet moyen hypertrophié.

M. Poulard trouve le fond de l'œil normal. Les réflexes pupillaires sont normaux.

On ne relève par ailleurs aucun signe de tuberculose et plusieurs cuti-réactions à la tuberculine demeurent négatives. On ne trouve aucun signe de syphilis et le Bordet-Wassermann est négatif (H⁸.)

Les urines, claires, oscillent entre un demi et un litre par 24 heures. Elles contiennent de l'albumine.

Depuis l'entrée à l'hôpital nous avons poursuivi diverses recherches.

La taille de 130 cm. 5, est de 3 % au-dessus de la moyenne de l'âge ; le rapport de Manouvrier de 1, au lieu de 0,88. Le poids de 25 k. 800 est de 4 %) au-dessus de la moyenne de l'âge ; le rapport du poids à la taille (190) est moyen. Le périmètre thoracique xiphoïdien est de 53 cm, au lieu de 60 cm. ; le rapport du périmètre est de 0,40 au lieu de 0,47, le confluent de Pignet de 51,7, au lieu de 40.

Somme toute, la taille, le poids, le rapport du poids à la taille sont moyens, le périmètre thoracique faible ; par suite le rapport du périmètre thoracique à la taille est faible, le Pignet trop fort. Il y a de la makroskélie.

A l'examen du sang M. Grodnky trouva :

Le 12 novembre : 4.400.000 hématies
70 % d'hémoglobine
Valeur globulaire 0,79

c'est-à-dire une anémie légère, avec diminution du taux d'hémoglobine. Le nombre des leucocytes (9280) et la proportion des polynucléaires neutrophiles (54 %) sont normaux.

Le 1er décembre, on numère 4.000,000 d'hématies, avec 90 % d'hémoglobine et une valeur globulaire de 1,12.

Les urines, examinées par M. Bidot, sont limpides, jaune foncé, ne laissent pas de dépôt. La densité est de 1.018. L'urobiline est normale. L'uro-érythrine et l'indoxyle sont en petite quantité. Le microscope ne décèle ni cellules, ni hématies, ni cylindres.

L'albuminurie est permanente. Elle persiste au lit et pendant le lever. L'orthostatisme et la digestion ne l'influencent pas. Son taux varie : 0 gr. 30, 0 gr. 40, 0 gr. 60, 0 gr. 70 au litre.

L'épreuve de la chloruration alimentaire, pratiquée par l'ingestion de 30 gr. de sel en quatre jours, montre une élimination régulière : le poids n'augmente pas ; le taux des chlorures urinaires s'élève proportionnellement.

L'urée sanguine, dosée par M. Bidot le 12 et le 23 novembre, est de 0 g. 24 et 0 g. 28 par litre. Ce taux reste identique après l'épreuve de l'azotémie provoquée, réalisée par l'ingestion de 35 gr. d'urée en trois jours.

La constante uréo-sécrétoire d'Ambard est normale : 0,05.

L'élimination de la phénolsulfone phtaléine est de 30 % après 70 minutes au lieu de 50 à 60 %.

Pour cette enfant, nous avons porté le diagnostic d'*albuminurie chronique permanente, simple,* sans trouble appréciable des fonctions rénales, sans retentissement sur l'appareil cardio-vasculaire.

(1) Leçon du 8 décembre 1928, recueillie par le Dr Laporte.

Cette albuminurie a été découverte par hasard vers 5 ans et demi. Depuis cinq ans environ qu'elle dure, elle n'a entraîné aucun trouble appréciable. La légère anémie qu'on constate peut être attribuable aux régimes sévères imposés.

Il n'y a pas d'étiologie connue : pas d'infection pharyngée, pas de troubles digestifs, pas de tuberculose, pas de syphilis.

Voici l'observation d'une autre malade comparable à celle que nous venons de voir.

Une fille unique naît à terme le 30 novembre 1913. Ses parents sont bien portants. Elle est allaitée par sa mère jusqu'à 9 mois. Elle a, à 3 ans, une coqueluche sévère, à 5 ans, des otites répétées. A 9 ans, une otite suppurée.

A 7 ans, elle subit l'ablation des végétations adénoïdes.

Depuis l'âge de 9 ans, elle a fréquemment des amygdalites pultacées et fébriles.

En décembre 1924, à 11 ans, elle est prise d'un mal de gorge, avec une température de 38°-39°. La fièvre persiste pendant trois mois. On pense à une fièvre typhoïde légère, mais les séro-diagnostics sont négatifs avec l'Eberth et les paratyphiques A et B.

En janvier 1925, on constate de l'albuminurie : 0 g. 80 par litre. L'enfant n'a ni œdème, ni aucun autre symptôme attribuable à une néphrite. En février, l'albumine tombe à 0 g. 15 ou 0 g. 20 par litre,

En avril, la malade commence à se lever, elle n'a que des traces d'albumine ; on lui permet la viande et, en mai, elle retourne à l'école.

Le 2 juin, débute une angine avec une fièvre légère pendant quelques jours ; l'albumine atteint 1 gr. par litre, puis persiste au taux de 0 g, 30, 0,40, 0 g. 50 par litre.

L'enfant entre dans le service, le 25 juin 1925. Elle a 11 ans et 6 mois, est très bien développée ; elle mesure 145 cm. et pèse 36 k. 400.

Sa taille et son poids sont respectivement de 4 % et 14 % au-dessus des moyennes. Elle est mésoskèle. Le coefficient de Pignet est de 38,6 au lieu de 42.

Elle est donc grande pour son âge et bien proportionnée. Elle paraît plutôt 13 ans que 11 ans et demi.

D'ailleurs le développement pubertaire est déjà avancé Les poils pubiens et axillaires sont suffisamment fournis, les seins sont formés. L'enfant n'est pas encore réglée.

Le teint est pâle et jaunâtre, les conjonctives palpébrales peu colorées. Il n'y a pas d'œdème.

Le pharynx présente de l'hypertrophie diffuse du tissu lymphoïde.

Le pouls est à 80. La pression au Vaquez-Laubry est de 12-9.

Le cœur a un volume normal à la percussion et sur l'orthodiagramme. Le rapport $\frac{D'G'}{G\,G'} = 1{,}30$ (valeur normale.)

Les viscères paraissent sains. A la radioscopie, on voit une petite adénopathie hilaire droite.

Les urines contiennent une petite quantité d'albumine. quelques leucocytes et quelques cellules pavimenteuses.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H7) négatif.

Pendant le séjour à l'hôpital, l'albuminurie est permanente ; elle varie de 0 g. 10 à 0 g. 50 par litre. Elle n'est pas influencée par le séjour au lit, par le lever, ni par le régime.

L'épreuve de la chloruration alimentaire montre que l'élimination du sel est normale.

Le taux de l'urée sanguine est de 0 gr. 18 par litre, à deux examens. Après ingestion quotidienne de 20 gr. d'urée pendant quatre jours il est de 0 g, 26. Il n'y a pas d'azotémie.

L'enfant sort le 18 juillet avec un poids de 35 kg. 800.

Nous avons porté le diagnostic d'albuminurie chronique permanente simple, durant déjà depuis plusieurs mois et probablement causée par les infections pharyngées.

***

L'ALBUMINURIE CHRONIQUE PERMANENTE SIMPLE mérite une description spéciale.

L'*albuminurie* est un symptôme. Il acquiert sa signification du fait de l'absence ou de la présence de modifications des urines, de troubles des fonctions rénales, de troubles vasculaires et cardiaques.

L'EXAMEN DES URINES permet de constater la présence d'*albumine*.

Chez les filles, il est une cause d'erreur qu'il faut savoir éviter : c'est la petite quantité d'albumine due aux sécrétions vaginales. On dépiste cette *fausse albuminurie* en prenant les précautions voulues pour recueillir des urines non souillées.

L'albuminurie est *permanente* : on la trouve à tous les examens et non pas seulement à certains examens, comme dans les *albuminuries intermittentes* : albuminuries de la digestion qui disparaissent à jeun, albuminuries orthostatiques qui disparaissent au lit.

Ces dernières, que M, Jehle appelle *orthostaticolordotiques*, comprendraient une grande quantité des albuminuries dites permanentes.

Deux de ses élèves, MM. Fœrber et Telemachos, dans *Jahrbuch für Kinderheilkunde* de juin 1926, ont rapporté les observations de 4 enfants de 12 à 13 ans qui avaient une albuminurie chronique persistant au lit, accompagnée de cylindres ; leur état général était très bon. Or la position cyphotique faisait disparaître l'albumine et les cylindres.

L'albuminurie, bien que permanente, n'a pas toujours le même taux. Tantôt elle est à l'état de trace ou atteint 0 gr. 10 à 0 gr. 50 pour mille ; tantôt elle est de 0 gr. 50 à 1 gramme par litre ; rarement elle dépasse le gramme et atteint 2 ou 3 grammes.

Le *volume* des urines est normal ainsi que leur aspect, leur coloration, leur densité. Certains malades cependant ont des urines peu abondantes. hautes en couleur.

La présence *d'éléments microscopiques* est inconstante. Assez souvent, on voit, en petit nombre, des cylindres hyalins ou granuleux, des leucocytes, des hématies.

M. Oscar Herbst, dans *Jahrbuch für Kinderheilkunde* de 1908, a rapporté des faits intéressants à cet égard, dans un mémoire sur les *Néphrites latentes de l'enfance*.

9 enfants de 8 à 14 ans ne présentent aucun trouble faisant penser à des néphrites. Un seul a de l'albumine. Tous ont des urines normales comme volume, aspect et densité ; mais l'examen des sédiments montre des hématies, des leucocytes, quelques cylindres hyalins ou granuleux, quelques-uns revêtus de globules rouges.

Frappé de ces constatations, M. Herbst, examine les sédiments urinaires de 282 enfants paraissant bien portants. Dans 43 % des cas, il trouve soit des hématies isolées, soit quelques cylindres granuleux ou hyalins, soit les uns et les autres de ces éléments. Dans 5 % des cas, il trouve des cylindres granuleux recouverts de globules rouges, 2 malades de ce deuxième groupe seulement ont des traces d'albumine.

M. Herbst conclut : les cylindres granuleux et hyalins résultent d'une desquamation physiologique de l'épithélium rénal et n'ont pas de signification pathologique ; les hématies et les leucocytes traduisent des troubles passagers de la circulation rénale ; les cylindres entourés d'hématies indiquent l'existence d'hémorragies canaliculaires.

Les FONCTIONS RÉNALES ne sont pas troublées.

On les apprécie actuellement en étudiant l'élimination du chlorure de sodium et de l'urée suivant les méthodes qu'ont préconisées le professeur Widal et ses élèves. J'ai donné, avec M. Prosper Merklen, dans les *Archives de médecine des enfants* de février 1911, les résultats de cette exploration des *fonctions rénales dans les néphrites de l'enfance*.

Voici ce qu'on observe dans les albuminuries simples.

Il y a *absence de rétention hydro-chlorurée*. Il n'y a pas d'œdème, même avec une alimentation salée.

Il faut penser toutefois à la possibilité d'une petite insuffisance, de l'élimination chlorurée, d'une *chlorurémie occulte, en puissance*, que décèle seulement l'*épreuve de la chloruration alimentaire*.

L'enfant est mis à un régime déchloruré pendant quatre jours ; puis, pendant quatre jours, il ingère, en supplément, quotidiennement 5 ou 10 gr. de sel. On le pèse et on dose les chlorures urinaires régulièrement.

Dans les albumines simples, le poids ne se modifie pas et on retrouve dans l'urine la presque totalité du sel ingéré. Chez certains malades, on décèle une petite rétention chlorurée que traduit une augmentation appréciable du poids et la courbe de l'élimination chlorurée ; il ne s'agit pas alors d'albuminurie simple.

On constate également l'*absence d'azotémie*, de *rétention de l'urée*.

Le malade n'a ni torpeur, ni asthénie, ni amaigrissement, ni vomissements, ni diarrhée. Le taux de l'urée dans le sérum sanguin est normal, généralement inférieur à 0 gr. 25 par litre.

Encore faut-il se méfier de la possibilité d'une *petite azotémie occulte, en puissance*. On décèle celle-ci par l'*épreuve de l'azotémie provoquée*. On fait ingérer à l'enfant, pendant quatre jours, 10, 15 ou 20 gr. d'urée par jour. On a dosé l'urée dans le sérum sanguin, avant le début de l'épreuve. On la dose le lendemain de la dernière prise.

Dans l'albuminurie simple, il n'y a aucune augmentation du taux de l'urée. Quand il existe une petite azotémie, au contraire, le taux de l'urée est plus élevé dans le sérum après qu'avant l'épreuve ; et, en pareil cas, on doit éliminer l'existence d'une albuminurie simple.

On recherche la *constante uréo-sécrétoire* d'Ambard.

On pratique encore les épreuves de l'élimination de certaines substances, telles que le *bleu de méthylène*, qu'on n'utilise plus beaucoup maintenant, ou encore la phénolsulfonephtaléine.

L'EXPLORATION DU CŒUR ET DES VAISSEAUX permet de constater que la pression est normale ou même un peu faible ; que le cœur a un volume et des bruits normaux.

Il faut se rappeler toutefois que le cœur peut être un peu gros pour toute autre cause que l'albuminurie, du fait de troubles dyspeptiques, par exemple.

Il faut éviter également de prendre pour un bruit de galop d'origine rénale certains rythmes à trois temps, qu'on trouve assez souvent chez les enfants. Il existe notamment un troisième bruit, qu'a bien étudié M. William Thayer et qui est physiologique.

Les recherches que je viens d'exposer sont indispensables pour reconnaître l'albuminurie simple, c'est-à-dire sans troubles des fonctions rénales, sans troubles de l'appareil cardio-vasculaire. Elles permettent de la différencier des albuminuries dépendant de néphrites d'autres types : néphrites hématuriques, néphrites avec rétention hydrochlorurée, néphrites avec rétention azotée, néphrites combinées, néphrites hypertensives.

Les enfants qui ont de l'albuminurie chronique permanente, simple, peuvent avoir l'apparence de la santé et une croissance régulière.

D'autres sont un peu pâles, ont l'aspect anémique et l'examen de leur sang confirme souvent l'anémie.

Assez souvent il existe des troubles de la croissance et de la puberté, Ces albuminuriques tantôt ont une croissance retardée, sont hypotrophiques ; tantôt, au contraire, poussent trop vite, ont de l'hypertrophie staturale ; ils présentent notamment le type de *dystrophie des adolescents* décrit par le professeur Hutinel.

Ces enfants sont souvent un peu maigres. Quelques-uns, par contre, sont trop gros, ont de l'obésité ou une tendance à l'obésité, une apparence floride ; mais cette apparence est souvent trompeuse.

On constate souvent de l'hypertrophie et de l'infection chroniques du tissu lymphoïde du pharynx, des troubles dyspeptiques de la constipation, un syndrome colique fétide.

Dans l'ensemble, ces albuminuriques présentent souvent les caractères du tempérament lymphatique ou du tempérament neuro-arthritique ; ce sont alors des petits nerveux, ayant des céphalées, des migraines, des palpitations, etc.

Ces diverses manifestations ne sont pas la conséquence de l'albuminurie ; elles lui sont associées. Certaines d'entre elles peuvent donner des indications sur son étiologie.

***

Les albuminuries chroniques, permanentes, simples peuvent SUCCÉDER A UNE NÉPHRITE AIGUE OU SUBAIGUE, quel que soit son type clinique : néphrite albumineuse simple, néphrite hématurique, néphrite hydrochlorurémique, néphrite azotémique, néphrite combinée, néphrite hypertensive.

Les modifications des urines, les symptômes de rétention, les troubles cardio-vasculaires s'atténuent peu à peu, puis disparaissent. A partir de ce moment l'albuminurie chronique simple est constituée. Mais elle peut n'être simple qu'en apparence ; il faut faire les épreuves, dont je viens de parler, pour préciser si les fonctions rénales sont réellement redevenues normales.

Des modifications du même ordre peuvent se produire dans certaines néphrites chroniques, notamment dans la forme de *néphrite chronique de l'enfance*, décrite par le professeur Marfan dans la *Presse médicale* du 27 avril 1901 et à l'*Académie de médecine*, le 19 avril 1910. Le début est insidieux. Pendant une première période, on a

le tableau de la néphrite hydropigène avec oligurie et albuminurie à 6 ou 8 grammes par litre. Après quelques mois, les œdèmes disparaissent et s'installe une deuxième phase, *phase de régression* ou de *disparition des œdèmes* ; on peut se demander alors s'il n'y a pas une transformation en albuminurie simple ; mais il n'en est rien, car les épreuves fonctionnelles décèlent des troubles des fonctions rénales. Enfin débute la *phase terminale*, pendant laquelle les œdèmes reparaissent, en même temps qu'on constate ou non de l'azotémie et de l'hypertension artérielle.

Dans une autre catégorie de faits, l'albuminurie chronique simple, au lieu de succéder à une néphrite caractérisée, est DÉCOUVERTE FORTUITEMENT, au cours d'un examen systématique des urines. C'est ce type que réalise notre petite malade.

Une fois découverte, l'albuminurie chronique permanente simple se comporte de façon différente. Elle préprésente plusieurs MODALITÉS D'ÉVOLUTION.

Tantôt elle persiste des années sans modifications. Alors, ou bien elle ne disparaît jamais ou bien elle présente des périodes de disparition et des périodes de reprise, soit sans cause appréciable, soit à l'occasion d'une infection, d'une angine, d'un trouble digestif.

Tantôt elle prend le *type intermittent*. Il en est ainsi, par exemple, pour certaines albuminuries résiduelles des maladies infectieuses. Il faut éviter alors de la confondre avec d'autres albuminuries intermittentes, dites fonctionnelles.

On a rarement l'occasion de suivre les malades pendant des années. L'observation suivante, publiée par le professeur Prosper Merklen, à la *Société de Pédiatrie de Paris* le 25 avril 1911, est intéressante de ce point de vue. Il l'intitule : *Néphrite albumineuse simple à évolution chronique et bénigne.*

Un garçon, à 2 ans, a une rougeole grave, une otite suppurée, puis un impétigo tenace, récidivant. C'est à la suite de ces affections qu'on fait la première constatation de l'albuminurie. Elle dure huit mois, puis disparaît et reparaît à plusieurs reprises jusqu'à l'âge de 10 ans. De 10 à 13 ans, l'enfant n'a pas d'albuminurie. Ensuite il présente plusieurs poussées d'albuminurie, à 13, 15, 17, 18 ans. Après la dernière (l'observation s'arrête à 19 ans), l'albuminurie reparaît de temps en temps et revêt le type orthostatique.

Pendant les périodes d'albuminurie, l'enfant se plaint de fatigue et de courbature ; il pâlit, perd l'appétit et a parfois quelques œdèmes fugaces et légers des paupières.

Il ne présente aucun trouble cardiaque, aucun symptôme faisant penser à l'azotémie. Malheureusement, le dosage de l'urée dans le sérum sanguin n'a pas été fait.

A 18 ans et demi, M. Merklen par l'épreuve de la chloruration alimentaire constate que l'élimination du sel est normale. Après une crise, il note une prolongation de l'élimination du bleu qui dure 133 heures ; trois mois après, l'élimination ne dure que 45 heures.

L'état général reste bon, la croissance et la puberté s'effectuent régulièrement. Ce garçon est vigoureux, actif.

A 19 ans, écrit M. Merklen, « se dessinent des signes de régression, et on a l'impression que l'altération du rein déjà minime va en s'atténuant encore dans ses conséquences cliniques ».

En opposition avec les faits que je viens de relater, il y a des cas où l'albuminurie chronique simple *se transforme*, plus ou moins tardivement, *en néphrite azotémique et hypertensive.*

A propos de cette transformation possible, beaucoup d'observations ne sont pas probantes, car un examen complet n'a pas été pratiqué, permettant d'affirmer l'absence de chlorurémies ou d'azotémies occultes.

Une malade que nous avons suivie, il y a quelques années, est intéressante de ce point de vue.

J'en ai parlé dans des leçons sur les *néphrites chroniques azotémiques et hypertensives* et sur les *néphrites azotémiques aiguës et chroniques chez les enfants*, reproduites dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* concernant les *affections de l'appareil urinaire.*

Une fille naît le 23 juin 1909 de parents bien portants. Elle n'a aucune maladie. Il n'y a ni syphilis ni tuberculose : cinq cutiréactions à la tuberculine sont négatives ; le Bordet-Wassermann pratiqué à cinq reprises est négatif : quatre fois H^7 et H^8, une fois H^6.

A l'âge de 10 ans et 3 mois, elle a une épistaxis et on constate l'albuminurie : 3 gr. par litre au début, puis 0 gr. 40 à 0 gr. 50. La pression artérielle est normale. Il n'y a pas d'œdèmes.

Nous la revoyons à plusieurs reprises jusqu'à l'âge de 14 ans. L'albuminurie est permanente ; elle oscille entre 0 gr. 50 et 1 gr. par litre. Les urines contiennent quelques cylindres granuleux. La pression artérielle reste normale. L'épreuve de la chloruration alimentaire est normale. Mais nous trouvons des modifications du taux de l'urée.

A l'âge de 12 ans, l'urée du sérum est de 0 gr. 55 par litre ; à 13 ans, de 1 gr. 30 et 1 gr. 40 par litre ; à 13 ans et demi, de 2 gr. 28 et 2 gr. 64 par litre.

Nous avons perdu l'enfant de vue à ce moment. Cette observation montre combien facilement l'azotémie passe inaperçue, si on ne la recherche pas d'une façon systématique.

Je vous disais que les INFECTIONS INTERCURRENTES peuvent modifier le type de l'albuminurie.

L'observation de *scarlatine chez un enfant atteint d'une néphrite chronique*; qui est relatée dans le livre que je viens de citer, en donne la preuve.

Un garçon naît le 6 août 1910. Il est sujet aux coryzas. On lui enlève des végétations adénoïdes à 5 et à 7 ans. A 8 ans, il a la rougeole. A partir de 10 ans, il a des angines fréquentes.

Vers 11 ans, les urines sont abondantes, claires, mousseuses ; on y découvre 3 gr. 37 d'albumine par litre. Depuis, l'albuminurie reste permanente, avec des périodes d'augmentation au moment des angines.

Ce malade entre dans le service le 3 septembre 1924, à l'âge de 14 ans. Il n'a ni œdème, ni aucun autre trouble attribuable à la néphrite. Les urines assez abondantes, 2 litres par 24 heures, contiennent 0 gr. 75 d'albumine par litre. L'albuminurie est continue. Le sérum sanguin contient 0 gr. 42 d'urée par litre. La pression artérielle est 12-8,5 au Pachon. Il n'y a ni tuberculose ni syphilis. Le Bordet-Wassermann (H^6 et H^8) et le Hecht sont négatifs.

L'enfant contracte la scarlatine. Pendant la scarlatine, il présente un syndrome de néphrite aiguë ; l'albumine augmente à 1 gr. 50 et 2 gr. par litre, l'urée du sang s'élève à 1 gr. 31 par litre une fois l'apyrexie installée, la pression artérielle remonte à 16-10. Il n'y a pas d'œdème mais l'enfant est au régime lacté.

Le malade quitte l'hôpital au bout de trois mois et demi. L'albuminurie est augmentée (2 gr. par litre) ; il

existe une diminution de la perméabilité rénale au sel, décelée par l'épreuve de la chloruration alimentaire. L'urée du sérum sanguin se maintient à 0 gr. 67 par litre. La pression cependant est redevenue normale pour la maxima : (12,5), mais reste élevée pour la minima (11,5).

***

Les LÉSIONS DES REINS dans les albuminuries chroniques permanentes simples sont mal connues, car heureusement les autopsies sont rares. Aussi applique-t-on à ces albuminuries des appellations diverses.

On parle, à la suite de M. Castaigne, de *néphrite albumineuse simple*. M. Castaigne, en 1906, dans le *Manuel des maladies des reins*, de Debove, Achard et Castaigne, décrit sous cette appellation un type clinique d'albuminurie qu'il a observé chez l'adulte. Les malades n'ont ni œdème, ni symptômes cardio-vasculaires, ni signes d'urémie, même de petite urémie. Souvent ils sont pâles, ont tendance à maigrir ; mais cet amaigrissement doit être plutôt attribué à un régime lacté trop sévère qu'à l'albuminurie. Le seul symptôme est une albuminurie permanente, variant de 0 gr. 50 à 1 gr., pouvant s'élever à 5 ou 6 gr.

L'examen du dépôt urinaire montre des cellules granuleuses, épithélium desquamé des tubuli contorti ou leucocytes, des cylindres granuleux dans lesquels M. Castaigne voit la « preuve qu'il y a un processus morbide au niveau des épithéliums du rein, une véritable néphrite ».

Cette albuminurie persiste des années sans trouble de la santé. Cependant sous diverses influences, infections ou intoxications, elle peut se transformer en néphrite chronique hydropigène ou atrophique lente.

Cette néphrite albumineuse simple correspond, somme toute, à la *néphrite parcellaire* de Cuffer et Gastou. Dans une autopsie, M. Castaigne a constaté, par places, des îlots très altérés, au niveau desquels existaient des lésions épithéliales des tubes contournés.

D'autres auteurs parlent de *néphrose*, Von Muller, puis Heubner, en 1913, dans un mémoire du *Jahrbuch von Kinderheilkunde Sur la Néphrose chronique de l'enfance*, emploient ce terme à la place de celui de néphrite pour éviter la terminaison *ite* indiquant l'inflammation. Les néphroses chroniques sont en somme les affections que nous appelons en France des néphrites chroniques.

Parmi ces néphroses, il est un type de *néphrose légère*. Il évolue à l'état latent. Les enfants présentent un léger aspect anémique, de petits troubles de croissance, de l'anorexie, de la céphalée, surtout s'ils vont en classe. Les urines contiennent 0 gr. 50 à 1 gr. d'albumine par litre, quelques cylindres granuleux ou hyalins, des leucocytes, parfois quelques hématies. Il s'agit, pense Heubner, d'une légère néphrose, peut-être liée à une anomalie rénale.

Le professeur Hutinel parle d'*aplasie rénale*. En 1922, dans un mémoire des *Archivos latinos americanos de Pediatria. A propos des néphrites chroniques et des aplasies rénales chez l'enfant*, il décrit ces albuminuries permanentes, sans œdèmes, sans troubles appréciables de la perméabilité rénale, qui ne sont pas ou sont peu influencés par le régime, qui peuvent durer presqu'indéfiniment. Elles font penser aux néphrites partielles. « Or, écrit M. Hutinel, si l'on compare les manifestations cliniques observées dans ces cas à celles des aplasies rénales où les lésions sont généralement asymétriques et souvent unilatérales, on doit reconnaître que le tableau clinique est absolument superposable. L'aplasie rénale peut être tolérée pendant de longues années ; pourquoi ne le serait-elle pas presqu'indéfiniment. Si un seul rein est atteint, l'autre peut suffire à assurer l'uropoïèse ».

D'autres parlent simplement d'*albuminurie chronique*. M. Richardière à la *Société de pédiatrie*, le 25 avril 1911, à la suite de la communication de M. Merklen, fait la réflexion suivante : « J'appellerais les cas semblables à celui que nous rapporte M. Merklen : *albuminuries chroniques*, plutôt que *néphrites chroniques*. Il y a une cicatrice, un défaut rénal et non une lésion en évolution ».

Ces albuminuries chroniques englobent les *albuminuries cicatricielles* du professeur Bard, les *albuminuries résiduelles* de Joseph Teissier, les *albuminuries minima* de Talamon, les *albuminuries latentes* de Rendu.

Quoi qu'il en soit, on peut dire avec le professeur Widal : « L'albuminurie chronique apparaît à l'état de symptôme isolé, dégagée de son cortège de symptômes satellites ; il semble que seule soit altérée dans le rein sa fonction d'arrêt de l'albuminurie plasmatique ».

Somme toute, il est impossible de préciser l'état anatomique des reins. Il est probable que les altérations sont différentes suivant les cas.

Il y a des cas où l'albuminurie est un reliquat d'une néphrite aiguë ; il peut y avoir des lésions inflammatoires. Mais dans d'autres cas rien ne permet de penser à l'existence d'un élément inflammatoire ; alors il peut s'agir d'une aplasie, d'une dystrophie ?

La présence de quelques cylindres, de quelques cellules, de quelques hématies, est très inconstante. Elle n'indique pas forcément d'ailleurs que la lésion soit inflammatoire.

Aussi, pour conclure, je pense qu'il vaut mieux adopter l'expression d'*albuminurie chronique*, *permanente*, *simple*, plutôt que toute autre appellation anatomique.

Au reste, les notions étiologiques permettent de penser que les faits sont d'ordres divers.

***

L'ÉTIOLOGIE des albuminuries chroniques, permanentes, simples, est mal connue. Ce que l'on en sait montre leur complexité.

Il y a des *albuminuries chroniques simples consécutives à des néphrites aiguës* ou *subaiguës*, survenues au cours des infections pharyngées et rhino-pharyngées, de la scarlatine, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, de l'impétigo, etc. A ces albuminuries peut s'appliquer l'appellation d'*albuminuries résiduelles*, *post-infectieuses*.

Il y a des *albuminuries chroniques simples d'emblée*.

Souvent alors l'enfant présente de l'hypertrophie et de l'infection chroniques du tissu lymphoïde du pharynx. Comme je l'ai rappelé dans une leçon sur *Infections pharyngées et néphrites des enfants*, que vous trouverez dans le livre de *Clinique* que j'ai mentionné tout à l'heure, ces infections sont, chez l'enfant, des causes fréquentes de néphrites. Elles apparaissent au cours des infections aiguës ou chroniques. Elles englobent la plupart des néphrites dites de *cause inconnue* ou encore *a frigore*.

Parfois les enfants sont atteints d'*affections gastriques*, *intestinales* ou *hépatiques*. L'albumine se rencontre notamment dans la constipation habituelle, le syndrome colique fétide, l'hypo-hépatie, la cholémie.

On incrimine parfois la *tuberculose*. On a parlé d'*albuminurie prétuberculeuse* ; l'appellation est bien vague ; en tout cas, on n'observe guère l'albuminurie chronique

chez les enfants porteurs d'adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses, et nombre d'enfants ayant des tuberculoses pulmonaires, péritonéales, osseuses, etc., n'en ont pas.

On accuse encore la *syphilis congénitale*. Le professeur Hutinel, étudiant les *néphrites dans la syphilis héréditaire*, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1922, écrit avoir observé chez les hérédo-syphilitiques des albuminuries « que souvent on découvre accidentellement » ; l'albuminurie est constante, atteint 1 ou 2 gr. et plus par litre. n'est influencée ni par la fatigue, ni par la station verticale. Dans les urines on ne trouve ni hématies ni leucocytes ; les cylindres y sont rares. L'enfant ne présente ni œdème, ni symptômes d'insuffisance rénale. Ces albuminuries « peuvent être tolérées presque indéfiniment et sont fort peu influencées par le régime alimentaire ».

M. Hutinel attribue cette variété d'albuminurie à des aplasies rénales « sans doute partielles ou cantonnées dans un seul rein ». Ces aplasies peuvent rester latentes pendant de longues années. Elles aboutissent parfois à la sclérose rénale ; alors apparaissent de l'hypertension, des symptômes cardiaques, l'azotémie.

Il ne faudrait pas exagérer le rôle de la syphilis. Les mêmes albuminuries, nous l'avons vu, se rencontrent sans syphilis. « Souvent écrit M Hutinel, on songeait à la syphilis héréditaire ; mais le plus souvent on était obligé d'en rejeter l'idée ».

L'albuminurie chronique simple se rencontre encore dans des *états diathésiques* et *dyscrasiques*, chez des enfants obèses ou ayant tendance à l'obésité, chez des hypothyroïdiens, chez des fils de goutteux ; on décrit des albuminuries prégoutteuses.

Dans certaines familles on observe des *albuminuries héréditaires*. Heubner, Lécorché, Talamon, Arnozan en ont rapporté des exemples.

C'est généralement de 12 à 15 ans qu'on constate l'albuminurie par hasard, à l'occasion de troubles dyspeptiques, d'anémie, etc. Elle existait peut-être auparavant, mais n'avait pas été cherchée. Elle est légère, peut diminuer sans disparaître par le régime, augmenter par le travail intellectuel, l'exercice physique, les émotions, etc. L'évolution est insidieuse, progressive et, 6, 15, 20 ans après sa constatation peut apparaître une néphrite urémigène ou hypertensive qui entraîne la mort.

Certains enfants semblent avoir une *miopragie rénale*, une *débilité rénale* dont M. Castaigne a essayé de préciser les caractères. Ces enfants, souvent de taille élevée et d'aspect chétif, ont de l'albuminurie sous la moindre influence, sous l'influence d'un trouble alimentaire, d'une marche un peu longue, d'une petite infection. Pour certains d'entre eux, tôt ou tard, cette albuminurie devient permanente, sans qu'il y ait le moindre trouble de la perméabilité rénale, le moindre symptôme de néphrite. Parfois cependant l'aboutissement est une néphrite interstitielle.

Le PRONOSTIC de l'albuminurie chronique, permanente, simple ne comporte, en général, pas de gravité. A un moment donné cette albuminurie disparaît ou, si elle persiste, elle conserve les mêmes caractères. Il ne faut pas oublier toutefois la sensibilité des reins aux infections et aux intoxications, la transformation possible en néphrite urémigène ou hypertensive.

Aussi convient-il d'examiner de temps en temps les enfants et de rechercher, par les diverses épreuves, l'état des fonctions rénales.

Le TRAITEMENT des albuminuries chroniques, permanentes simples comporte des indications variées que posent les circonstances étiologiques, les symptômes divers qui ne dépendent pas tous de l'albuminurie, et enfin l'albuminurie elle-même.

Il faut prescrire une bonne *hygiène générale*. L'existence doit être calme, régulière ; les exercices physiques et le travail intellectuel doivent être convenablement réglés. Il faut prendre des précautions pour éviter les refroidissements ; il ne faut pas toutefois les exagérer et élever l'enfant dans du coton ; il faut au contraire l'aguerrir par les affusions tièdes, les frictions, etc. Si possible on le fait vivre dans un climat tempéré. Certains albuminuriques se trouvent bien de passer l'hiver dans la montagne.

Il faut surveiller l'*hygiène de l'alimentation et du tube digestif*. Il ne faut pas prescrire le régime lacté, qui affaiblit l'enfant, entraîne de la pâleur et de l'anémie, de la constipation et des troubles digestifs, ni un régime déchloruré absolument inutile ; on conseille simplement de ne pas trop saler les aliments. Il faut défendre les aliments toxiques ou indigestes, le gibier faisandé, la charcuterie, etc. On prescrit un bon régime mixte comme celui qui convient à la plupart des enfants, adapté aux fonctions gastriques, intestinales et hépatiques.

Il n'est nullement nécessaire d'ordonner les viandes blanches et de proscrire les viandes rouges qui ne sont pas nocives quand elles sont bien cuites.

Certains albuminuriques ont des urines peu abondantes et trop concentrées : on leur prescrit des *cures diurétiques légères*, avec de l'eau d'Evian, prise à jeun trois quarts d'heures avant les repas pendant 15 ou 20 jours chaque mois.

Diverses médications sont indiquées par l'état général et les circonstances étiologiques.

On traite l'anémie, le lymphatisme, par le fer, l'iode, l'arsenic, l'huile de morue ou ses succédanés, les acides phosphoriques organiques, etc.

On traite les syndromes gastriques, intestinaux et hépatiques.

On apporte une attention spéciale au traitement de l'hypertrophie et de l'infection chroniques du tissu lymphoïde du pharynx par les interventions appropriées, par les soins locaux, par les prescriptions médicales

Si l'enfant présente les manifestations de la diathès neuro-arthritique, on prescrit un régime peu carné, des cures diurétiques et alcalines avec le bicarbonate et le benzoate de soude, la lithine.

Au cas de syphilis, on prescrit le traitement spécifique. Comme l'écrit le professeur Hutinel, sa conduite « est particulièrement délicate ». Le mercure comme l'arsenic ne sont pas toujours sans inconvénients ; même, avec des précautions, ils peuvent aggraver l'état des reins. « On ne peut, conclut-il, dans la plupart des cas, fonder sur le traitement spécifique de très grandes espérances ».

En somme, il est nécessaire de surveiller attentivement les malades. Aussi, en général, *l'internat scolaire* ne leur convient pas.

La *crénothérapie*, les *cures hydrominérales* tiennent une grande place dans le traitement des albuminuries chroniques, permanentes, simples. On rend service aux malades en les envoyant à certaines eaux judicieusement choisies, en tenant compte des indications dominantes particulières à chacun.

Un enfant lymphatique ou anémié, ou dystrophique, se trouve bien d'une cure à La Bourboule. Celui qui est atteint d'un syndrome colique fétide et d'hypohépatie bénéficie de Châtel Guyon. Les enfants qui ont des infec-

tions pharyngées à répétition sont améliorés par les eaux sulfureuses et notamment par celles de Saint-Honoré. Les arthritiques sont justiciables d'Evian, de Vittel, de Contréxeville, de Martigny ; les obèses, de Brides-les-Bains.

Mais il est, en France une station particulièrement spécialisée pour les albuminuries chroniques simples, c'est Saint-Nectaire, dans le Puy-de-Dôme. Station d'altitude moyenne (700 mètres environ), elle possède une riche gamme de sources, entre autres des sources thermales, fortement minéralisées, ayant une action eupeptique, stimulante du foie et diurétique ; des eaux ferrugineuses et arsenicales, toniques et reminéralisantes ; des sources lithinées fortes et magnésiennes, qui sont très diurétiques et favorisent l'élimination des urates.

Dans l'ensemble, les eaux de Saint-Nectaire ont des actions variées qui répondent à la complexité des indications thérapeutiques dans les albuminuries chroniques simples, permanentes.

***

Telles sont les réflexions que soulève l'observation de notre petite malade de 10 ans. Depuis cinq ans environ, elle a une albuminurie chronique, permanente, simple, parfaitement tolérée. Elle ne présente pas de troubles de la perméabilité rénale, pas de symptômes cardio-vasculaires. Son développement est normal. Nous ne trouvons pas d'étiologie précise. Le pronostic paraît bénin. Il convient toutefois de donner les conseils d'hygiène générale et alimentaire que je viens d'indiquer, et de demander à la mère de nous la ramener deux fois par an, pour que nous puissions l'examiner et explorer les fonctions rénales, afin de dépister une transformation possible du type clinique de l'albuminurie, et, le cas échéant, d'instituer un traitement convenable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1928.

L'immunité vaccinale dans les maladies typhoïdes. — *M. Achard* apporte sur les statistiques relevées dans son service depuis neuf ans. Sur l'ensemble des maladies typhoïdes de cette statistique, on note des paratyphoïdes dans la proportion de 30 p. 100, mais cette proportion varie suivant les époques. Il est à remarquer que, en 1928, il n'y a eu que des formes éberthiennes.

La mortalité pour paratyphoïde B est de 8,5 p. 100, alors qu'elle est de 15 p. 100 pour les maladies à Eberth.

M. Achard rappelle que les constatations faites par M. Chauffard en 1921 sur l'immunité relative dont les hommes jouissent par rapport aux femmes depuis les vaccinations en masse de la guerre. Il dit à son tour les bienfaits de la vaccination préventive aux armées. Parmi ses malades, il a compté 41 hommes contre 123 femmes. De plus, 60 p. 100 des hommes avaient moins de vingt et un ans. Sur tous les malades très peu avaient été vaccinés : 1 depuis deux ans, 4 depuis quatre ans, 1 depuis sept ans, 1 depuis sept ans, 1 depuis dix ans, 2 depuis onze ans, 1 depuis quatorze ans.

M. Achard, en terminant, affirme que la vaccination sous-cutanée est plus sûre que la vaccination par voie buccale qui nécessiterait un contrôle délicat et une vérification par prises de sang répétées.

Fièvre typhoïde et coquillages. — *MM. Boinet* et *Teissonnières* constatent que la fièvre typhoïde est endémique à Marseille. La cause en est très certainement due à la grande consommation de coquillages d'origine douteuse qui y est faite. Ils estiment qu'une surveillance devrait être organisée au sujet de la récolte et de la vente de ces coquillages.

Contribution à l'étude de la fièvre exanthématique. Ses rapports avec le typhus endémique bénin. — *MM. Plazy, Mercandier* et *Marcou* apportent de nouvelles observations. Ils estiment, comme MM. Olmer, que l'expérimentation établira d'une façon décisive la nature de la fièvre exanthématique. Ils pensent qu'en partant de la clinique et de la séro-réaction de Weil-Félix, on est déjà maintenant autorisé à faire entrer dans un groupement commun le typhus exanthématique, la maladie de Brill, le typhus tropical et la fièvre exanthématique de la région marseillaise.

Remarquons que d'après les expériences récentes de M. Et. Burnet le typhus exanthématique et la fièvre de Marseille paraissent être deux maladies distinctes.

Note sur l'emploi du vaccin antituberculeux B. C. G. à la ménagerie du musée national d'histoire naturelle de Paris. — *M. Mouquet* a employé le B. C. G. en ingestion chez 18 singes, 20 carnassiers et 35 herbivores. Il conclut à l'innocuité parfaite du B. C. G. chez ces animaux.

Les lésions hépatiques du barbiturisme. — *MM. F. Trémolières, André Tardieu* et *A. Carteaud* font connaître un nouvel exemple d'empoisonnement mortel par les dérivés de la malonylurée. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, très robuste morte dans le coma profond avec anurie, une vingtaine d'heures après l'ingestion, dans un but de suicide, de 2 gr. 40 d'acide diallybarbiturique. A l'autopsie, nulle lésion n'était évidente. Le foie, d'aspect légèrement graisseux, n'était ni cirrhotique, ni scléreux. L'analyse toxicologique, pratiquée sur les principaux organes (foie, rein, cœur, encéphale, sang, rate) a permis de caractériser 0 gr. 629 de diallylmalonylurée. Et l'on peut estimer à 1 grammes environ la quantité de toxique que contenait le cadavre.

Cette constatation, complétée par un examen histologique et par l'expérimentation, démontre que les dérivés de la malonylurée sont capables de provoquer des lésions hépatiques graves décelables microscopiquement. Elle explique la toxicité redoutable de cette série d'hypnagogues, même administrés à doses thérapeutiques, chez des sujets atteints déjà d'une altération hépatique fonctionnelle ou organique.

Et surtout elle justifie les mesures prophylactiques envisagées par l'Académie de médecine (classement des dérivés de la malonylurée dans le tableau A des substances vénéneuses) dans le but de prévenir l'extension de ce mode d'empoisonnement-suicide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 décembre 1928.

M. A. Marie présente un malade et une pièce anatomique correspondant à la crâniectomie que pratiquait Lannelongue, il y a 40 ans, dans certains cas d'arriération mentale. La tranche osseuse prélevée est intégralement reconstituée. L'encéphale ne s'est pas mieux développé, malgré la libération de son enveloppe osseuse, ce n'est donc pas à l'insuffisant espace osseux que l'arrêt d'essor cérébral doit être rattaché.

Les ondes galvaniques alternatives et longues périodes en thérapeutique. — *M. L. Laquerrière.* — Cette nouvelle manière d'appliquer le courant continu, réalise au maximum les actions trophiques du courant continu, par contre, grâce aux changements de sens, elles mettent à l'abri des actions chimiques électrolytiques qui, comme l'a montré, il y a déjà longtemps, le prof. Weiss, peuvent causer des dégénérescences histologiques graves. Elles sont donc particulièrement indiquées dans les cas de troubles trophiques accentués avec circulation défectueuse.

Lésions tuberculeuses de l'urèthre, de la vessie et des uretères. Traitement physiothérapique. — *M. Ch. Schmitt* rapporte l'observation d'un malade ayant subi l'ablation d'un rein tubercu-

leux, présentant de sérieuses lésions pulmonaires, de l'orchite, un rétrécissement de l'urètre urétrotomisé sans succès. Il l'a traité par l'électrolyse circulaire, la haute fréquence et les rayons ultra-violets. L'état général et celui des voies urinaires qui étaient tous deux très mauvais, se sont depuis six mois considérablement améliorés et les graves accidents, imminents en mai dernier, ne sont plus à redouter.

A propos de la migraine. — *M. Sédillot* expose en détails les arguments thérapeutiques et cliniques (observations personnelles, et anatomiques qui viennent à l'appui de sa doctrine personnelle : le *substratum anatomique de toutes les crises de migraine sans exception* est une poussée congestive brusque et temporaire d'un ou des deux lobes du lobe postérieur de l'hypophyse.

Traitement des accidents de la ménopause physiologique ou chirurgicale par le sérum activé de génisse. — *M. Ch. Levassort.* — Le sérum de taureau, active suivant la méthode de H. Busquet produit des effets d'invigoration et d'euphorie chez la femme comme chez l'homme ; toutefois, chez la femme, certains troubles consécutifs à la ménopause ou à la castration chirurgicale (bouffées de chaleur, sueurs, vertiges) ne sont pas améliorés par le sérum activé de jeunes mâles. Il faut employer contre ces manifestations de l'insuffisance ovarienne, le sérum activé d'une femelle ; celui des génisses produit à cet égard d'excellents résultats à la dose de 15 cmc. le matin à jeun, une demi-heure avant le petit déjeuner.

E. PERPÈRE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1929

M. Guisan (de Lausanne) qui a publié une importante étude sur Tissot à l'occasion du deuxième anniversaire de sa naissance, reconstitue l'histoire à Paris du célèbre médecin de Lausanne d'après sa correspondance.

Tissot arrive à Paris le 27 octobre 1779. Il commence par décrire son appartement avec le salon de consultation, où il ne recevra que le matin. Son projet est de vivre beaucoup à la maison, de fuir la société. Mais le voilà entraîné malgré lui. Il fréquente la compagnie de Necker, de Lieutand, premier médecin du Roi et de beaucoup d'autres personnages notoires. Le théâtre le passionne. Il en avait pris le goût à Lausanne ; où Voltaire ne dédaignait pas de tenir un rôle sur une scène improvisée. Il lui arrive aussi d'entrer au bal de l'Opéra, où son plaisir est médiocre. Ce n'est, dit-il qu'une cohue dans une salle brillamment éclairée ; les gens manquent de tenue et y paraissent en habit de ville.

Il suit le culte à l'Hôtel de Hollande. A Versailles, il s'attendrit sur les enfants du Roi et des princes. A Ermenonville, il médite sur le tombeau de Jean-Jacques, dans l'île des Peupliers. Madame Tissot court de son côté les marchandes de modes. La vie se passe ainsi dans les plaisirs et le travail jusqu'à la fin de juillet, car Tissot a voulu profiter de son séjour à Paris pour faire suivre à son fils les leçons de botanique du Jardin du Roi. *M. Guisan* illustre son travail en montrant des portraits de son héros et des documents curieux dont deux ordonnances de Tissot sur des cartes à jouer.

M. Fossoyeux cite, à propos de cette étude *L'Essai sur les maladies auxquelles sont sujettes les personnes qui vivent à la cour et dans le grand monde traduit de l'allemand de M. Langhans, médecin pensionné de la Ville et République de Berne. Lausanne, François Grasset M. D. C. C. LXXII.* Langhans, disciple, lui aussi, de Jean-Jacques, critique dans cet ouvrage la vie dissipée de la cour et de la ville.

M. Tricot-Royer (d'Anvers) lit ensuite une importante monographie sur les signes distinctifs des lépreux en Belgique. Il décrit les grands chapeaux avec les cordons blancs, les manteaux de couleur variant suivant les villes, les gants, les écuelles, les cliquettes, les besaces. Les ordonnances réglementant leur conduite de 1433 à 1515. Mais les lépreux se conforment mal au règlement qui doit leur être rappelé fréquemment. Une nombreuse iconographie complète les descriptions. Elle est empruntée surtout à l'œuvre du peintre Bernard Van Orley, dont les musées d'Anvers et de Bruxelles conservent des toiles. La bannière de la gilde des Lépreux de Belgique est gardée à Paris. A Copenhague, un tableau de Pierre Brueghel nous montre la vie d'une léproserie avec ses habitants.

M. Jeanselme discute le diagnostic de la lèpre dans la Bible dont *M. Tricot-Royer* a parlé au début de sa communication. Le chapitre XIII du Lévitique parle d'une maladie qui atteint les animaux et même les murs des maisons. Les Septantes n'on pas attendu pour traduire en grec le nom hébreux de cette maladie le mot classique éléphantiasis. D'autre part à propos des cordons ou cordes blanches qui ornaient les chapeaux des lépreux *M. Jeanselme* rappelle que ceux-ci exerçaient souvent le métier de cordier et fournissaient de corde le bourreau, d'où un certain discrédit jeté sur cette profession. Il mentionne enfin que, dans le Boulonnais, un chirurgien juré assisté de lépreux décidait de l'admission dans les léproseries, éliminant les autres malades, atteints d'affections cutanées ou incurables.

M. Trenel insiste sur la nécessité d'étudier à nouveau la lèpre de la Bible, qui paraît être une variété de vitiligo.

M. Ménétrier ne connaît pas de document du Moyen-Age établissant l'existence de la notion de contagion à cette époque. Il faudrait la remplacer par une autre notion, surtout morale, d'impureté, qui avait été transmise par la tradition hippocratique.

M. Fossoyeux complète un chapitre de la monographie de *M. Tricot-Royer.* Les infirmiers qui soignaient les lépreux devaient porter un signe particulier, une pièce de drap rouge sur leurs vêtements.

Le cimetière de Dijon renferme de curieuses tombes de lépreux ornées de la cliquette.

Enfin *M. Buziel* rend compte du 4e congrès d'Histoire de la médecine polonaise, tenu à Cracovie en octobre 1928. Il analyse de très nombreuses communications, qui témoignent d'un renouveau des études médico historiques en Pologne.

Jean VINCHON.

Le syndrome épilepsie, par O. CROUZON. 1 vol. in-8° de 268 pages : 55 francs. Librairie Octave Doin 8, place de l'Odéon Paris (6e).

La forme sous laquelle est présentée, dans cet ouvrage, la question de l'épilepsie indique bien la tendance moderne au démembrement de cet état morbide qui autrefois avait une unité et il a paru aux Directeurs de la *Bibliothèque des grands syndromes* que l'épilepsie devait, à l'heure actuelle être classée dans cette rubrique. Ce n'est là, il est vrai, qu'un progrès dans la conception étiologique et pathogénique de l'épilepsie et peut-être n'eût-il pas suffi à lui seul à justifier la publication d'une nouvelle monographie sur la question.

Mais, aussi bien le *syndrome épilepsie* que la maladie appelée communément épilepsie essentielle se sont enrichis de notions assez précises.

Tout d'abord la guerre de 1914-1918 a créé des blessures qui ont eu pour conséquence de nombreuses épilepsies traumatiques.

D'autre part, les efforts des chercheurs se sont dirigés dans ces dernières années sur les troubles humoraux et sympathiques dans l'épilepsie et dans l'état de mal épileptique.

Enfin, le traitement, de l'épilepsie et, plus spécialement, celui de l'épilepsie dite essentielle ont fait d'incontestables progrès dans ces dernières années. L'emploi du luminal et des produits similaires, l'emploi du tartrate bori-o-potassique et des composés borés, sans être des moyens curatifs, constituent un progrès incontestable dans la thérapeutique palliative du mal comital.

Pour toutes ces raisons, la question de l'épilepsie a subi une évoluton dans ces derniers temps. Le livre du Dr Crouzon, qui fait la mise au point des travaux modernes, montre la longueur de l'étape parcourue. A côté de la description classique du syndrome, complétée par les recherches cliniques modernes, le lecteur trouvera une description des diverses variétés étiologiques du syndrome et l'exposé des travaux modernes concernant l'anatomie pathologique et la physiologie pathologique du syndrome épilepsie, et enfin, dans un chapitre de thérapeutique, tous les renseignements concernant le traitement de l'épilepsie et les questions sociales et médico-légales qui peuvent se poser dans la pratique médicale courante.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRE. (Londres, 6-11 mai 1929). — Questions à l'ordre du jour :

1° Les évacuations par eau et par air : liaison des services de santé des armées de terre et de mer. Le rôle du service médical en opérations combinées ;
2° Fièvres tropicales de courte durée ;
3° Les blessures des vaisseaux et leurs séquelles ;
4° L'analyse physique et chimique de la verrerie et des objets en caoutchouc utilisés par le Service de santé ;
5° L'état de la denture et l'aptitude physique aux différents services militaires.

Xe RÉUNION NEUROLOGIQUE ANNUELLE. (Paris, 29 mai 1929). — Président : M. Babonneix. — Questions à l'ordre du jour :

Les dystonies. — 1. Les spasmes de torsion, par M. Wimmer (de Copenhague). — 2. Le torticolis spasmodique, par M. Barré (de Strasbourg).

La chirurgie du sympathique, par M. Leriche (de Strasbourg).

M. Wagner Jauregg fera une conférence sur la malariathérapie dans la paralysie générale.

Secrétaire général : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE. (Varsovie, 23-27 juillet 1929). Président : M. le professeur Hartmann (Paris). Quatre questions :

1° Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire. — Rapporteurs : MM. Matas (Nouvelle-Orléans), Chassetoni (Rome), Govaertz (Bruxelles), Ritter (Zurich), Lenowski et Wocjiechowski (Varsovie), Berard (Lyon).

2° Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal. Rapporteurs : MM. Baldo Rossi Borghi et Scalone (Milan), Bartrina Barcelone), Schoemacher Ribas et Puig Sureda (Barcelone), Lardennois (Paris), Ashhurst (Philadelphie), Krynski et Zaorski (Varsovie).

3° Traitement de la maladie de Basedow. — Rapporteurs : Jirasek (Prague), Crile (Cleveland), Lorthioir (Bruxelles), Jurasz (Poznan), Troell (Stockholm), Forgue (Montpellier).

4° Chirurgie réparatrice de la hanche. — Rapporteurs : MM. Mathieu (Paris), Putti (Bologne), Hybbinette (Stockholm).

Délégué pour la France : M. R. Proust, 2, avenue Hoche, Paris.

IVe CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE. (Paris, 25-27 juillet 1929). — Président : M. Sabouraud (de Paris).

Rapports. — 1° Les érythèmes polymorphes. — Rapporteurs : MM. Lortat Jacob (de Paris) et Ramel (de Lausanne).

2° Les prurigos. — Rapporteurs : MM. le professeur Favre (de Paris) et Civatte (de Paris).

3° La malariathérapie dans les complications nerveuses de la syphilis. — Rapporteurs : MM. P. Chevalier (de Paris) et Dujardin (de Bruxelles).

Secrétaire général, M. Clément Simon, 104, avenue Malakoff, Paris.

VIe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE. (Paris, sept. 1929). — Président : M. H. Barbier ; secrétaire général : M. R. Ribadeau-Dumas, 61, rue de Ponthieu, Paris (VIIIe). Questions :

1° Les morts subites chez les nourrissons. — Rapporteurs : M. Ombrédanne et MM. Nobécourt et Boulanger-Pillet.
2° Œdèmes des nourrissons — Rapporteurs : M. Jean Cathala.

VIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE. (Bruxelles, 3-5 octobre 1929). — Trois questions :

1° Les rapports entre l'hypophyse et l'appareil génital de la femme.

2° La myomectomie au cours et en dehors de la grossesse.
3° Indication et technique de la stérilisation chez la femme.

XXXVIII° Congrès de l'Association française de chirurgie. Paris, 7 oct. 1929). — Président : M. Tixier (Lyon) ; vice-président : M. Auvray (Paris) ; secrétaire général : M. Grégoire, 20, rue de l'Université, Paris ; secrétaire général adjoint : M. Mondor. Questions :

1° Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. — Rapporteurs : MM. Rocher (Bordeaux) et Sorrel (Paris).

2° Evolution et traitement des plaies des tendons de la main. — Rapporteurs : MM. J. Ch. Bloch (Paris) et Paul Bonnet (Lyon).

3° Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — Rapporteurs : MM. Lardennois (Paris) et Bérard (Lyon).

XI° Congrès français d'orthopédie. (Paris, octobre 1929). — Président : M. Albert Mouchet ; secrétaire général ; M. Mathieu, 74, rue Vanneau, Paris (VII°). Deux questions :

1° Les luxations récidivantes de l'épaule. — Rapporteur : M. Tavernier (Lyon).

2° Les lésions osseuses juxtaarticulaires tuberculeuses. — Rapporteur : M. Andrieu (Berck).

XXIX° Congrès français d'urologie. (Paris, 8 oct. 1929). — Président : M. Aversenq (de Toulouse) ; secrétaire général : M. O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (VII°). Question :

Vésiculites non blennorragiques. — Rapporteur : M. Minet.

XX° Congrès français de médecine (Montpellier, octobre 1929). — M. le professeur Vedel, président ; MM. les professeurs Vires et Leenhardt, vice présidents ; M. le professeur Rimbaud, secrétaire général, 1, rue Levat, Montpellier ; M. le professeur agrégé Carieu, trésorier ; M. le professeur agrégé Boulet, secrétaire général adjoint. Questions :

1° Etiologie pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine. — Rapporteurs : MM. Cantacuzène (Bucarest), P. Teissier et Costes, Sacquépée et Liegeois (Paris).

2° L'hypotension. — Rapporteurs : MM. Lian et Blondel (Paris), Dumas (Lyon), G. Giraud (Montpellier).

3° Le traitement des syndromes anémiques. — Rapporteurs : MM. E. Hédon et Jeanbrau (Montpellier), Lambin (Louvain) et J. Carles (Bordeaux).

VI° Congrès de stomatologie. (Paris, 22-29 octobre 1929). — Présidents : MM. les Dr Rousseau Decelle ; vice-présidents : MM. les Drs Bozo (Paris), Bacques (de Limoges) ; secrétaire général : M. le Dr Leclercq, 9, boulevard de la Madeleine, Paris (VII°) ; secrétaire général adjoint : M. le Dr Richard ; trésorier : M. le Dr Psaume. Questions à l'ordre du jour :

1° Les septicémies d'origine bucco-dentaire. — Rapporteurs : MM. Thibault et Raison.

2° Traitement chirurgical des infections du périapex, curettage et résection résultats éloignés. — Rapporteur : M. Lacronique.

Une autre question sera mise en discussion. Prophylaxie de la carie dentaire.

III° Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie. (Bordeaux 1929). — Président : M. le professeur Portman. Question mise à à l'étude.

Les céphalées en oto-neuro-ophtalmologie (physio pathologie et traitement). — Rapporteurs : MM. Raphen, Monbrun et Tournay (Paris).

BIBLIOGRAPHIE

Cahiers d'Obstétrique par H. Pigeaud. Paris, Vigot frères, éditeurs 23, rue de l'Ecole de Médecine.

P. a, très heureusement réalisé pour le domaine de la pratique obstétricale ce qui est le rêve de tout médecin aimant son art c'est à savoir d'enclore dans un petit nombre de pages (270 en tout) les éléments cliniques qui permettent à un étudiant de parcourir dès le premier contact le champ de la spécialité, et les renseignements qui aideront le médecin à faire le point dans un cas difficile de la clientèle. Les cahiers de M. Pigeaud ne se présentent pas comme un précis classique ; ils sont la réunion d'une série de cas concrets en sorte que le praticien, aux prises avec une des éventualités cliniques, au nombre de cent dix environ que contient ce livre, trouvera pour le cas en question un guide très précis. Les candidats à l'internat et aux divers concours utiliseront avantageusement les excellents résumés que constituent chacun de ces chapitres. Au demeurant, il faut louer M. Pigeaud pour ses talents d'enseigneur que représentent ses Cahiers d'Obstétrique.

Henri Vignes.

Le corps humain, par le Dr Ch. Champy. Un volume in-4 pot, 84 pages, avec 60 planches en héliogravure. Broché : 16 fr. 50. (De la collection : Bibliothèque générale illustrée. (Les éditions Rieder, 7, place Saint-Sulpice, Paris-Ier).

Sans tomber dans une élémentaire et trop facile vulgarisation, sans cesser toutefois d'être à la portée de ceux qui n'ont pas consacré leurs études à l'anatomie ou à la médecine, le prof. Ch.

Champy rappelle et précise les théories et les hypothèses émises pour expliquer l'existence de l'homme dans sa forme actuelle. Les noms de Lamarck, de Darwin, qui évoquent, pour beaucoup, des choses assez vagues, sont cités ici avec autorité et précision ; leurs idées, les hypothèses auxquelles ces noms sont restés attachés, sont rappelées nettement, brièvement et très clairement et lorsque le lecteur aborde la description du corps humain, il est en possession des éléments qui lui permettent de lire avec fruit des pages nourries, où l'intérêt est partout soutenu et puissant. C'est un livre d'anatomie comparée, science que l'on peut avec l'auteur, définir comme une « science philosophique » qui cherche la raison d'être des formes et la nature de leur indépendance.

Les paradis artificiels, par le Dr Louis LEWIN. Traduit par le Dr F. Gidon, Un volume in 8 de la Bibliothèque scientifique. **Prix : 25** francs. Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Les aliments seul exceptés, il n'est pas sur la terre de substances qui aient été aussi intimement associées à la vie des peuples, dans tous les pays et dans tous les temps, que les excitants, les hallucinants, et les stupéfiants : opium, morphine, cocaïne, peyotl chanvre indien, agaric, jusquiame, datura, alcool, chloroforme, éther, chloral, veronal, kawa, camphre, bétel, café, the, kola, maté, tabac, arsenic.

L'auteur de cet ouvrage unique, dont le titre a été emprunté à Baudelaire, est professeur à l'Université de Berlin, et le plus grand spécialiste connu dans cette science.

Pour chacune des substances énumérées ci-dessus, le Professeur Lewin étudie l'historique et l'origine, la préparation, l'importance actuelle de la consommation, les troubles dus à l'usage et les mesures de défense sociale.

Certains agents étudiés par le Professeur Lewin, tels que le café, le the, le tabac, etc... sont plus ou moins tolérés par l'homme, leur action stimulante ou excitante sur le système nerveux rendant des services momentanés à l'organisme déprimé par l'agitation et le surmenage de la vie moderne.

Mais à côté du groupe de ces excitants, le groupe des stupéfiants, par l'usage habituel qui en est fait, exerce sur l'humanité une emprise non moins grande et absolument néfaste. Le nombre s'accroît chaque jour des malheureux qui en sont victimes. Si ce péril continue à se développer dans les proportions où il l'a fait depuis cinquante ans, il deviendra une calamité mondiale aux conséquences de laquelle, d'une manière directe ou indirecte, nul n'est certain d'échapper.

C'est dire l'intérêt aussi bien social que scientifique de cet ou-

vrage fondamental du Professeur Lewin qui est le fruit de l'expérience pratique de toute une vie.

Ajoutons que l'ouvrage a été traduit par le Dr F. Gidon, professeur à la Faculté de Médecine de Caen, ce qui donne à l'édition française une valeur égale à celle de l'édition allemande originale.

Le Style Japonais, par **Emile-Bayard**, Inspecteur Général des Beaux-Arts. Un volume in-16 (12 × 19) de 232 pages, illustré de 141 gravures. Broché : 1? francs. Relié : 1? francs. Librairie Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

Jamais les arts de l'Extrême-Orient n'ont été autant en vogue. Notre expression décorative moderne y puisa largement et notre ère présente de jouissance matérielle aime à s'y reposer poétiquement.

Le Style Japonais vient ainsi à son heure.

Il éclairera pratiquement sur une esthétique où le sentiment aigu de la Nature s'exerce à la fantaisie la plus troublante.

Il renseignera positivement sur l'architecture et le meuble — si singulièrement sacrifié chez les Nippons, — sur la peinture et la sculpture, en insistant sur ces merveilleux ciseleurs, ferronniers et brodeurs, sur leur prestigieux génie où la patience, le goût et l'esprit se concrétisent en la minuscule *netské*, après le geste colossal du Bouddha magnifié.

Emile-Bayard poursuit dans *Le Style Japonais*, sa brillante série de « l'Art de reconnaître les Styles », à l'Etranger.

Le Roi de Rome (1810-1815), par Edouard Driault. (Editions Albert Morancé.)

Nous avons déjà toute une littérature historique sur le roi de Rome ; en France, les ouvrages de Welschinger et de Frédéric Masson ; en Autriche, ceux de Prokesch Osten, de Wertheimer.

Ce qui est nouveau ici, c'est que M. Edouard Driault, de parti pris, n'a voulu connaître que le « petit roi » et non pas du tout le duc de Reichstadt, le pitoyable prisonnier de la Sainte-Alliance ; et, à cet égard, l'illustration fondamentale, admirablement exécutée, comme toujours, par les éditions Albert Morancé, est faite des jolis portraits et dessins de Gérard, d'Isabey et de Prud'hon.

Ce qui est le plus nouveau, c'est l'importance attribuée aux palais qui devaient être consacrés au roi de Rome, non seulement le palais de Chaillot (et l'on verra qu'il s'agissait de la transformation de tout ce quartier de Paris jusque et y compris le bois de Boulogne), mais aussi le palais du Quirinal où étaient préparés les appartements du roi de Rome à côté des appartements impériaux. Il s'en fallut de peu que l'empereur ne fît couronner le roi de Rome à Saint-Pierre.

M. Edouard Driault exprime le vœu que le petit roi, le dauphin de la Révolution, enseveli à Vienne, soit ramené de captivité aux Invalides : un vœu d'historien, donc platonique ; en ce sens il ralliera tous les amis du petit roi tricolore, et donc du drapeau tricolore, un ralliement qui n'est peut-être pas superflu.

Mémoires de Madame de Genlis. — Nouvelle édition précédée d'une introduction de J.-Lucas Dubreton, et illustrée de 8 planches hors texte. Librairie Firmin Didot, 56, rue Jacob, Paris-VIe. 2 volumes in-16, de 227 pages, brochés : 24 francs.

Etrange destinée que celle de Madame de Genlis, gouverneur de trois princes, dont un fut roi, qui connut les faveurs et les succès, et qui, après une existence étrangement romanesque et désordonnée, mourut pauvre et abandonnée.

Quand elle se raconte, elle est plaisante et enjouée, non qu'il faille ajouter une foi aveugle à ses récits, elle semble même avoir le génie de l'inexactitude. Mais « cette fleur des pédantes » selon le mot de Sainte-Beuve, se révèle presque simple lorsqu'elle parle de son temps, elle oublie de monter en chaire, de prêcher la vertu, elle nous gagne par une grâce vive, une désinvolture de bon ton, une manière facile, élégante, qui font de ses mémoires une lecture parfaitement agréable, et, lorsqu'on connaît la véritable vie de l'auteur une saveur comique s'y ajoute qui en rehausse le goût.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Le n° : 3 fr. 90. Abonnement : un an : France : 0 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 décembre 1928 : André Le Breton : Fromentin en Algérie. — E. Souriau : Philosophie des procédés artistiques (II) : L'Arabesque. — F. Strowski : Enfin Malherbe vint... (I). — A. Jolivet : Les drame de Strindberg (X) : Le Père. — G. Michaut : Les époques de la littérature française (II). — M. Poëte : L'évolution des villes (XII) : La leçon grecque en urbanisme (suite). — F. Baldensperger : Les années 1827-1828 en France et en dehors (VII) : Les moyennes romantiques de 1827-1828.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Accélération de la marche de certains trains

1° *Train 5 « Paris-Vintimille »* : Le rapide 5, qui comporte des places de wagons-lits, de lits-salon avec draps, de lits-salon ordinaires, de couchettes, des places de 1re classe et un wagon-restaurant, a été accéléré sur tout son parcours ; son arrivée à Marseille est avancée de 55 minutes, son arrivée à Nice de 1 h. 25.

Départ de Paris à 19 h. 45. Arrivée à Marseille-Saint-Charles à 7 h. 49, Toulon à 9 h. 18, Cannes à 11 h. 21, Nice à 12 h., Menton à 12 h. 59.

2° *Train 21 « Paris-Narbonne »* : Le rapide 21 P.-L.-M.-141 Midi qui comporte des voitures directes avec lits-salon, couchettes et 1re, 2e et 3e classes, entre Paris et Narbonne, avec 1re et 2e classes, entre Paris et Port-Bou, a sa marche accélérée de plus d'une demi-heure entre Paris et Narbonne. Ce train dessert la gare de Vienne (Isère).

Départ de Paris à 21 h. 10. Arrivée à Vienne à 4 h. 38, Nîmes à 8 h. 37, Montpellier à 9 h. 36, Sète à 10 h. 12, Béziers à 11 h. 12, Narbonne à 11 h. 42.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 16 *janvier.* — M. PILPOUL. La querelle de l'antimoine. — M. MARION. Du traitement des laryngites tuberculeuses. — M. SANTOS. L'ankylostomiase à Puerto-Rico.

Thèses vétérinaires. — M. GUGUEU. Essai d'animaliculture.

17 janvier. — M. BHAT. Mycétomes ou pied de madura à grains noirs. — MÉNAGER. Etude et traitement du cancer du rectum.

Facultés de médecine de Paris. — A la suite des démarches faites par la Section de médecine de l'Association générale des étudiants, 15, rue de la Bûcherie, les étudiants en médecine, à scolarité terminée, candidats à un examen de clinique, seront désormais admis à fréquenter la bibliothèque de la Faculté pendant les quinze jours précédant l'examen, sur présentation de la quittance des droits d'examen de clinique.

VIIe centenaire de l'Université de Toulouse. — C'est le 9 juin prochain que sera célébré ce Centenaire en présence du président de la République et des délégations de nombreuses universités françaises et étrangères

Société de médecine légale. — Le bureau pour 1929 est ainsi composé : président : M. Léon Tissier, en remplacement de M. le professeur Claude, président sortant ; vice-présidents : MM. Démelin et Kohn-Abrest ; secrétaire général : M. Dervieux ; secrétaires des séances : MM. Duvoir et Piédelièvre ; trésorier : M. Brisard ; archiviste : M. Philippe.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur agrégé Launoy, de la Faculté de pharmacie de Paris.

Médaille des épidémies. — *Médaille d'or.* — M. le Dr Moreau (de Lusignan).

Médaille de vermeil. — M. le Dr Vigné (du Havre).

Médaille d'argent. — M. le Dr Hamel (de Saint-Georges-de Reintembault).

Médaille de bronze. — MM. les Drs Métayers (de Bû), Porze (de Lille), Jacques (de Mazagran) ; MM. Delbove et Demoulin, externes des hôpitaux de Paris.

Guerre. (Réserve.) — M. le médecin colonel en retraite du Roselle a été nommé au grade de médecin général dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire, par application de l'article 1er de la loi du 5 janvier 1926. (*J. O.*, 5 janv. 1929.)

— (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin colonel. — MM. Vandenbossche, Patay Conte, Pechin.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Piquet, Aubaret, Parisot, Gougerot, Gosse, Potron, Fulconis, Schwartz, Gassin. Chifoliau, Lancien.

Au grade de médecin commandant. — MM. Dupont, Vincent, Lacronique, Massip, Pestel, Duhem, Couronnet, Verhaeghe, Cardiol, Ertzbischoff, Halphen, Lloubes, Richet, Lecaplain, Hautefort, Labernadie, Potherat, Boisson, Niewengloski, Heuyer, Lapeyre, Testard, Paoli, Vogelin, Daure, Stodel, Nattan-Larrier, Martin.

Cours de perfectionnement de dermatologie et de vénéréologie. — *Faculté de médecine de Strasbourg. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie sera organisé à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques du 7 octobre au 16 novembre 1929, sous la direction de M. le professeur L. M. PAUTRIER, avec la collaboration de MM. les professeurs A. BARRE, professeur de clinique neurologique ; professeur L. BLUM, professeur de clinique médicale ; professeur G. CANUYT, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; professeur MERKLEN, professeur de clinique médicale ; MM. les Drs Paul BLUM, chargé de cours d'hydrologie ; Dr LAROUSSE, chargé de cours de bactériologie ; Dr GUNSETT, chargé de cours de radiologie ; Dr RŒDERER, chargé de cours de dermato-vénéréologie ; Dr SIMON, professeur agrégé, clinique chirurgicale A ; Dr VAUCHER, chargé de cours clinique médicale B ; M. le professeur WEILL, clinique ophtalmologique ; MM. les Drs A. BOECKEL, chargé de la policlinique urologique à la clinique chirurgicale A ; Dr DISS, chef de laboratoire ; Dr GLASSER, chef de laboratoire, Dr LÉVY, chef de clinique.

Le cours aura lieu du lundi 7 octobre au samedi 16 novembre, tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, matin et soir, aux heures indiquées sur le programme détaillé. Il sera donné à l'Hôpital Civil, à la clinique des maladies cutanées et, pour chaque branche de la spécialité, dans les cliniques intéressées.

Tous les cours, essentiellement pratiques, seront accompagnés de présentations de malades, de photographies, de projections, de démonstrations bactériologiques et histologiques.

Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes de traitement : cautérisations, scarifications, électrolyse, neige carbonique, radiothérapie, frotte, injections intraveineuses, lavages de l'urètre, dilatations, interventions urétroscopiques, urétroscopie, etc...

En dehors des heures de cours, ils auront libre accès dans le service ; visite complète du service le mardi et le vendredi matin à 9 h. Policlinique externe dermatologique, tous les jours à 10 h Traitement externe de la syphilis, tous les soirs à 18 h.

La clinique des maladies cutanées possède une bibliothèque de près de 3.000 volumes qui contient la plupart des ouvrages intéressant la spécialité, et la collection complète des atlas et des périodiques ; un musée photographique et un musée histologique. Les élèves du cours y auront accès tous les jours, de 9 à 12 h. et de 14 à 19 heures.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Les élèves recevront après chaque cours un résumé de deux à

trois pages, tapé à la machine à écrire, qui, avec les notes qu'ils auront prises, leur permettra de reconstituer la leçon. Droit d'inscription, 300 fr.

S'inscrire en écrivant directement au Dr RŒDERER, Clinique des maladies cutanées, Hôpital civil.

Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas, ils peuvent être assurés de trouver des pensions de famille confortables, à des prix moyens.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire, y compris les méthodes de sérologie, l'anatomie pathologique générale des dermatoses, en 20 leçons, aura lieu en même temps.

Tous les élèves seront exercés individuellement aux différentes manipulations pratiques que comportera chaque leçons. En particulier, ils se constitueront une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes qui resteront leur propriété personnelle.

Ils seront exercés à la technique des examens sérologiques (réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht-Bauer, floculation de Vernes). Droit d'inscription, 300 francs. S'inscrire en écrivant directement à M. RŒDERER.

Société de Chirurgie. — Le bureau de la Société de chirurgie est ainsi composé pour 1929 :

MM. Cunéo, président ; Gosset, vice-président ; Lecène, secrétaire général (pour cinq ans) ; Cadenat et Basset, secrétaires annuels ; Toupet, trésorier ; Mocquot, archiviste.

Ont été élus correspondants nationaux : MM. Boireau-Roussel, Grimault, Autefage et Chanier ; membre associé étranger : M. Navarro (de Montevideo) ; membres correspondants étrangers : MM. Denis (de Bruxelles), Lesniowski (de Varsovie), Jurasz (de Poznan), Castano (de Buenos-Aires), Arténuo Zéno (de Rosario) et Balacesco (de Bucarest).

Ecole de sérologie de la Faculté de médecine de Paris. — Il est rappelé que les inscriptions pour les conférences et travaux pratiques qui auront lieu à l'hôpital Saint-Louis, du 25 février au 27 mars 1929, doivent être adressées avant le 1er février, à M. le Directeur général de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, où l'on pourra se procurer le programme et les conditions d'inscription.

Hôpital St-Antoine. — Le Prof. BEZANÇON, de retour de sa mission au Caire, a repris la direction de son service et son enseignement. Comme par le passé, les leçons auront lieu tous les vendredis à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital St-Antoine.

Les leçons annoncées pour janvier 1929, sont les suivantes : Vendredi 18 janvier : Le syndrome radiologique de la pleurésie séro-fibrineuse. — Vendredi 25 janvier : L'état de mal asthmatique. — Vendredi 1er février : Dilatation des bronches et abcès bronchectasiques.

A St-Nectaire. — Les soussignés, médecins-consultants à Saint-Nectaire, réunis le 27 novembre 1928 ont adopté la délibération suivante :

Les membres du « Syndicat médical de Saint-Nectaire » ont pris connaissance de l'arrêté de M. le ministre de l'hygiène en date du 5 novembre 1928 instituant un contrôle médical et une surveillance permanente des sources et établissements thermaux de Saint-Nectaire. Ils prient M. le ministre de l'hygiène d'agréer leurs respectueux remerciements pour avoir répondu favorablement à la demande qu'ils lui ont adressée au mois de septembre 1928 et pour avoir ainsi donné aux malades les garanties nécessaires et défendu les intérêts de la station de Saint-Nectaire. Dr D. PORGE, Dr POUYET, Dr E. ROUX, Dr J. SERANE, Dr G. SIGURET, Dr A. VERSEPUY.

Hôpital St-Louis. — *Dix leçons sur la blennorragie et ses complications.* — M. le Dr HEITZ-BOYER, professeur agrégé d'urologie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera, le jeudi 17 janvier 1929, dans son service, à 10 h. 30 du matin, une série de dix leçons théoriques et pratiques sur la blennorragie, ses complications et son traitement.

Chaque leçon sera suivie de présentation de malades et d'examens endoscopiques avec opérations urétro-cystoscopiques.

Ces leçons auront lieu tous les jeudis à la même heure, avec la collaboration de MM. MONDOR professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux ; Jules JANET, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Félix MARSAN, ancien chef de clinique des maladies des voies urinaires ; Jean TISSOT, chef de consultation, et Pierre BARBELLION, assistant à la clinique d'urologie de la Faculté de médecine.

17 janvier. Jules JANET : Le gonocoque, sa morphologie, son évolution. — 24 janvier. M. HEITZ-BOYER : Traitement abortif de la blennorragie. — 31 janvier. Jean TISSOT : Traitement local par les grands lavages et traitements mixtes. — 7 février. Félix MARSAN : Complications locales et à distance de la blennorragie (arthrites exceptées). — 14 février : Henri MONDOR : Arthrites gonococciques. — 21 février : Pierre BARBELLION : Bactériologie des urétrites prolongées et chroniques. Pseudo-gonocoque. Technique et valeur de la spermoculture. — 28 février : HEITZ-BOYER : Uréthrite chronique antérieure et postérieure. — 7 mars : HEITZ-BOYER : Nouveaux moyens de diagnostic et de traitement des urétrites chroniques (urétroscopie et étincelage de haute fréquence). — 14 mars : F. MARSAN : Pathologie du veru montanum. Rétrécissement de l'urètre. Urétrotomie interne. — 21 mars : Jules JANET : Blennorragie chez la femme, son importance, son traitement.

Ce cours sera entièrement gratuit et pourra donner lieu à la délivrance d'un certificat d'assiduité. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser dans le service de M. le Dr HEITZ-BOYER, à l'hôpital Saint-Louis, tous les matins, de 9 heures à midi.

Comité National de défense contre la tuberculose. — Un concours sur titres aura lieu pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé de dispensaire dans la Loire Inférieure (voir pour les conditions de nomination et les avantages le statut type des médecins spécialisés).

Le concours aura lieu dans la seconde quinzaine de février.

Les dossiers devront être transmis au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

Limites d'âge des professeurs et des agrégés. — Le président du Conseil vient de prendre un décret modifiant la limite d'âge des fonctionnaires et employés civils des services sédentaires des cadres métropolitains qui est porté à 63 ans.

L'âge de la retraite est fixé à 70 ans pour les professeurs des Facultés.

La limite d'âge est fixée à 70 ans pour les chargés de cours, les maîtres de conférences, titulaires des Facultés, les agrégés de Facultés maintenus en exercice jusqu'à la retraite.

Si les nécessités l'exigent, un fonctionnaire peut être maintenu en fonctions un an au-delà de la limite d'âge de son emploi, toutefois sans dépasser au total 5 années et sans pouvoir dépasser l'âge de 72 ans.

Annuaire 1928 des officiers du service de santé. — Cet annuaire formant un volume in-8° de 500 pages, vient de paraître chez les éditeurs Charles Lavauzelle et Cie. Il comprend pour tous les grades, les listes d'ancienneté complètes, à jour au 15 septembre 1928, l'état-civil, la suite des services et l'affectation de tous les officiers du cadre actif du service de santé militaire : médecins, pharmaciens, officiers d'administration. Il donne les mêmes renseignements pour les adjudants-chefs et les adjudants infirmiers et renferme la liste des élèves de l'école du service de santé militaire.

Le détail des radiations survenues pendant l'année écoulée, la répartition des médecins, pharmaciens ou officiers d'administration entre les régions, enfin le tableau d'avancement et les tableaux de concours de la Légion d'honneur et de la Médaille militaire pour 1928, achèvent de rendre ce document indispensable à tout le personnel du service de santé.

Nécrologie. — Dr Reverdin, de Genève. — Dr Billard, de Clermont-Ferrand. — Pr Baumel, de Montpellier.



BIBLIOGRAPHIE

Le pH en biologie, par Marcel Vérain et Jean Chaumette. Un volume in-8 écu de 168 pages avec 20 figures : 16 fr. (*Collection médecine et chirurgie pratiques*). Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris).

Le but des auteurs est de réunir dans un ouvrage facilement consultable les éléments essentiels d'un sujet particulièrement vaste sur lequel il a été beaucoup écrit et qui est loin d'avoir dit son dernier mot.

Les deux praticiens qui ont écrit cet ouvrage emploient cette nouvelle méthode de recherches depuis plusieurs années ; ils se sont tenus au courant d'une technique qui se modifiait chaque jour pour ainsi dire et eux-mêmes en ont précisé plusieurs points. Praticiens, ils ont rencontré les difficultés qui accompagnent inévitablement une méthode à ses débuts et leur livre voudrait épargner ces tâtonnements à ceux qui les suivront dans cette voie.

Que l'on ne s'étonne pas de l'importance qu'ils ont donnée à l'étude purement théorique de la question. Ils ont su la traiter avec une clarté qui lui enlève toute aridité en lui laissant toute sa précision. Pareil début était d'ailleurs indispensable pour la bonne intelligence des diverses méthodes employées à l'heure actuelle, et surtout pour permettre au biologiste d'en tirer tout ce qu'elle peut donner.

Tuberculose infantile, par le Dr H. Barbier, 1 vol., in-8 254 pages, 85 figures : 25 fr. (Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique Carnot et Lereboullet). (Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Cet ouvrage est consacré exclusivement à l'étude anatomique et clinique des formes évolutives de la tuberculose pulmonaire chez les enfants, depuis les premiers mois de la vie jusqu'à quinze ans. L'auteur s'est astreint uniquement à l'observation de faits qu'il a recueillis en grand nombre pendant les vingt-cinq années qu'il a passées à l'hôpital Hérold, consacré aux enfants malades. L'auteur s'est abstenu de toute discussion ou interprétation théorique, dont il ne méses-time pas la valeur.

Ce qu'il a recueilli, ce sont des faits humains, qu'il a étudiés, classés, comparés, faisant à sa façon une médecine expérimentale qui paraît conforme aux règles de Claude Bernard, dont il a uniquement appliqué les conclusions qu'il en tirait à l'âge correspondant des enfants.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les réactions hilaires comme point de départ de la tuberculose pulmonaire

Par le Dr J. CAUSSIMON,
Médecin résidant du sanatorimm Xavier-Arnozan (Bordeaux.)

Dans un travail récent (1), les professeurs E. Leuret et P. Piéchaud ont attiré de nouveau l'attention sur le hile pulmonaire et son rôle comme point de départ fréquent des reviviscences de la tuberculose à l'adolescence et chez l'adulte.

Ces auteurs rappellent à grands traits l'évolution de nos connaissances sur ce sujet. Dès 1895, Dieulafoy et Strauss et plus tard Wolland, ont démontré que les amygdales, les fosses nasales, la cavité bucco-pharyngée peuvent servir d'entrée au bacille tuberculeux qui se localise ensuite dans les ganglions trachéo-bronchiques. Viennent ensuite les travaux de Kuss, de Parrot, d'Hervouet, d'Hutinel, qui établissent les relations de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques avec la voie d'infection endobronchique. Malgré ces constatations, la tuberculisation des ganglions trachéo-bronchiques et hilaires se présente comme relevant d'un mécanisme plus complexe, car des faits de plus en plus nombreux ont démontré la possibilité de l'infection bacillaire de l'organisme par ingestion.

E. Leuret et Piéchaud rappellent les travaux de Buttel (1891), de Legroux, Simon, Authier, Marfan. Ils signalent que Walther Karr, sur 120 autopsies d'enfants, découvrit que chez 70 d'entre eux, l'infection ganglionnaire paraissait primitive, et qu'aucune trace de lésion bacillaire parenchymateuse du poumon n'était décelable. D'autres auteurs, Northrup, Muller, Neuman, Flèche, ont fait des constatations analogues. Calmette et ses élèves ont longuement et brillamment démontré la réalité, la fréquence et la signification de l'infection bacillaire de l'organisme par la voie digestive.

Après cet exposé historique, E. Leuret et F. Piéchaud font un rappel anatomique sur les ganglions trachéo-bronchiques. Ils citent les remarques de Sergent sur l'association des localisations hilaires et des scissurites qui peuvent les suivre. Ils signalent, dans le même sens, l'opinion de L. Bernard et celle de Rieux.

Les auteurs font ensuite l'étude radiologique du hile normal et pathologique, et ils établissent une synthèse radiologique des réactions hilaires dans l'enfance et l'adolescence, à l'aide de nombreuses observations. Voici quelques-unes des conclusions présentées par E. Leuret et F. Piéchaud :

« Quelle que soit la porte d'entrée du bacille de Koch, même sans lésion d'inoculation, l'aboutissant de l'infection tuberculeuse est la tuberculisation des ganglions trachéo-bronchiques, comme l'a déjà si judicieusement soutenu Jousset. »

« La tuberculose pulmonaire de l'adoleecent ou de l'adulte est à point de départ hilaire et se traduit d'abord par une hilite ou périhilite tuberculeuse. »

« A ce stade de périadénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, succèdent des poussées de lymphangite tuberculeuse rétrograde, sous-pleurale ou péri-vasculaire s'irradiant autour du hile, périhilite radiée tuberculeuse. »

« C'est alors seulement que surviennent, après cette infection de la trame lymphoïde, les complications : infection tuberculeuse de la plèvre ; lésions lymphoïdes tuberculeuses intra-parenchymateuses : réactions alvéolaires, formation, saturation, puis fistulisation des tubercules intra-alvéolaires ou bronchiques. »

(1) E. LEURET et F. PIÉCHAUD. — *Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 septembre 1928, n° 17, p. 663.

Et plus loin : « La localisation de la tuberculose pulmonaire débutant aux sommets des poumons, est une apparence purement clinique, et ne correspond qu'à la période de perception des signes d'auscultation. Anatomiquement, la tuberculose pulmonaire, affection du système lymphatique, naît au hile et se propage depuis le hile. »

* * *

L'observation que nous allons rapporter est un exemple de début de la tuberculose pulmonaire. Peut-être perd-elle un peu de son originalité de ce fait qu'il s'agit d'un grand enfant et non d'un adolescent. Cependant, les réflexions qu'elle suggère sont complètement en accord avec les conclusions de E. Leuret et de F. Piéchaud.

A. — 9 ans. Fils de père et de mère tuberculeux, pulmonaires et osseux. La première enfance s'est passée au contact immédiat des parents. Rougeole à cinq ans, peu grave. Tout de suite après, coqueluche. Vers 6 ans, apparaît un syndrome infectieux fébrile. L'enfant présente de l'adénopathie généralisée avec température à 39° et 40°. Aucun signe pulmonaire ; amaigrissement. On a craint un instant une fièvre typhoïde. Cependant le médecin porte le diagnostic de fièvre ganglionnaire » (?). Au bout de quelques semaines tout est rentré dans l'ordre. Bien que l'enfant ne présente à ce moment là aucun signe pulmonaire à l'auscultation, il demeure pâle et amaigri ; on constate encore l'existence de ganglions hypertrophiés. L'enfant est envoyé à Amélie-les-Bains et à Salies. L'état général se rétablit fort bien et les ganglions disparaissent.



FIGURE 1.

En 1927, diphtérie grave. L'enfant guérit, mais se trouve extrêmement fatigué pendant sa convalescence. On note un état sub-fébrile, avec de temps en temps des accès d'hyperthermie. Une radioscopie est pratiquée, mais nous n'avons pu en connaître le résultat. Toujours est-il que l'enfant est envoyé à la montagne et au bord de la mer.

Quand nous examinons le malade, en juin 1928, il vit depuis plusieurs mois déjà au bord du bassin d'Arcachon.

L'enfant est grand pour son âge, bien coloré, bien bâti, et

pèse 26 kg. Absolument aucune hypertrophie des ganglions régionaux. Le thorax est bien développé, et l'ampliation thoracique partout normale. L'enfant, actuellement, ne tousse pas et ne crache pas.

La palpation, la percussion et l'auscultation, ne révèlent absolument aucun signe anormal. Il n'y a pas de râle, ni bronchique, ni parenchymateux. Il n'existe aucun des signes cliniques de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Cependant, la radioscopie et la radiographie des poumons pratiquées par le Dr Jagues (de Bordeaux) nous ont fourni des renseignements du plus grand intérêt (fig. I.)

La radioscopie et la radiographie, montrent un poumon droit normal. Le sommet s'éclaire parfaitement à la toux. La base s'éclaire dans les inspirations profondes. Le parenchyme présente une transparence parfaite. Les ombres hilaires droites sont peut-être un peu accusées pour l'âge du malade.

Le côté gauche présente des ombres qui apparaissent nettement sur le cliché pris en position oblique antérieure gauche légère. Le sommet gauche est clair, et il s'éclaire parfaitement à la toux. La base semble aussi très bonne. A la partie moyenne, au voisinage de la région hilaire, se trouve une grosse tache sombre. A la radioscopie, on voit bien que cette image n'est pas homogène, mais qu'elle est constituée par l'agglomération de trois ou quatre taches sombres. Cette image présente deux prolongements : le premier, vers la ligne médiane, se confond avec l'image d'une côté ; le second vers la paroi, décrit nettement une courbe à concavité inférieure. En outre, cette image donne naissance, vers le haut et vers le bas, à des tractus sombres irradiés.

Nous pensons que cette image correspond à une réaction hilaire, ou mieux péri-hilaire accompagnée d'une scissurite nette.

Bien que le malade ne tousse pas et ne crache pas, bien que l'état général demeure bon, bien que le traitement hygiéno-diététique ait été strictement établi, on observe une tendance à l'amaigrissement et un état fébrile net (fig. 2.) La courbe de température dont nous reproduisons un fragment, montre bien que le niveau moyen de la température se maintient constamment entre 37° et 38°, avec parfois des clochers importants.

La réaction à la tuberculine est fortement positive.

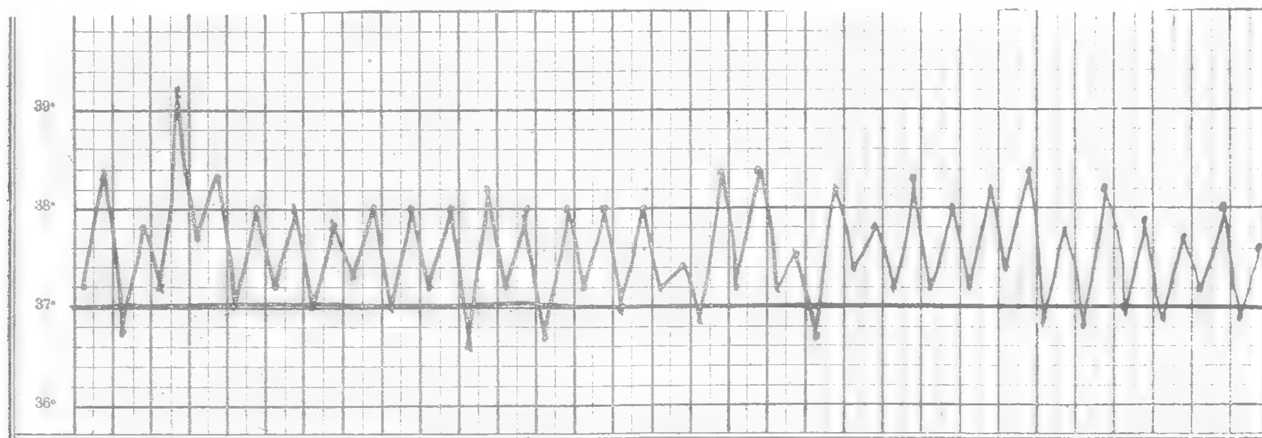


Figure 2.

***

Cette observation entraîne quelques commentaires :

I. — Bien que nous n'ayons pas la preuve bactériologique puisque le malade, non seulement ne crache pas, mais ne tousse pas, nous pensons qu'il s'agit là d'une lésion de nature tuberculeuse.

On ne voit pas, en effet, quelle autre affection pourrait donner lieu à de semblables localisations. D'autre part, la fièvre et le mode d'évolution sont en faveur de ce diagnostic. En outre, nous avons la certitude complète du contage bacillaire infectant. Nous saisissons en quelque sorte sur le vif le début des localisations pulmonaires.

Il est difficile de dire quelle a été la voie de pénétration du bacille : inhalatoire ou digestive ? Sans doute a-t-elle été mixte, mais au fond, peu importe. La période anté-allergique si bien étudiée par Cordey (1), s'est-elle prolongée jusque vers l'âge de cinq ans ? C'est probable. « Dans la seconde enfance, dit Cordey, le rôle de la contagion tuberculeuse est capital. Pour qu'un enfant âgé de 5 à 15 ans devienne cliniquement tuberculeux, un contact prolongé avec un tuberculeux contagieux est nécessaire. » Dans notre cas, ces conditions ont été pleinement réalisées.

Au cours de ce contact infectant prolongé avec ses parents, l'enfant fait une rougeole et une coqueluche. Un peu plus tard apparaît le syndrome fébrile accompagné d'adénopathie généralisée. Nous pensons qu'il s'agissait bien là d'un incident de nature bacillaire, vraisemblablement à type septicémique.

A propos de ces épisodes septicémiques, nous disions en 1927, avec notre maître le professeur E. Leuret : « Cette bacillose à type septicémique est fréquemment observée chez l'enfant et chez l'adolescent, et quelle que soit l'intensité des phénomènes généraux, graves ou légers, elle fait sa preuve par les localisations pleuro-pulmonaires ou autres qui la suivent » (2). Ce sont des phénomènes analogues, que certains auteurs ont étiquetés : fièvre d'invasion tuberculeuse, et qu'ils ont observés dans la seconde enfance et dans l'adolescence.

II. — Dans le cas qui nous occupe, la localisation consécutive aux infections successives et au fléchissement du terrain, a été hilaire, péri-hilaire et scissurale.

La participation de la plèvre scissurale ne semble pas douteuse. Il est probable que le parenchyme pulmonaire n'est pas encore intéressé. L'auscultation, en effet, demeure négative, même dans les périodes de poussées fébriles, et les phénomènes fonctionnels sont inexistants : l'enfant ne tousse pas et ne crache pas. Il s'agit, selon toute apparence, d'une réaction ganglionnaire, avec lymphangite péri-vasculaire et péribronchique associées à une scissurite.

Nous pensons, pour les raisons cliniques et radiologiques exposées plus haut, qu'il s'agit de lésions fermées du côté des bronches. On pourra objecter qu'il manque la recherche du bacille de Koch dans les selles et dans le liquide gastrique. Nous avons nous-même insisté sur la valeur, chez l'enfant, de la recherche du bacille de Koch dans les selles (3). Nous insistons sur ce fait, que cet enfant ne tousse pas et ne crache pas. Il s'agit d'une lésion qui, en dehors de la réaction thermique, demeure abso-

(1) Cordey. — Etude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance (Thèse Paris, 1914.)

(2) E. Leuret et J. Caussimon. — De la place et de l'importance des bacillémies et des septicémies à bacille de Koch, dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire. *Arch. de méd. et de pharm militaires*, t. 87, n° 4, oct. 1927.

(3) J. Caussimon. — *Paris médical*, 10 mars 1928.

lument silencieuse, et qui, sans l'examen radiologique, aurait pu passer inaperçue.

Bien que Cordier, à la fin de son rapport de 1927 à Lyon, ait déclaré « morte », la conception de la tuberculose fermée, il n'en est pas moins vrai que de nombreux cliniciens la défendent encore. Il paraît difficile de nier que, pendant une période qui peut être très longue, suivant les cas, les lésions tuberculeuses puissent demeurer fermées du côté des bronches. Nous en avons ici un exemple.

L'infection quasi-expérimentale réalisée chez cet enfant, loin de provoquer de la bronchio-alvéolite avec expectoration bacillaire, a déterminé plutôt des lésions du système lymphatique qui peuvent demeurer longtemps fermées.

En outre, bien que fermées, ces lésions nous paraissent être actives. Les deux signes — et ce sont, croyons-nous, les meilleurs en faveur de cette opinion — sont l'instabilité de la température et le fléchissement du poids à certaines périodes. Quant au caractère évolutif, il ne semble pas ici très prononcé, car, pour le moment au moins, les lésions ne progressent pas et n'ont encore déterminé à distance l'apparition d'aucun autre foyer pulmonaire ou extra-pulmonaire.

III. — En présence de faits de ce genre, on ne peut s'empêcher de penser à la façon dont Calmette a critiqué la loi de Conheim. On se rappelle aussi les travaux de Jousset, grâce auxquels cet auteur conclut que l'adénopathie médiastine est la première réalisation de la tuberculose. Et il ajoute : dans la tuberculose pulmonaire « C'est le ganglion qui commence » (1.) Depuis 1921, E. Leuret a soutenu des conceptions analogues (2).

Chez notre jeune malade, grâce à un concours favorable de circonstances, nous avons pu saisir dans ses premières manifestations, les débuts de l'infection tuberculeuse. Nous voyons bien que le poumon, et en particulier le sommet, sont indemnes. Dans la série des manifestations pathologiques, c'est le système lymphatique broncho-pleuro-pulmonaire qui a commencé.

En résumé, l'exemple que nous rapportons, montre une fois de plus l'importance des réactions hilaires et péri-hilaires dans le début de la tuberculose pulmonaire. Des lésions qui en résultent peuvent être longtemps fermées. Elles n'en sont pas moins actives dans certains cas, et peuvent, d'un moment à l'autre, devenir évolutives. Ce serait, pensons-nous, une erreur certaine et regrettable, de ne pas considérer comme tuberculeux et de ne pas soigner comme tels, des enfants porteurs de pareilles lésions, sous prétexte qu'ils ne toussent pas, qu'ils ne crachent pas, que l'auscultation est négative, et que la preuve bactériologique ne peut être faite.

(1) Jousset. — Acad. de médecine, 9 mars 1915. *Le Nourrisson*, 1915, n° 1.
(2) Leuret. — *Journal de médecine de Bordeaux*. 25 novembre 1921.



La situation faite au médecin sous le régime des Assurances Sociales, sera celle d'une pensionnaire de maison publique dont la tenancière aurait eu l'idée de vendre des abonnements trimestriels forfaitaires.

Dr P. Specklin : *Journ. de Méd. de Bordeaux.*

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
DE L'HOTEL-DIEU

Les atrophies optiques congénitales et infantiles

Par le Prof. F. TERRIEN.

Messieurs,

J'ai à vous présenter, ce matin, deux malades atteint d'atrophie optique : l'une d'origine congénitale, l'autre apparue dans les premiers mois de la naissance. Le premier sujet est hospitalisé dans notre service depuis une quinzaine de jours ; le second est cet enfant que les hasards de la clinique nous ont permis de voir tout à l'heure à la consultation. Il présente une atrophie optique bilatérale apparue dans les premiers mois de la naissance. Ceci montre bien que ces affections ne sont en somme pas si rares qu'on le croit. Ainsi dans le groupe si considérable des atrophies optiques il est important de faire une place assez large aux atrophies d'origine congénitale, et à celles qui apparaissent dans les premiers mois ou les premières années de la naissance.

Voici en effet cet enfant, aujourd'hui âgé de 5 ans, qui est venu ce matin avec sa mère nous consulter. A l'âge de 8 mois il a commencé à présenter des phénomènes de méningite caractérisés, qui ont ensuite disparu. Mais à mesure que l'enfant s'est développé on s'est aperçu qu'il voyait de moins en moins et on nous l'amène aujourd'hui.

A l'ophtalmoscope, on constate une atrophie optique très nette : les deux papilles sont blanches ; les artères sont un peu filiformes, les bords de la papille ne sont pas nets : ce sont donc là tous les signes de l'atrophie post-névritique. En même temps il y a autour de la papille de petits foyers de chorio-rétinite. C'est donc un enfant qui a fait une méningite à l'âge de 8 mois, méningite qui a entraîné une atrophie optique par névrite du nerf optique, méningite d'origine très probablement syphilitique, dont nous trouvons la signature dans les lésions de chorio-rétinite pigmentaire qu'on constate autour de la papille. Les réflexes pupillaires sont conservés. L'enfant, déshabillé, ne paraît pas avoir de déficit musculaire ; cependant il semble — surtout du côté gauche — présenter un Babinski très net ; moins apparent du côté droit. Un examen plus complet nous ferait voir probablement des restes de méningite. Mais déjà les lésions constatées du côté des yeux ne laissent aucun doute sur la réalité d'une méningite dans le début de la naissance, avec retentissement sur le nerf optique, sur la papille et sur la vision qui est considérablement diminuée.

Cependant, il est curieux de constater que l'enfant paraît voir encore ; la mère nous dit que dans ses jeux il ne semble pas avoir de déficit visuel appréciable : il compte les doigts jusqu'à 3 car il ne sait pas compter plus loin. Et la question se pose de savoir s'il faut lui apprendre à voir avec la méthode Braille ou par la méthode ordinaire. Ce premier malade montre donc très nettement les caractères de l'évolution habituelle de l'atrophie optique.

A ce propos, on ne saurait trop insister sur la disproportion assez souvent constatée entre l'intensité des lésions objectives révélées par l'ophtalmoscope et le degré

des troubles subjectifs qui n'est pas toujours en raison directe des premières. On voit des atrophies optiques paraissant absolues compatibles avec un certain degré de vision et il importe d'être prévenu si l'on veut éviter des erreurs d'interprétation, particulièrement fâcheuses si on intervient en qualité d'expert, en matière d'accidents de travail.

Notre second malade est un jeune homme de 17 ans, qui est dans notre service depuis un certain temps et dont voici l'observation.

Cet enfant n'a jamais vu de l'œil gauche, tandis que du côté de l'œil droit la vision est normale. A l'examen, on trouve pour l'œil gauche une certaine perception lumineuse du côté temporal, une tension normale, une pupille légèrement ovalaire ; les réflexes photo-moteurs sont assez bien conservés. Il présente un strabisme divergent, ce qui est naturel, l'œil qui ne voit pas se déviant en dehors,

L'ophtalmoscope montre tous les signes d'une atrophie blanche post-névritique, à bords un peu estompés, des vaisseaux assez filiformes ; autour de la papille on trouve des lésions de rétinite pigmentaire.

Il est assez intéressant, à l'occasion de ces deux malades, de passer en revue les formes cliniques que peuvent présenter ces atrophies optiques congénitales et infantiles.

Tout d'abord il ne faut pas confondre ces atrophies avec le colobome. Le colobome est une perte de substance. A ce titre on le rencontre, partout, et du côté des yeux, il peut intéresser l'iris, la choroïde ou la papille. Généralement ce colobome siège à la partie inférieure et donne l'aspect d'un iris iridectomisé. Mais on peut faire aisément le diagnostic entre l'iridectomie et le colobome, car après l'iridectomie, le petit cercle de l'iris est interrompu brutalement, il est coupé, tandis que dans le colobome, puisqu'il s'agit d'une anomalie congénitale, le petit cercle vient mourir jusqu'à la limite même du colobome, ce qui permet de faire la différence entre les deux.

Quelquefois ce colobome s'étend jusqu'à la papille. Il peut même être limité à la papille, et en imposer dans ce cas pour une atrophie du nerf optique.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'il y a des colobomes embryonnaires ; quelquefois le colobome détermine une excavation énorme de la papille. Il y a une trentaine d'années, j'ai vu une jeune fille, dont j'ai publié l'observation dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1901, qui avait une excavation énorme de la papille, excavation de 8 mm. soit une différence de 24 D. entre le bord de la papille et le fond de celle-ci, C'était une jeune fille de 17 ans, et malgré cette anomalie, elle arrivait à compter les doigts avec l'œil atteint, mais présentait avec cette diminution considérable de la vision, une atrophie optique complète.

Alors même que le colobome est limité au nerf optique la confusion optique avec une simple atrophie n'est guère possible. Mais quand le colobome est strictement limité au nerf optique et rudimentaire le diagnostic est plus difficile ; c'est ce qu'on appelle le « croissant de Fuchs, que l'on trouve dans certains cas d'amblyopie congénitale. La partie supérieure de la papille à l'image renversée paraît coiffée par une sorte de croissant. Ces colobomes embryonnaires se rencontrent quelquefois dans le strabisme, du côté de l'œil amblyope et c'est là un point de toute importance. Car si l'on peut espérer arriver par un travail approprié, par l'exercice, à corriger l'amblyopie de l'œil strabique, celle-ci demeure incorrigible si elle s'accompagne de lésions de la papille, en particulier du croissant de Fuchs. Il est donc particulièrement intéressant d'en rechercher l'existence, car sa constatation rend inutile tout effort tendant à faire travailler le sujet et à améliorer son acuité visuelle.

Ce croissant siège toujours en haut, à l'image renversée, alors que le conus de la myopie est situé toujours du côté temporal. Retenons donc l'existence assez fréquente de ces croissants de Fuchs, colobomes rudimentaires qu'on a assez souvent l'occasion de rencontrer et qui influencent fâcheusement le pronostic de l'amblyopie.

Voilà pour les colobomes qui doivent être séparés de l'atrophie optique.

Ces atrophies optiques qui apparaissent aux premiers mois de la vie se présentent sous deux aspects comme les atrophies en général. Elles peuvent être *partielles* ou *totales*.

Atrophies partielles

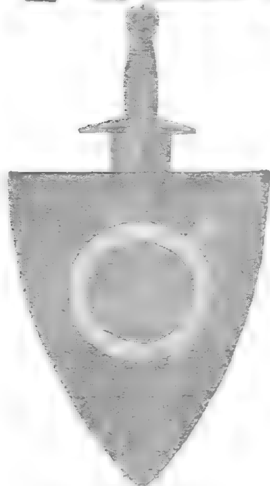
L'atrophie *partielle* se présente alors sous la forme d'une *amblyopie toxique*, essentiellement caractérisée par une diminution de la vision centrale ; le champ visuel est conservé, le malade continue à bien se conduire ; en même temps la vision centrale est perdue. Le sujet arrive à lire difficilement, les caractères se brouillent ; il présente de la dyschromatopsie au début ; il faut donc rechercher le test de la vision des couleurs : teintes colorées en vert, rouge etc. Autrefois lorsqu'il y avait de l'or, certains cochers confondaient par exemple une pièce de 0 fr. 50 avec une pièce de 10 francs.

Cette amblyopie toxique est encore caractérisée par des altérations du faisceau maculaire, faisceau central du nerf optique. Quand on a l'occasion d'examiner ce faisceau maculaire, sur des coupes, on peut voir que dans toute l'étendue du nerf optique, de la papille jusqu'au chiasma dans l'intérieur du crâne, partout il y a une dégénérescence centrale du faisceau maculaire, et celle-ci s'étend jusqu'au chiasma.

Voilà le type de ces amblyopies toxiques. Celle-ci, je vous le rappelle, se rencontre surtout chez les buveurs. Elle est due à l'altération du faisceau maculaire. On la rencontre aussi chez les individus qui peuvent être atteints héréditairement : il ne s'agit plus de buveurs ni d'intoxiqués, mais de sujets présentant cette forme d'atrophie optique de Leber c'est ce qu'on appelle la maladie de Leber, du nom de l'auteur qui l'a décrite en 1877. C'est une atrophie héréditaire, en réalité une atrophie optique *partielle*, l'atrophie portant sur le faisceau central maculaire du nerf optique.

Celui-ci, vous le savez, est formé de trois faisceaux : le faisceau temporal qui résume toute la moitié temporale de la rétine, le faisceau nasal, résumant la moitié nasale, et le faisceau maculaire, formé par les fibres émanées de la macula qui siègent tout d'abord sur le côté temporal du nerf optique et puis à sa partie centrale.

C'est ce faisceau qui est intéressé dans l'amblyopie toxique ; c'est aussi lui qui est lésé dans la maladie de Leber, dans l'atrophie optique héréditaire. Cette atrophie se rencontre surtout chez les jeunes sujets, en général au moment de la puberté, et s'observe à peu près exclusivement chez les sujets du sexe masculin. Les femmes, reçoivent, transmettent, mais elles ne sont pas atteintes ; elles présentent une sorte d'immunité, immunité qui semble au fond se retrouver pour toutes les affections du nerf optique. Il est certain par exemple qu'on voit plus de névrites rétro-bulbaires et d'atrophies optiques chez les hommes que chez les femmes. L'irido-choroïdite au contraire est fréquente chez la femme ; on a d'ailleurs incri-


ANEMIE
ASTHENIE
ETC...


MÉDICATION
Établissements
ALBERT BUISSON
F. JALOT et Cie
157 Rue de SEVRES
PARIS
MARTIALE

BIBLIOGRAPHIE

La pratique de l'art des accouchements. — Quatrième édition entièrement refondue de l'ouvrage de Bar, Brindeau et Chambrelent. Publiée sous la direction de A. Brindeau, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris. Tome 5: Le nouveau-né normal et pathologique, par J. Rhenter et Balthazard, avec 20) figures. Paris, Vigot frères éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, 23, 1928.

Le tome cinquième du traité de Brindeau, qui vient de paraître et qui termine cet important ouvrage, contient deux importants articles, l'un consacré par Rhenter au nouveau-né normal et pathologique, et l'autre, dû à la plume du professeur Balthazard avec obstétrique. (Cette partie contient près de 180 pages.)

Après avoir défini et caractérisé le nouveau-né, Rhenter étudie son anatomie et sa physiologie, les soins qu'il convient de lui donner et, en particulier, son hygiène alimentaire, sa protection sociale (Résumé du remarquable rapport de l'auteur au Congrès de Lyon). Vingt-cinq pages du plus haut intérêt sont ensuite consacrées aux prématurés et aux débiles.

Puis Rhenter aborde l'étude du nouveau-né pathologique, qu'il s'agisse des malformations longuement décrites, des maladies transmises par la voie placentaire (syphilis, tuberculose, etc.) et des maladies propres au nouveau-né (Conséquences de la parturition, hémorragies, ictères, infection.)

Le professeur Balthazard étudie successivement la législation de l'art des accouchements, les circonstances médico-légales du mariage, de la gestation et de l'avortement, la médecine légale du nouveau-né, et la médecine légale du jeune enfant.

Sous le premier chef, sont rangées les positions relatives au droit d'exercer, à la législation des sages-femmes, au secret professionnel et à la responsabilité professionnelle. Le deuxième chapitre contient de très importants renseignements sur le diagnostic de la gestation, le désaveu de la paternité, la fécondation artificielle, le néo-malthusianisme, l'avortement criminel et l'avortement thérapeutique. La troisième partie est consacrée à l'infanticide et aux positions connexes. Enfin la quatrième partie étudie la mort subite du nourrisson et l'état civil de l'enfant.

Henri Vignes.

Restez jeunes, par le Dr Victor Pauchet. Un vol. in-16 cartonné : 20 fr. Editions J. Oliven, 65, avenue de La Bourbonnais, Paris (7e).

Voilà un livre que l'on attendait avec quelque impatience... L'auteur du *Chemin du bonheur* était particulièrement désigné pour écrire une telle œuvre.

Lisez *Restez jeunes*, quel que soit votre âge. Vous avez tous quelque chose à y gagner.

Vous avez 30 ans, par exemple ; vous sentez vos forces affaiblies. Vous avez le cafard, vous êtes pessimiste. Pourquoi ? Parce que vos glandes endocrines et votre système sympathique sont en état d'infériorité. En suivant les règles d'hygiène physique et morale indiquées dans l'ouvrage, vous rechargerez vos accumulateurs et une vie nouvelle s'ouvrira devant vous.

Vous avez 50 ans. Il est trop tard, dites-vous... *Non*. « *On n'est jamais trop vieux pour être jeune* ». Là encore, le cerveau, le système sympathique, les endocrines jouent un rôle de premier plan. Suivez les conseils qui vous sont donnés et vous aurez encore devant vous 30 ans d'existence active, 30 ans de bonheur assuré, pour vous et les vôtres.

Maintenant, si chez vous, « *le grand ressort est cassé* » donnez ce livre à un ami qui en fera peut-être bon usage. Libre à vous de laisser passer cette chance d'être heureux, de vivre mieux en pleine activité, mais ne privez pas le voisin de la recette ; vous aurez au moins fait une bonne action.

Léon Riotor. — Spicilège, choix de poèmes (1878-1928). Les Anthologies du XXe Siècle. Paris. Eugène Figuière, 17, rue Campagne-Première. 1928.

...Tout un ciel de verdure ombrageait le jardin
Où les oiseaux jasaient sans trêve,
Et, fermant l'horizon de ce modeste eden
Les vagues d'or où va mon rêve
Naissaient, disparaissaient et renaissaient soudain...

Léon Riotor est connu du grand public par son rôle social, des érudits, des historiens, des artistes, des lettrés par ses œuvres : romans, poèmes, pièces de théâtre qui marqueront dans l'histoire de la fin du XIXe et dans celle du XXe.

Est-il nécessaire de rappeler « *la Colle* », « *une famille de Loups* » chronique du temps de Henri II et vingt autres chefs-d'œuvre ?

Spicilège, qui vient de paraître et dont je cite quelques vers, est un recueil gentiment présenté par l'éditeur Figuière.

Avis à tous les délicats, à quiconque a l'âme artiste. E. de M.

miné, sans doute avec juste raison, la ménopause, les métrites; et même on appelait autrefois cette variété iritis métritique.

L'homme est donc à peu près seul atteint par l'atrophie optique héréditaire. Elle apparaît vers l'âge de 12 à 25 ans, généralement d'une façon un peu brutale. Assez brusquement le sujet se plaint de voir trouble, de voir très mal ; il y a une diminution considérable de la vision, une sorte de brouillard qui intéresse le plus souvent les deux yeux, soit en même temps, soit à quelques semaines d'intervalle. Et puis peu à peu l'affection se limite, la vision périphérique s'améliore, mais la vision centrale demeure très diminuée quelquefois même dans une proportion considérable, et c'est là une différence entre la névrite rétro-bulbaire et l'amblyopie toxique.

Dans l'amblyopie toxique, la vision centrale n'est pas très diminuée, surtout au début et tout au moins le pronostic est assez favorable ; si l'individu veut bien renoncer à ses habitudes d'intempérance, la vision s'améliore assez rapidement. Au contraire dans la maladie de Leber la vision centrale est souvent très diminuée, inférieure à 1/10e, au point que le sujet peut tout juste compter les doigts, et elle ne s'améliore pas.

Dans une observation rapportée il s'agit d'un sujet de 40 ans dont l'affection avait débuté à l'âge de 16 ans ; son père à 32 ans avait été atteint de la même affection. Chez ce jeune sujet on constate, vous le voyez, un scotome bilatéral, avec une acuité visuelle inférieure à 1/10 et des champs visuels tout à fait normaux.

Donc cette affection, qui chez ce jeune sujet avait débuté à 16 ans, était restée dans cet état depuis cette époque ; son père était atteint en même temps et deux sœurs au contraire, étaient indemnes : preuve encore que ce sont presque toujours les hommes qui sont atteints.

Voici un graphique emprunté à un travail de Waardenburg (*Klinische Monatsbl. f. Augenheilk*, 1924, p. 632), dans lequel, vous le voyez, dans 4 générations l'atrophie optique s'est déclarée presque toujours chez les mâles, exceptionnellement chez un sujet du sexe féminin.

Voici encore un autre tableau généalogique où vous rencontrez l'atrophie optique dans des séries de trois ou quatre générations et toujours il s'agit d'hommes, alors que l'affection est transmise par les femmes ; elle peut donc apparaître chez les collatéraux et chez les collatéraux mâles quelquefois dans une proportion considérable. Dans l'observation de tout à l'heure on citait le père et le fils intéressés en même temps.

Pathogénie. — On a beaucoup recherché la cause de cette affection. On a incriminé l'hérédité ; elle n'est pas douteuse ; mais elle n'explique pas le mécanisme des lésions.

On s'est demandé s'il n'y avait pas une consanguinité et le professeur H. Coppez à la Société Française d'Ophtalmologie de 1892 a rapporté l'observation d'un enfant atteint d'une rétinite pigmentaire dont, chose assez curieuse, tous les oncles maternels présentaient une maladie de Leber; lui-même était issu de parents consanguins. Il est possible que la maladie de Leber soit déterminée par la consanguinité, mais cette consanguinité est assez rare ; l'affection est surtout transmise par les femmes.

On a cherché les intoxications possibles. Il est certain que la syphilis se retrouve assez souvent chez les individus atteints de maladie de Leber. Il est évident que la syphilis peut favoriser cette maladie, mais elle n'en est pas la cause déterminante et on peut dire des autres affections ce qu'on dit de la syphilis.

On a aussi incriminé l'alcoolisme et chez des jeunes sujets atteints d'atrophie optique héréditaire, par lésion du faisceau maculaire, on a retrouvé l'alcoolisme dans 18 à 20 % des observations. Sans doute l'alcoolisme peut aussi favoriser l'apparition de l'affection chez des sujets prédisposés, mais il n'est pas suffisant à lui seul pour la déterminer, à moins d'être très accentué.

On peut en dire autant du saturnisme. Battena a rapporté l'histoire de trois frères atteints d'atrophie optique héréditaire, qui tous les trois travaillaient dans des fabriques de plomb.

Sans doute toutes ces causes d'intoxication : syphilis, consanguinité, hérédité névropathique, intoxications diverses, tour à tour envisagées, peuvent être retenues à titre de causes adjuvantes, mais elles ne sauraient être regardées comme la cause déterminante de l'affection.

On a donc cherché d'autres causes. Je laisse de côté la faiblesse congénitale du faisceau maculaire ; cela n'est pas une explication. Mais on a incriminé des lésions plus réelles, par exemple une origine mécanique en particulier l'hypertrophie du sphénoïde. M. Berger a examiné par la radiographie et la radioscopie l'état du sphénoïde et aurait trouvé assez souvent une hypertrophie. On comprend très bien qu'une lésion portant sur le sphénoïde puisse déterminer une compression, une altération du nerf optique. Aussi Cushing lui-même n'a pas hésité, chez des individus atteints de maladie de Leber, à les trépaner et à élargir le trou optique ; il aurait obtenu ainsi une amélioration.

Il faut toujours se montrer très prudent dans ces opérations et dans l'appréciation des suites, en se rappelant que bien souvent des améliorations dans les symptômes de certaines névrites rétrobulbaires à la suite de la trépanation du sinus sphénoïdal étaient la conséquence de la seule évolution de l'affection. Mais il faut reconnaître cependant que dans certains cas l'intervention sur le sinus sphénoïdal a donné des résultats intéressants.

A côté de cette hypertrophie congénitale possible du sphénoïde, Herbert Fischer, en 1916, a incriminé encore l'hyperplasie de l'hypophyse. Vous savez que l'hypophyse, logée dans la selle turcique, peut, en s'hypertrophiant comprimer le nerf optique ou le chiasma et déterminer ainsi une altération du champ visuel. L'hyperplasie de l'hypophyse est intimement liée aux troubles de la puberté, aux fonctions génitales. Or dans la maladie de Leber, l'atrophie optique apparaît au moment de la puberté. On pouvait donc supposer qu'il y avait relation entre cette maladie de Leber et une lésion de l'hypophyse. En effet, au moment de la puberté, voire même pendant la grossesse, on a noté quelquefois une hypertrophie hypophysaire; et même certains auteurs ont trouvé un rétrécissement bitemporal du champ visuel, conséquence de la compression du chiasma optique par l'hypophyse.

J'ai demandé à un de mes élèves de poursuivre ici des recherches à ce sujet et il a fait une thèse sur : « Les modifications du champ visuel au cours de la grossesse. » Ces modifications sont extrêmement légères et nous n'avons trouvé qu'exceptionnellement ce rétrécissement bitemporal rapporté par certains auteurs, au cours de la grossesse, rétrécissement qui serait dû à une hyperplasie de l'hypophyse.

Dans tous les cas s'il s'agissait ici d'une compression du chiasma optique par hypertrophie du sphénoïde ou par hyperplasie de l'hypophyse, que ce soit une compression osseuse ou une compression hypophysaire, cette compression ne pourrait pas déterminer la maladie de Leber, c'est-à-dire l'atrophie du faisceau maculaire. Car une compres-

sion à ce niveau déterminerait un rétrécissement périphérique du champ visuel, une hémianopsie bitemporale, symptôme classique de la compression du chiasma par l'hypophyse. Il ne semble donc pas qu'on puisse trouver là la cause de l'atrophie optique héréditaire du faisceau maculaire.

ORIGINE TOXIQUE. — Il y a probablement autre chose et c'est peut-être intoxication. Toutes les intoxications dont nous avons parlé peuvent ici jouer un rôle, en particulier la syphilis, mais peut-être s'agit-il surtoud'une intoxication d'origine interne, d'une intoxication endocrinienne.

On tend aujourd'hui, vous le savez, à faire jouer en pathologie générale, un rôle considérable — peut-être trop considérable — aux glandes endocrines. Sans doute ceci est-il exagéré, mais il semble cependant qu'elles tiennent dans l'organisme, rôle de premier plan, et cette notion va se vérifiant tous les jours. Il est donc possible qu'il s'agisse ici d'un trouble endocrinien. Ceci paraît très vraisemblable car l'affection apparaît elle-même au moment de la puberté, au moment où les glandes endocrines entrent en jeu. Il se peut que ces glandes retentissent sur les nerfs optiques et déterminent ces altérations du faisceau maculaire.

A ce propos il faut citer une observation assez intéressante rapportée par Henri Lagrange dans le numéro des *Archives d'Ophtalmologie* de septembre 1922. Il a pu suivre deux malades atteints d'atrophie optique héréditaire, de maladie de Leber. L'un était un jeune homme âgé de 18 ans, dont l'acuité visuelle avait baissé insidieusement depuis 18 mois. Cette diminution de l'acuité en l'espace de quelques mois n'est pas là le fait d'une compression du sphénoïde, car elle aurait dû s'abaisser plus lentement. Chez ce sujet, en effet, l'acuité visuelle était tombée très rapidement à 1/10e à droite.

M. H. Lagrange constate chez les ascendants des troubles du même ordre. Ce jeune homme, dont la mère était indemne, avait un oncle dont l'acuité visuelle avait baissé à l'âge de vingt ans. Un autre oncle maternel avait vu sa vision baisser à l'âge de 25 ans.

Les radiographies ne montraient aucune anomalie de la région hypophysaire ni aucune altération pathologique : pas d'exagération dans les dimensions du crâne, aucune trace d'acromégalie. Par contre, la papille était atrophique. En même temps M. Lagrange constate une hémophilie très nette, caractérisée par des modifications sanguines, et, fait particulièrement intéressant, un traitement par ingestion de corps thyroïde à raison de 5 cgr. par jour, du 17 avril au 22 mai, c'est-à-dire pendant un mois, et de 10 cgr. par jour pendant les 15 jours suivants, fut parfaitement toléré et donna une amélioration considérable : l'acuité visuelle remonta de 1/10 à 1/2. Aussi M. Lagrange insiste sur une origine endocrinienne possible et à côté du traitement habituel de ces atrophies optiques : strychnine, etc., sans doute faut-il faire une part particulière au traitement endocrinien et opothérapique.

Voilà ce que je voulais vous dire sur cette atrophie optique héréditaire apparaissant au moment de la puberté et sur les atrophies partielles. Je n'insiste pas sur les autres pathogénies proposées. M. Caillaud, ayant observé une atrophie optique chez un jeune sujet de 17 ans, qui avait en même temps des artères rétiniennes filiformes, incrimina un spasme des artères rétiniennes. On a exagéré la valeur du spasme dans les lésions du nerf optique. M. Caillaud, ayant essayé tous les traitements, conseilla une sympathectomie cervicale péri-carotidienne. Le résultat fut l'apparition d'un syndrome de Claude Bernard sans aucune amélioration de la vision.

Il ne faut donc pas exagérer la valeur du spasme en pareil cas, dans une maladie surtout qui évolue d'une façon constante, progressive et toujours bilatérale. Il faut rester dans le doute et retenir toutes ces observations, en particulier celle de M. Lagrange, qui a obtenu des résultats intéressants par l'opothérapie. Celle-ci ne peut faire de mal et doit être ajoutée à notre arsenal thérapeutique.

Atrophies totales.

Le second type d'atrophie optique, nous l'avons vu, est l'*atrophie totale*, telle celle constatée chez notre deuxième malade, atrophie totale qui s'observe dès la naissance ou dans les années qui suivent.

Cette variété d'atrophie reconnaît une double origine : elle peut être due à une lésion osseuse ou consécutive à des lésions méningées.

a) *Lésions osseuses.* — L'atrophie totale due à une lésion osseuse est une variété d'atrophie très intéressante, sur lequel Michel a le premier attiré l'attention en 1873, en rapprochant deux malformations en quelque sorte assez éloignées : une malformation particulière de la tête qui a une forme un peu spéciale, allongée, c'est la tête en « pain de sucre », l'oxycéphalie et l'atrophie optique. C'est, je le répète, Michel qui a insisté sur ce rapport particulier entre la forme de la tête et l'atrophie optique totale.

En 1905, M. Patry a fait sur ce syndrome une thèse intéressante. Il a réuni 64 observations de sujets qui, en même temps qu'une atrophie optique, présentaient une forme de tête tout à fait particulière.

Le degré de cette atrophie n'est pas toujours très accusé et il s'agit le plus souvent de la forme post névritique.

Car, l'atrophie optique en général se présente, vous le savez, sous deux aspects ; ou bien il s'agit d'une *atrophie optique primitive*, avec papille blanche, ou grisâtre, à bords très nets, vaisseaux normaux, sans sclérose périvasculaire ; c'est le type de l'atrophie optique primitive, c'est-à-dire qui n'a pas été précédée d'inflammation.

Ou bien il s'agit d'*atrophie post-névritique* : il y a eu tout d'abord névrite optique, puis secondairement la papille s'est atrophiée. On constate alors, avec la décoloration, des altérations péripapillaires, des amas pigmentaires, des bords estompés, des vaisseaux plus ou moins sclérosés, bref, tous les symptômes de l'atrophie optique post-névritique.

Or cette atrophie accompagnée d'altérations craniennes, d'oxycéphalie, est presque toujours une atrophie post névritique. Le degré d'acuité visuelle est variable ; il est quelquefois très faible ; certains sujets, au contraire, ont une vision à peine diminuée. De sorte qu'il faut se méfier ; mais déjà d'après la forme de la tête on peut être orienté sur la possibilité d'une atrophie optique. Car en matière d'atrophie, rien n'est plus variable que le degré de diminution de la vision : on voit quelquefois certains individus, avec une atrophie complète conserver un certain degré de vision.

Nous supposions, en effet, chez ce jeune enfant que vous avez vu tout à l'heure et dont les papilles sont complètement blanches, une perte complète de la vision ; or il compte cependant les doigts.

On ne saurait donc apporter ici trop de prudence et j'insiste en passant sur ce point, particulièrement important, en matière d'expertises. Nous avons eu à examiner avec

MM. les docteurs Monthùs et Coutela un sujet atteint d'atrophie optique bilatérale complète, post-glaucomateuse, avec excavation de 2 mm. Il avait été iridectomisé des deux côtés et présentait tous les symptômes d'un glaucome absolu. Avec cela il ne disait ne rien voir et on pouvait croire à la cécité. Or, les renseignements fournis sur lui apprenaient qu'il était encore capable de lire son journal et l'examen du sujet montrait que, sans doute la vision, quoique très diminuée, ne devait pas être absolument perdue. Il nous a semblé en effet qu'à certains moments cet individu devait voir un peu, grâce à quelques fibres visuelles conservées.

Il faut donc se montrer prudent en présence d'une atrophie optique et ne pas conclure d'emblée à une suppression complète de la vision.

La déformation cranienne, dans ces cas d'atrophie optique totale, se présente de la manière suivante. Le crâne est un peu allongé : c'est le crâne en pain de sucre qui est tout à fait caractéristique, c'est l'oxycéphalie ; de plus le sujet a un facies généralement un peu spécial : la racine du nez se continue sans transition avec le nez lui-même, comme vous pouvez le voir sur ces photographies.

A la radiographie on voit un amincissement considérable des os du crâne et également des lésions qu'on retrouve dans une autre observation que j'ai publiée dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1912 chez une enfant amenée à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades pour des troubles visuels. J'avais été frappé de la forme de la tête : et, constatant chez elle une atrophie optique post névritique, je conclus à une atrophie par oxycéphalie. La radiographie montrait une minceur particulière du crâne et en même temps des impressions digitales déterminées par cet amincissement considérable des os du crâne, résultat d'un trouble de la nutrition de la paroi osseuse. C'est là une variété d'atrophie due à des altérations osseuses, à l'oxycéphalie,

Bourneville et Paul-Boncour en 1902 ont rapporté une observation du même ordre.

Dans un autre cas observé par nous, il s'agissait d'un enfant de 7 ans dont les troubles visuels étaient apparus à l'âge de 5 ans. Il arrivait à compter les doigts à 0,50 cm. (L'observation a été rapportée dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1910, p. 302). Il avait un crâne d'aspect assez particulier et une légère exophtalmie, les malades ont assez souvent en effet un peu d'exophtalmie, car par suite de la déformation du crâne il y a un rétrécissement de la cavité orbitaire, souvent de la divergence, résultat de l'atrophie et de l'absence de vision. Ceci peut mettre sur la voie de l'atrophie optique par oxycéphalie, par altération cranienne.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de ces lésions; il s'agit évidemment de troubles de la nutrition portant sur les os du crâne, dus à une synostose précoce, exagérée, qui détermine un rétrécissement du trou optique et l'atrophie du nerf optique.

Peut-être cette synostose est-elle en rapport avec des troubles vasculaires et un état congestif, fréquent chez certains malades comme chez le nôtre.

Rappelons que Gudden, en liant les jugulaires interne et externe chez des jeunes animaux, a pu provoquer des synostoses précoces des os du crâne.

Peut-être aussi celles-ci sont-elles favorisées par une inflammation des méninges et ceci nous amène à la seconde cause des atrophies totales : les méningites.

b) Origine méningée. — Il est en effet une seconde variété d'atrophies comprenant toutes les atrophies optiques consécutives à des altérations *méningées*. Vous en trouverez un exemple chez ce petit enfant de 5 ans que je vous ai présenté, atteint d'une atrophie complète post-névritique bilatérale, avec altérations des vaisseaux, et lésions pigmentaires autour de la papille. Car à côté des atrophies consécutives à des lésions osseuses comme celles dont nous avons parlé, il y a le groupe des atrophies dues à la méningite de l'enfance. Sans doute les méningites ne sont pas propres à l'enfance ; on voit également chez des adultes des atrophies optiques d'origine méningée. Mais la plupart du temps quand on est en présence d'une atrophie chez un enfant aux premiers mois de sa naissance il s'agit presque toujours d'une atrophie post-méningitique.

J'ai montré un exemple de cette altération, chez un enfant qui avait en même temps qu'une atrophie optique, une atonie considérable : il avait une laxité absolue de tous les membres, c'était un véritable enfant en caoutchouc et d'une anatomie tout à fait spéciale. En même temps que cette atrophie optique et cette laxité extraordinaire, ce jeune enfant présentait une adiposité particulière étendue à tout le corps, qui semblait bien montrer qu'il s'agissait chez lui de lésions de méningite avec retentissement sur l'hypophyse (1).

Ces atrophies optiques de l'enfance se présentent sous 3 formes.

a) Le premier type est réalisé par la *névrite rétro-bulbaire*, rappelant celle de l'amblyopie toxique, mais beaucoup plus étendue ici, le trouble visuel n'étant pas limité à la vision maculaire ; il n'y a pas simplement perte de la vision centrale mais aussi diminution de la vision tout autour de celle-ci sur une étendue plus ou moins large. La périphérie du champ visuel demeure dans tous les cas toujours conservée, alors même que la diminution de la vision centrale est considérable.

De même cette forme de névrite rétro-bulbaire a un pronostic plus sévère que celui de l'amblyopie toxique.

Cependant M. Hervaux, qui a fait sur ce sujet un fort intéressant travail en 1926 dans le service de M. Babonneix, a réuni 22 observations de névrites et d'atrophies optiques. Nombre de cas de cécité apparue dans les premiers mois de la naissance sont dus, dit-il, à une méningite de l'enfance. Dans l'une de ces observations l'enfant avait le type de la névrite rétro-bulbaire, c'est-à-dire que les papilles étaient à peu près normales malgré une diminution visuelle considérable. Chez cet enfant la vision redevint normale sous l'influence du traitement spécifique. Mais ces cas sont l'exception.

b) A côté de cette première variété de névrite rétro-bulbaire il y a la *névrite proprement dite*. Si l'enfant qui fait l'objet de cette leçon avait été traité au stade de la névrite, avant la période d'atrophie, c'est-à-dire en pleine période inflammatoire, peut-être aurait-on pu éviter l'évolution fatale de l'affection. Car avant d'arriver au stade d'atrophie il y a d'abord le stade de névrite et il importe d'y songer.

Car chez ces enfants qui font de la névrite optique, la méningite qui la provoque peut passer quelquefois inaperçue, se traduisant surtout par des troubles visuels. Mais chez un enfant de 18 mois ou deux ans il est difficile de savoir si le trouble visuel existe ou non. On ne saurait donc trop rechercher les symptômes concomitants. Ces enfants présentent en effet souvent un peu de raideur de la nuque, signe de Kernig qui peut mettre sur la voie de la méningite. Ils crient la nuit, ont des douleurs, douleurs comparables aux douleurs névritiques des

(1) F. Terrien, — Atrophie optique et atonie musculaire. *Archives d'Ophtalm.*, 1913, p. 7.

syphilitiques. Et si à ce moment on pouvait faire un examen du liquide céphalo-rachidien, on trouverait certainement une modification de ce liquide comme chez les syphilitiques. A ce moment en effet la réaction de Bordet-Wassermann est positive et souvent ce sont des sujets qui ont un peu de tension des fontanelles, conséquence de l'hypertension intra-cranienne.

Donc, chez les jeunes enfants il faut songer à la possibilité de la méningite et à une hypertension intra-cranienne légère qui se traduit par ces lésions d'atrophie post-névritiques. D'autre part, chez certains enfants on constate une diminution plus ou moins considérable de la vision, le plus souvent très accusée et quelquefois même une cécité complète.

Ces faits sont intéressants, d'autant plus que si on intervient de bonne heure on peut améliorer considérablement l'état visuel de ces jeunes sujets. Je vous citais l'observation de M. Hervaux dans laquelle il avait pu obtenir par un traitement spécifique la restauration à peu près normale de la vision. Je vous ai cité également les résultats obtenus par M. Lagrange dans un cas d'atrophie partielle. Il faut donc traiter ces enfants et les traiter par le mercure parce qu'il s'agit presque toujours de syphilis héréditaire. Or le mercure ici est bien toléré. On fera des frictions ou des injections, Dans l'observation de M. Hervaux, l'amélioration fut considérable ; l'acuité visuelle du côté droit était remontée de 1/12 à la normale après 10 injections de cyanure ; du côté gauche l'acuité visuelle était remontée de 2/5 à 1. Donc résultat magnifique.

Je crois qu'il faut préférer les injections de sels mercuriels aux arsenicaux ou au bismuth. Les résultats en sont plus certains et aussi ces sels paraissent moins dangereux. N'hésitez donc pas à faire un traitement modérément intensif et instituez-le le plus tôt possible en présence de ces jeunes sujets qui ont une diminution de la vision accompagnée de troubles méningés plus ou moins frustes.

c) Le troisième type de ces lésions optiques d'origine méningée est constitué par l'*atrophie optique* proprement dite, atrophie quelquefois primitive, le plus souvent *post-névritique*, avec tous les caractères de l'atrophie d'origine inflammatoire : limites papillaires floues, à bords irréguliers, amas pigmentaires, altérations vasculaires et péri-vascularite. C'est bien là le type des atrophies d'origine méningée et on retrouve autour du nerf optique ces altérations méningées caractérisées par un épaississement méningé, surtout prononcé sur la pie-mère et sur l'arachnoïde, avec abondante prolifération leucocytaire, toutes lésions que nous avons décrites avec M. Bourdier au cours des méningites cérébro-spinales (1).

Ces faits sont particulièrement intéressants car si on intervient de bonne heure, au stade de névrite, par un raitement assez intensif et surtout mercuriel, préférable aux arsenicaux et au bismuth, on obtiendra souvent des résultats excellents.

Dans une observation d'Hervaux, l'acuité visuelle était remontée de 1/10 à 1 avec dix injections de cyanure d'Hg et nous avons obtenu des résultats également très satisfaisants.

Au stade d'atrophie optique le traitement a naturellement beaucoup moins d'action. Chez notre petit malade nous améliorerons très peu l'acuité visuelle ; cependant il distingue les doigts, il n'a pas perdu toute vision, il y a des fibres visuelles conservées et peut-être le traitement pourra-t-il prévenir une atrophie complète ou même amener une légère régression de celle-ci. En tous cas il faut faire le traitement spécifique car si même il n'améliore pas la lésion, il peut éviter des lésions plus étendues.

A côté du traitement mercuriel il n'est pas défendu, dans certaines formes, de penser aux troubles endocriniens et de recourir à un traitement opothérapique, comme l'a fait M. Lagrange.

Voilà ce que je voulais vous dire sur ces atrophies optiques d'origine congénitale ou héréditaires. Elles ne sont pas si rares, vous le voyez, qu'on pourrait, le croire, puisque nous venons, en 3 semaines d'intervalle, d'en rencontrer deux cas. Bien souvent quand vous examinerez semblables sujets avec une mauvaise acuité visuelle, songez à la possibilité d'une méningite d'origine syphilitique et n'hésitez pas à instituer un traitement intensif ; il pourra quelquefois les améliorer si vous intervenez en temps utile.

(1) F. Terrien et Bourdier. — *Archives d'Ophtalmologie*, 1906, p. 196-211.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 janvier 1929.

Fracture juxta-malléolaire du péroné. Diastasis. Luxation du pied en dehors. Ostéosynthèse. — M. ***Séjournet*** fait un rapport sur cette observation de M. ***Panis*** (de Commercy.) — Les lésions étaient complexes et peu fréquentes. L'ostéosynthèse, très judicieusement pratiquée, a permis une réduction et une coaptation parfaites. Au bout d'un mois la marche était normale.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie en voie de suppuration. — M. ***Desjardins*** fait un rapport sur une observation de M. ***Miliet*** (de Paris) concernant un kyste hydatique du foie en voie de suppuration pour lequel le diagnostic de cholécystite avait été porté avant l'intervention. La poche fut réséquée après ponction et formolisation. Le malade guérit au bout de six mois après avoir présenté une fistule biliaire. A ce propos, M. ***Desjardins*** insiste sur la cholérragie dans les kystes hydatiques qui peut dans certains cas — comme dans l'observation rapportée — être bénigne et passagère alors que dans d'autres cas elle peut être grave et définitive, aboutissant à la mort : elle peut tenir soit à la blessure d'un canal biliaire, soit, le plus souvent, à un obstacle sur la voie d'excrétion biliaire, et nécessite une intervention pour rétablir le cours de la bile, drainage hépatique ou vésiculaire.

Appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée. Occlusion intestinale consécutive par brides et adhérences. — M. ***Petit de la Villéon*** fait un rapport sur une observation de M. ***Miliet*** (de Paris) de péritonite généralisée consécutive à une appendicite gangréneuse et ayant, trois mois plus tard, entraîné deux occlusions intestinales avec deux opérations itératives (libération de brides, fistule cæcale.) Guérison.

Calcul de l'extrémité inférieure de l'uretère enlevé par voie latéro-vésicale. — M. ***Lavenant*** fait un rapport sur cette observation de M. ***Nora*** (de Paris). Il reconnaît la facilité qu'offre le décollement latéral du péritoine vésical, Le procédé employé pour la résection des diverticules vésicaux donne un abord facile sur les cinq derniers centimètres de l'uretère lorsque la section du méat après cystostomie et essai de mobilisation du calcul auront échoué. Au-delà de cette limite, la voie sous-péritonéale telle que l'a décrite Albarran reprend tous ses droits.

(*Voir la suite page* 119).

SOCIÉTÉS SAVANTES

La situation haute du bulbe duodénal. Son traitement par l'opération de Finney. — M. *Hautefort* fait un rapport sur un travail de M. *Corin* (de Liège) concernant les troubles occasionnés par la situation anormalement haute du bulbe duodénal. L'auteur préconise contre ces troubles l'opération de Finney modifiée ; au lieu d'une gastroduodénostomie il exécute une gastroduodéno-duodénostomie, le pylore étant sectionné en amont du point culminant de l'anastomose. Cette opération a été pratiquée plusieurs centaines de fois et jamais on n'a observé d'ulcère peptique.

Ostéosynthèse et mal de Pott. — M. *Bressot* (de Constantine) a employé dans ces huit dernières années sur 21 malades atteints de mal de Pott la greffe ankylosante dans 11 cas. Le plus jeune opéré avait 19 ans, le plus âgé 45. L'auteur a suivi la technique de Bérard. Sur ces 11 opérés il a pu en retrouver 8 sur lesquels il a noté : 5 guérisons parfaites (4 mal de Pott lombaire, 1 mal de Pott dorsal) ; 1 résultat satisfaisant (mal de Pott dorso-lombaire) ; 2 échecs (1 mal de Pott dorso-lombaire, 1 mal de Pott lombaire.)

Traitement ostéosynthétique des fractures des malléoles simples ou compliquées de diastasis du péroné. — M. *Juvara* (de Bucarest) préconise le traitement ostéosynthétique des fractures des malléoles, fracture de la malléole interne seule, ou compliquée de fracture de la malléole externe ou de diastasis du péroné. L'intervention doit être faite le plus tôt possible, l'ostéosynthèse étant une opération d'urgence. Le fragment malléolaire est fixé à sa place avec un ou deux clous ; et le péroné, en cas de diastasis, est serré contre le tibia avec un boulon spécial. Les clous et le boulon sont retirés entre le 20e et le 25e jour, l'opéré continuera à faire des mouvements le plus possible, mais ne devra jamais s'appuyer sur son pied malade avant le 50e ou 60e jour.

Section de deux tendons extenseurs des doigts. Suture tardive. Guérison. — M. *H. Blanc* présente une malade à laquelle il a

fait une suture tendineuse au fil de lin pour une section des tendeurs extenseurs du médius et de l'annulaire. L'écart entre les deux bouts du tendon du médius était de 5 cm. L'opération fut faite le 20e jour. Très bon résultat fonctionnel.

Tumeur kystique du poumon. — M. *Petit de la Villéon* présente une radiographie de tumeur du poumon prise pour un kyste hydatique. Le tracé circulaire est moins net qu'en cas de kyste hydatique et la moitié inférieure opaque présente un niveau horizontal un peu flou. Il s'agissait en réalité d'un cancer du poumon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1929.

Injections salées hypertoniques. — M. *Gosset* insiste sur la nécessité de faire les injections salées hypertoniques par voie veineuse et non pas par voie rectale.

M. *Lecène* rappelle que la méthode a été employée pour la première fois par Hadden et Orr.

Disjonction de la symphyse pubienne. — M. *Maisonnet* rappelle les déplacements considérables d'un des os iliaques, qui permettent de parler de véritable luxation de l'os. Dans la plupart des cas, l'intervention n'est pas nécessaire ; quand elle est indiquée, une simple ligature osseuse suffit.

M. *Mauclaire* est du même avis.

Kyste de l'ovaire tordu. — M. *Küss* rapporte trois observations de M. *Caravanopoulos* (d'Athènes) où le kyste de l'ovaire tordu fut pris initialement pour une appendicite.

Cholécystite calculeuse avec hématémèse. — Dans le cas de M. *Moulonguet* rapporté par M. *Cadenat*, l'examen radioscopique montrait une déformation indiscutable de la petite courbure.

Sympathectomie périartérielle. — M. *Ferré* (de St-Malo), M. *Robineau*, rapporteur. Dans un premier cas, il s'agit d'un malade ayant eu une gelure des pieds pendant la guerre. Il présente une ulcération chronique. La guérison fut obtenue en 18 jours après la sympathectomie, mais l'ulcère a récidivé un an après.

Dans le second cas, il s'agissait d'ulcérations multiples des deux jambes. Le diagnostic de tuberculides pigmentées est fait par un peaucier. La sympathectomie du côté droit amène une amélioration. Du côté gauche la sympathectomie n'a amené d'amélioration que 40 jours après l'opération, ce qui est paradoxal. M. Robineau se demande si les lésions n'étaient pas de nature syphilitique guéries peut être par le traitement antisyphilitique qui a été fait simultanément.

Corps étrangers des voies respiratoires. — M. *Mathieu* rapporte une curieuse observation de MM. *Lamare* et *Larget* sur la migration d'un épi de graminée dans les voies respiratoires, Il fut découvert à l'incision d'un abcès superficiel de la paroi thoracique situé à la pointe de l'omoplate. Deux mois auparavant l'enfant avait eu une crise de suffocation brusque et présentait depuis des signes de bronchite banale.

Anesthésie des splanchniques. — M. *Hartmann* fait un rapport sur deux travaux de MM. *Boquiès* et *Zéno*. Ces deux auteurs utilisent la voie antérieure après laparotomie à l'anesthésie locale.

M. *Baumgartner* a employé une technique analogue.

Le couteau diathermique. — M. *Heitz-Boyer* insiste sur les avantages qu'il présente sur le bistouri, realisant un véritable calfatage des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

G. MENEGAUX.



Publicité uniquement médicale



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Pour la vie et pour la santé, par Paul STRAUSS. in-16. : 10 fr. (Tallandier).

Le traitement des fractures et des luxations en clientèle par MASMONTEIL in-8. 159 fig , 13 pl. : 35 fr. (Maloine).

Les nouveaux traitements des tuberculoses chirurgicales, par A. AIMES. in-8 : 20 fr. (Maloine),

La syphilis. Le baiser malsain, par LEGENDRE, in-8 : 8 fr. (Maloine).

Le cancer chez le paysan, par LEGENDRE. in-8 : 5 fr. (Maloine).

Enseignements et traitements naturistes pratiques, par P. CARTON. 2e série. in 8 : 22 fr. (Maloine).

Les actualités thérapeutiques infantiles, par ROUÈCHE et AUSSET. 4e année. in-8 : 8 fr. (Maloine).

Traitement curatif de l'asthme, par P. CANTONNET. in-8 : 8 fr. (Maloine).

L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. I. Les Endocrines dans la physiopathologie clinique, par A. GUILLAUME. 1 vol. des Consultations médicales journalières. 300 p. : 25 fr. (Doin).

Les Colites ulcéreuses chroniques. par C. BONORINO UDAONDO. in-16. 218 p. : 25 fr. (Doin)

Le Pemphigus, par J. SABRAZÈS et TORLAIS. in-8. 80 p. : 15 fr. (Doin)

Le renouvellement de l'organisme. Endocrinothérapie chirurgicale, par DARTIGUES. 424 p., 61 pl. : 60 fr. (Doin),

Pauvre et aventureuse bourgeoisie. Roulin et ses amis, (1796-1874), par M. COMBES in-8 : 30 fr. (Peyronnet).



NOUVELLES

Assistance Publique. — *Concours du prix de l'internat en médecine.* — 1° Chirurgie et accouchement : Lundi 14 Janvier : Jugement des mémoires. MM. Armingeat 18, Dessaint 18. Lapeyre 18, Leydet 16.

Epreuve écrite : Séance du 17 janvier. Questions données : — Anatomie des culs-de-sac pleuraux ; — Diagnostic et traitement des abcès du cerveau. — Notes obtenues : MM. Armingeat 24, Lapeyre 20, Leydet 24, Dessaint 23.

Epreuve clinique : Séance du 18 janvier. MM. Leydet 17, Armingeat 18, Dessaint 14, Lapeyre 16.

A la suite de ce concours, les récompenses sont ainsi attribuées : 1er prix. Médaille d'or : M. Armingeat 60 pts. ; 2e prix. Médaille d'argent : M. Leydet 57 pts. Accessit : M. Dessaint 55 pts

2° Médecine : Séance du 18 janvier. Notes obtenues : MM. Besançon 20 pts, Bourgeois 18, David 17, Mlle Hébert 15, MM. Kaplan 20, Layani 18, Lenormand 20, Lichtwitz 18, Maximin 17, Michaux 20, Mollaret 18, Thurel 20.

Séance du 21 janvier : Epreuve écrite. Questions données : Physiologie des capsules surrénales ; maladie du sérum. — Mlle Hébert. MM. Bourgeois, David, Maximin et Mollaret se sont retirés.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses*. — 21 janvier. — M. Batut. Consultation de stérilité (trois ans à l'hôpital Lariboisière). — M. Dieulot. Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou. — M. Polango. Peste et rat Proofing.

23 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. Rossignol. Etude sur l'élevage ovin en Seine et-Marne

26 janvier. — M. Roger. Introduction à l'étude des phénomènes sympathiques superficiels dans les lésions hépato-vésiculaires. — M. Pauher. Les épreuves pharmacodynamiques dans la catatonie. — M. Davidovici. Etude de la vaccination antidiphtérique. — M. Camps. De la réduction de capacité ouvrière déterminée par les cicatrices au cours des accidents du travail. — M. Noger. Etude clinique des épendymites séreuses.

Thèses vétérinaires. — M. Faudemer. De l'hystérectomie chez les carnivores domestiques.

La criminalité en France pendant l'année 1928. — M. Barthou, garde des sceaux, vient d'adresser au président de la République un rapport relatif à l'évolution de la criminalité en France.

Un double fait s'en dégage immédiatement : c'est la diminution des crimes et l'augmentation progressive des délits.

Le chiffre des assassinats relevés dans les dernières satatistiques est de beaucoup le plus faible qu'on ait vu depuis 1913. Celui des meurtres et celui des infanticides sont inférieurs à tous les chiffres des années précédentes — sauf, toutefois, à ceux de 1913 et de 1923, qui étaient exceptionnellement faibles.

Il est donc permis d'ériger en loi générale que la décroissance, déjà constatée antérieurement, des crimes contre la vie humaine, a tendance à s'accentuer.

Par contre, les abus de confiance, les vols simples et les escroqueries atteignent des totaux supérieurs à la plupart de ceux des années précédentes.

Par contre, les statistiques accusent une recrudescence de la criminalité juvénile et, spécialement, parmi les mineurs jugés par les tribunaux pour enfants.

Le rapport de M. Barthou permet enfin de préciser, par les chiffres, le grave problème de la répression.

Sur 2 219 accusés qui ont comparu devant la cour d'sasises, 686 ont été acquittés. Cette proportion est normale.

Sur 2?3,565 prévenus, 23.065 ont été acquittés par les tribunaux correctionnels. Ici. la proportion a légèrement augmenté.

Il y a eu 31 condamnés à mort pendant le dernier exercice judiciaire. En 1920, ce chiffre était de 56 ; en 1921. de 64 ; en 1922, de 42.

Sur les 31 condamnés à mort, 7 ont été exécutés.

Guerre. — Le *Journal officiel* du 12 janvier 1929 a publié un avis relatif à l'ouverture de concours, en 1929, pour l'obtention du titre de médecin, de chirurgien des hôpitaux coloniaux et de pharmacien-chimiste du Service de santé coloniale.

Ces concours s'ouvriront le 3 juin 1929, au Val-de-Grâce. Adresser les demandes par la voie hiérarchique avant le 1er avril 1929, au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales 3e bureau.)

Société nationale de chirurgie de Paris. — Prix Dubreuil. — Le prix est décerné à M. Henri Fischer (de Bordeaux) pour son mémoire intitulé : « Etude anatomique et clinique de la lombalisation de la 1re vertèbre sacrée. »

Prix Duval Marjolin. — Le prix est décerné à M. Raymond Leibovici, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son travail : « Etude chirurgicale des gangrènes juvéniles par artérites chroniques non syphilitiques. »

Prix Chupin. — Le prix est décerné à MM. les médecins commandants H. Lacaze et P. Melnotte pour leur mémoire : « Contribution à l'étude de l'ambiase hépatique et de son traitement. »

Prix Le Dentu. — Le prix est décerné à M. Merle d'Aubigné, interne à l'hôpital Saint-Antoine, médaille d'or (chirurgie) en 19?8.

Hôpitaux de Reims. — Le Dr R. Lévy est nommé médecin dermo-syphiligraphe des hôpitaux de Reims.

Bal de la Médecine française. — Le 3e bal de la Médecine française, organisé par la Société de secours mutuels pour femmes et enfants de médecins (P. E. M.). sous le patronage de l'Association générale des médecins de France, au profit des veuves et orphelins du corps médical, aura lieu le samedi 9 mars prochain à 10 heures dans les salons de la mairie du Xe arrondissement 72, rue du faubourg Saint-Martin. Le prix de la carte est fixé à 50 fr. Il est réduit à 30 fr. pour les membres du corps médical et à 20 fr. pour les étudiants et danseurs. On trouve des cartes : Dr J. Bongrand, 5, rue de Surène, Paris (8e) ; Dr A. Watelet, 21, rue Violet. Paris (15e.)

Hommage au Dr Sabouraud. — Le Dr Sabouraud désirant quitter l'hôpital Saint-Louis et la direction de son laboratoire à la fin de l'année 1929, ses amis et élèves ont pensé qu'il conviendrait de lui offrir en témoignage de leur affection, sa médaille exécutée par le graveur A. Pommier et son buste par le sculpteur Charles Derpiau.

Le comité d'Organisation serait heureux de vous voir se joindre à lui et adresser votre souscription au trésorier : Dr Maurice Pignot, 2, rue de Gribeauval, à Paris.

La médaille et le buste seront remis à M. le Dr SABOURAUD à l'issue du Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française qu'il présidera au mois de juillet 1929 à l'hopital Saint-Louis.

Les souscripteurs d'un minimum de 100 fr. recevront une réplique en bronze de la médaille frappée.

De cette médaille il sera fondu un certain nombre d'exemplaires de plus grand modèle, à la manière des grandes médailles des maîtres Italiens de la Renaissance. Ces médailles d'un diamètre de 10 cm. seront attribuées aux souscripteurs de 300 fr. Mais en raison du temps nécessaire à la fonte, ceux qui seraient désireux de se voir attribuer une médaille de ce type devraient en aviser de suite le trésorier, Dr Maurice PIGNOT, à l'adresse indiquée ci-dessus.

3e Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie. — Le 3e Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie aura lieu les vendredi 17 et samedi 18 mai 1929, à Bordeaux, sous la présidence du Professeur Georges PORTMANN.

« Les Céphalées », qui fut le sujet choisi comme rapport, au dernier Congrès de Marseille, a été confié à MM. HALPHEN, MOMBRUN et TOURNAY de Paris.

Le Bureau est ainsi constitué : Président : professeur Georges PORTMANN (Bordeaux); Vice-présidents : professeur Henri COPPEZ (Bruxelles), professeur Giorgio FERRERI (Rome), professeur VERGER (Bordeaux), professeur TEULIÈRES (Bordeaux); Secrétaire général : professeur agrégé VELTER (Paris) ; Secrétaire local : Dr Henri RETROUVEY (Bordeaux).

Pour toutes informations on est prié de s'adresser au secrétaire général, le professeur agrégé VELTER, 38, avenue du Président-Wilson, Paris 16e.

Nécrologie. — Dr LAFARELLE, médecin des Messageries Maritimes. — Dr Michel DE LÉZINIER D'ANGLADE, marquis DE CORLIEU, décédé à Marseille, à l'âge de 68 ans. — Dr Georges HUILLET, médecin principal de l'Assistance indigène en Indo-Chine. — Dr André WYZE LAUZUN, décédé à Marseille, à l'âge de 49 ans. — Dr Edouard SÉBILLEAU, médecin commandant des troupes coloniales, décédé à Marseille, dans sa 46e année. — Dr Henri DUCROUX, décédé à Toulon-sur-Arroux. — Dr André SELIGMAN, assistant de radiologie à l'hôpital Saint-Antoine, décédé à l'âge de 31 ans. — Dr Honoré BROUTELLE, décédé à Bois-Colombes, à l'âge de 62 ans.



BIBLIOGRAPHIE

Bibliothèque d'Histoire de l'Art : *La Peinture Espagnole*, par Pierre PARIS, membre de l'Institut ; *L'Architecture et la Sculpture en Belgique*, par Marcel LAURENT, 2 vol. in-4 de 48 pages chacun, avec 64 planches en héliogravure. Brochés : 36 fr. Les ÉDITIONS G. VAN OEST, 3 et 5, rue du Petit-Pont, Paris (5e).

Les Editions G. Van Oest mettent en vente les 11e et 12e volumes de leur «Bibliothèque d'Histoire de l'Art », créée il y a trois ans et dont le succès s'est affirmé si rapidement. La Peinture espagnole, l'Architecture et la Sculpture en Belgique en font le sujet.

Dans le premier de ces ouvrages, M. Pierre Paris, l'éminent membre de l'Institut, directeur de l'Institut Français de Madrid et de la « Casa Velazquez », destinée, comme la Villa Médicis à Rome, à nos jeunes artistes et qui vient d'être inaugurée, retrace en un tableau coloré, animé d'une fine sensibilité, le développement de l'art pictural dans les différentes provinces de la péninsule ibérique depuis les peintures des grottes préhistoriquee jusqu'aux créations de Goya au début du XIXe siècle, en illustrant cet exposé de 97 belles reproductions en héliogravure de toutes les œuvres capitales qui jalonnent cette évolution : peintures rupestres des cavernes d'Altamira et d'Alpera, fresques romanes des églises de Catalogne, œuvres des Primitifs du XIVe et du XVe siècle tels que Cabrera, Borrassa, le Maître de *Saint-Georges*, Dalmau, Jacomart, Macip, Berruguete, chez lesquels se trahit l'influence franco-flamande, supplantée ensuite par celle des Italiens, alliée à un accent national de plus en plus prononcé, dans les œuvres de Bermejo, de Morales, de l'étrange et saisissant Greco, du rude et puissant Ribera, de Herrera, d'Alonso Cano, des mystiques Zurbaran, Murillo (que M. Paris venge de l'injuste dédain dont il est trop souvent l'objet) et Valdès Leal, admirables artistes dépassés encore par ces deux génies : Vélazquez — « peut-être le plus grand des peintres, et, en tout cas, le plus complet » — et Goya, qui, dans ses peintures, ses dessins, ses eaux-fortes, incarne le plus parfaitement l'âme espagnole.

M. Marcel Laurent, conservateur aux Musées du Cinquantenaire de Bruxelles a réussi un véritable tour de force en résumant en cinquante pages, avec une clarté parfaite alliée à une solide érudition, toute l'histoire de l'architecture et de la sculpture en Belgique du xe au xxe siècle, mettant particulièrement en relief les chefs-d'œuvre — que reproduisent 81 belles héliogravures — créés dans ces deux domaines par le génie des Flandres et du pays wallon : en architecture, les constructions tour à tour puissantes ou délicates que sont successivement Saint-Barthélemy de Liège, la cathédrale de Tournai, Sainte Gudule de Bruxelles, Saint-Rombaut de Malines, l'hôtel de ville de Bruxelles, les grandioses halles d'Ypres, si sauvagement détruites pendant la guerre, les halles et le beffroi de Bruges, le château des Comtes de Flandre et la porte du Rabot à Gand, le délicieux hôtel de ville, ouvragé comme une châsse, de Louvain, le jubé de Dixmude, autre dentelle de pierre que la guerre a anéantie, l'hôtel de ville et la cathédrale d'Anvers, les églises de style jésuite dont une des plus belles est Saint-Charles Borromée à Anvers, le palais de Charles de Lorraine ; de nos jours le colossal palais de justice de cette même ville, etc. : — en sculpture, à l'époque romane, les productions de l'active et brillante école mosane : ouvrage en laiton fondu dont le plus célèbre est le baptistère de Saint Barthélemy de Liège, « le chef-d'œuvre de la sculpture occidentale à cette époque » (début du xiie siècle) ; œuvres d'orfèvrerie parmi lesquelles celles des illustres Godefroid de Claire, Nicolas de Verdun et Hugo d'Oignies ; puis, au xiiie et au xive siècle, des statues en pierre ou en bois de style monumental, que suivent, au xve siècle, des créations où le réalisme flamand va s'épanouir, où l'imagination et la verve des imagiers vont se donner libre cours, des rétables à multiples épisodes traités avec la plus pittoresque virtuosité, dont le plus beau est celui de *Saint-Georges* par Jean Borman : au xvie siècle, les stalles de Sainte-Gertrude de Louvain et le tombeau, non moins richement fouillé, de Philibert le Beau à Brou, au xviie, les œuvres des Dubroeucq, des Duquesnoy, des Faydherbe, des Quellin, les curieuses « chaires de vérité » de l'époque baroque, et, après les créations délicates des artistes du xviiie siècle, et les productions néo-classiques du xixe, les chefs-d'œuvre, d'un si puissant et si sain réalisme, de Constantin Meunier.

Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, 95, Paris (VIe). — Fondée en 1918, sous la présidence de M. Maurice Croiset, par un groupe de savants et de lettrés en vue de défendre et de propager la culture classique, l'Association Guillaume Budé a été reconnue d'utilité publique.

L'Association Guillaume Budé a entrepris la publication d'un ensemble de collections notamment de textes grecs et latins accompagnés de traductions françaises, de commentaires d'auteurs anciens, d'études anciennes, de bibliographie classique et de textes français et comble ainsi une grave lacune de l'édition française contemporaine.

Les collections publiées par l'Association Guillaume Budé sont dues à la collaboration des maîtres des Universités françaises ; par la mise au point scientifique des textes grecs et latins, par l'exactitude et la haute tenue littéraire des traductions françaises, ces collections s'adressent aux érudits aux professeurs, aux élèves et à tout le grand public cultivé en France et à l'étranger.

ADMISSION

La qualité de membre bienfaiteur s'acquiert par le versement d'une somme de 500 francs au minimum, plus une contribution volontaire aux frais généraux de l'Association, fixée à 100 francs pour les membres français et belges, et à 200 francs pour ceux des autres pays.

La qualité de membre fondateur s'acquiert par le versement d'une somme de 200 francs au minimum, plus une contribution volontaire fixée à 100 francs pour les membres français et belges et à 200 francs pour ceux des autres pays.

La cotisation des membres adhérents est de 20 francs par an, au minimum pour la France et de 30 francs pour l'étranger.

Les adhésions sont reçues au siège de l'Association, 95, boulevard Raspail, Paris (6e), accompagnées du montant de la cotisation. Celle-ci est payable dans le courant du premier trimestre de chaque année et donne droit à l'envoi gratuit du Bulletin.

Les membres de l'Association effectuant au début de chaque année un versement, à titre de provision, de 150 fr. au minimum, bénéficieront sur toute commande personnelle d'ouvrages de l'Association d'une remise de 25 %. Cette remise sera réduite à 15 % pour les membres ayant payé leur cotisation mais n'ayant pas versé de provision.

Revue des études napoléoniennes. — Cette revue, fondée et dirigée par l'éminent historien Edouard Driault, avait cessé de paraître en 1927. Elle reparaîtra désormais le 15 de chaque mois en fascicules de 64 pages illustrés. Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de Napoléon, et ils sont nombreux, ne pourront qu'applaudir à cette résurrection. Abonnement : un an : France : 60 fr. S'adresser à M. Rousseaux, 28, rue de Versailles, Le Chesnay (Seine-et-Oise).

Premier Congrès international de l'Aviation Sanitaire.

Ce Congrès aura lieu du 15 au 20 mai prochain sous la Présidence de notre éminent collaborateur, le Prof. Charles RICHET, *Président du Comité d'organisation.*

Le Président et le bureau du Congrès ont offert le 15 courant un dîner dans les salons de l'Hôtel Claridge à la Presse française et étrangère, afin de s'entretenir sur les conditions de ce Congrès.

Le dîner a eu lieu sous la présidence de M. Laurent EYNAC, *Ministre de l'Air. Prenant le premier la parole, le* Prof. Charles RICHET *souligna les services déjà rendus par l'Aviation sanitaire et ceux qu'elle est appelée à rendre dans l'avenir. Le* Prof. Ch. RICHET *a bien voulu donner pour nos lecteurs son discours, que nous sommes heureux de reproduire ci-après* in extenso.



En avion. — Villacoublay.
A gauche le Prof. Charles Richet, à droite Louis Bréguet.

Après lui, M. R. CHARLET, *commissaire général, nous a parlé avec beaucoup de brio de l'aviation et de l'organisation du Congrès, puis le* Dr CHASSAING, *député, « père » de l'Aviation sanitaire, dans un discours, souvent applaudi, passa en revue tout ce qu'a fait l'aviation sanitaire depuis ses débuts, tant en France que dans nos colonies et à l'Etranger.*

Enfin, M. Laurent EYNAC, *demanda que le Congrès étudie les règles précises pour l'emploi de l'aviation sanitaire, les soumette au Gouvernement pour que celui-ci puisse, en toute connaissance de cause, déposer des projets de loi, et, en ce qui concerne la Convention de Genève, pour que la Commission Internationale de navigation aérienne prépare le chemin afin que des mesures internationales soient prises en temps de guerre. Il fit appel à la bonne volonté de tous, des techniciens et des constructeurs en particulier.*

M. Laurent EYNAC *termina en rendant hommage au* Prof. Charles RICHET, *précurseur de l'Aviation et au* Dr CHASSAING, *«père» de l'Aviation sanitaire.*

A. R.

Discours de Monsieur le Professeur Charles RICHET

Messieurs,

Nous voici réunis pour préparer les voies au grand Congrès international de l'aviation sanitaire. Vous me permettrez, vous qui êtes les représentants de la presse française et étrangère, de vous indiquer en quelques mots quel est le but de notre œuvre et quels sont nos espoirs.

Mais tout d'abord je voudrais vous remercier, Monsieur le Ministre, d'être venu ce soir pour attester une fois de plus votre confiance dans les progrès de l'aéronautique. Merci aussi aux générosités et aux bienveillances qui nous ont aidés. Grâce à ces précieux appuis nous pourrons, au mois de mai prochain, donner une image assez exacte de ce qu'est l'aviation sanitaire, ou plutôt de ce qu'elle doit être. Merci au maréchal Lyautey, l'organisateur de la puissance française au Maroc, qui a donné une impulsion vigoureuse à l'aviation sanitaire dans toute l'Afrique française du Nord. Parmi nos bienfaiteurs de la première heure, je mettrai Mlle Deutsch de la Meurthe qui, fidèle aux traditions qu'elle a reçues de son noble père, nous a apporté une contribution importante ; le ministère de l'air, le ministère des affaires étrangères qui, tous deux, s'intéressent à notre œuvre ; le Conseil municipal de la Ville de Paris, de notre chère Ville de Paris, toujours prête aux plus salutaires initiatives : la Croix-Rouge, qui fait naturellement œuvre commune avec nous ; les constructeurs d'aéroplanes et d'avions qui nous aideront par les puissants moyens dont ils disposent ; le recteur de l'Académie de Paris qui nous a permis de siéger dans notre glorieuse Sorbonne. Ils ont compris tous qu'il y avait là une grande tâche à remplir, presque un grand devoir. Il s'agit de mettre l'avion au service de la vie humaine, de prouver qu'il n'est pas seulement un appareil de bombardement, de sport, de voyage, mais qu'il peut encore transporter des blessés, protéger des malades, et sauvegarder des existences humaines. En Syrie, au Maroc, de nombreux blessés ont dû la vie à l'aéroplane qui a pu les transporter assez rapidement dans un hôpital où ils ont reçu aussitôt tous les soins nécessaires. Quatre mille cinq cents blessés transportés par avion, voilà, Messieurs, un chiffre authentique. Voilà le glorieux bilan de l'aviation sanitaire. Ce chiffre, à lui tout seul, remplace toute éloquence. Quatre mille cinq cents blessés ! il n'y a plus rien à ajouter. Si, autour de nous étaient tous les blessés sauvés par les avions, il faudrait cinquante salles aussi grandes que celle-ci pour leur trouver place.

Vous avez vu sans doute dans des ouvrages de médecine militaire datant de 1875, ou même de 1880, des figures représentant le transport des blessés : le cacolet, le hideux cacolet. C'était misérable. Au dos d'un mulet un double bât sur lequel on hissait tant bien que mal le pauvre blessé. Souvent, quand la bataille était lointaine, il fallait faire par des routes invraisemblables une trentaine de kilomètres, davantage parfois. Imaginez les heurts, les secousses, les fatigues de ce voyage pour celui qui a la jambe fracturée, ou l'épaule démolie, ou le ventre ouvert. Pendant 4, 5, 6, 7 heures, c'est un supplice, et ce supplice c'est la mort prochaine, car, lorsque le blessé arrive à l'ambulance, il est souvent devenu inopérable. Peut-être même est-il mort en route.

Mais maintenant il n'y a plus de cacolet, il y a l'aéroplane, transport par avion sanitaire, tel que mon éminent confrère et ami le Dr Chassaing l'a imaginé et réalisé le premier. L'avion arrive auprès du blessé, et il y a dans cet avion des civières, des matelas sur lesquels en quelques minutes, le blessé est couché. Et alors, très rapidement, sans secousse, l'avion arrive à l'ambulance de secours. Si cette ambulance est à 40 kilomètres, alors qu'il aurait fallu 4 heures en cacolet, il faut une demi-

heure en aéroplane. Une demi-heure pour que le combattant blessé se voie étendu dans un confortable lit d'hôpital, à côté d'un chirurgien qui lui donnera les premiers soins, et par conséquent mis à même de recevoir l'aide de la merveilleuse chirurgie contemporaine.

A la rigueur, on pourrait soutenir qu'au cours d'une de ces grandes batailles déchaînées par la folie humaine, quand le sol est jonché de six ou huit mille blessés, il n'y aura pas assez d'avions sanitaires pour transporter tous ces malheuresux à l'ambulance. Mais dans les guerres coloniales, où quelques hommes seulement ont été atteints par le feu de l'ennemi, où les hôpitaux de secours sont très loin, l'avion demeure la précieuse ressource. Le maréchal Franchet d'Esperey, il y a quelques jours, me disait à quel point le haut commandement avait pu apprécier ses bienfaits.

Il faut, Messieurs, que vous insistiez sur ces bienfaits de l'avion sanitaire. Il faut apprendre à un public, trop souvent ignorant, que la machine volante n'est pas seulement un instrument de guerre, mais que c'est aussi un instrument de salut. Il en est de l'avion comme de toutes choses, comme de tout progrès. Il peut servir au mal comme il peut servir aussi au bien. Le couteau est d'une utilité admirable, mais c'est aussi un agent de crime. Dites au public, qui vous écoutera religieusement, les incontestables services que l'aviation peut rendre : tel blessé, s'il reçoit d'un chirurgien des soins au bout d'une heure, peut être sauvé, alors que, s'il est entre les mains du chirurgien au bout de six heures, il est trop tard. Si je pouvais d'un seul mot vous indiquer votre tâche, je dirais qu'il faut *sanctifier* l'aviation.

Messieurs, notre Congrès va se trouver en présence de problèmes techniques innombrables. Nous accueillerons ici, à Paris et au Bourget, les représentants, savants et enthousiastes, de tous les pays civilisés. Des médecins éminents, des aviateurs habiles, des constructeurs zélés et expérimentés vous indiqueront ce qui a été fait dans leurs pays respectifs. On discutera des problèmes techniques d'une importance fondamentale. Pourra-t-on transformer facilement les avions commerciaux et militaires en avions sanitaires ? Ces avions seront-ils munis d'insignes, leur permettant d'échapper aux avions ennemis ? Quels seront les appareils convenant le mieux, grands avions comportant l'installation de dix ou douze blessés ou seulement petites avionnettes ne comportant qu'une ou deux places?Y aura-t-il dans le trajet place pour un ou deux infirmiers ou infirmières afin de remédier aux hémorrhagies, aux syncopes ou à tout autre accident possible ?

D'ailleurs l'aviation sanitaire ne consistera pas seulement à transporter les blessés dans un hôpital de l'arrière, mais peut être aussi à transporter sur le champ de bataille le chirurgien lui-même, muni de tout l'appareil antiseptique, devenu maintenant indispensable. L'aviation sanitaire, c'est-à-dire le rapide secours, tantôt transportera les blessés auprès du chirurgien, tantôt le chirurgien auprès des blessés.

Je ne vous parle ici que de l'aviation militaire sanitaire, mais l'aviation sanitaire civile va encore prendre de grands développements, moins dans les métropoles européennes où les automobiles et les chemins de fer peuvent presque partout transporter,en une heure ou deux à peine, tout blessé dans l'hôpital d'une grande ville. Mais dans les colonies, au Maroc, en Syrie, dans l'Afrique occidentale française, alors que les colons blessés loin de tout centre hospitalier ne peuvent être secourus qu'après plusieurs heures, au prix d'un trajet aussi long que douloureux.

Oserai-je assimiler aux avions sanitaires ceux qui, il y a quelques mois ont sauvé d'une mort affreuse les héroïques explorateurs des régions artiques ? ceux qui, il y a quelques jours, ont transporté pour les soustraire aux dangers d'une guerre civile imminente, les femmes et les enfants qui de Kaboul dans la capitale de l'Afghanistan, menacés par les insurgés ont pu être conduits sans péril jusqu'à des villes anglaises où ils ont trouvé la sécurité.

Mais je n'ai pas à vous indiquer ici, Messieurs, ce qu'il conviendra de dire. Vous comprenez la grandeur de votre mission ; c'est de faire l'éducation du public. Le public s'intéresse passionnément à ce qui touche l'aéronautique. On en parle avec amour, mais sans la connaître ; on se préoccupe du sport et des records, on ne se rend pas compte que nous assistons à une transformation profonde de toute notre civilisation. C'est une ère nouvelle qui s'ouvre. De même que l'avènement des chemins de fer a changé la face du monde, de même le transport rapide, par delà les montagnes et les frontières, va apporter d'imprévus changements à notre mentalité et à nos mœurs.

De frontières au ciel voyons-nous quelque trace ? a dit Lamartine. L'aéroplane est véritablement, malgré l'usage maudit qui en a été fait, un grand pas vers la fraternité, l'interchange humain.La distance étant supprimée,les hommes seront plus près les uns des autres, par conséquent ils pourront mieux se connaître et s'aimer. J'ajoute : *se secourir*, puisque c'est là le but de l'aviation sanitaire : secourir rapidement les blessés et les malades.

Dites cela, Messieurs, au public, faites-lui comprendre la grandeur de ces temps nouveaux ; essayez de lui persuader que, malgré les accidents tragiques, lamentables, qui trop souvent encore frappent les hardis aviateurs, il n'y a pas de réels dangers pour les voyageurs en avion. Du moins ces dangers ne sont-ils pas beaucoup plus grands que ceux de l'automobile ou des chemins de fer. Une statistique récente établissait qu'aux Etats-Unis il y avait eu l'année dernière 28.000 morts par accidents d'automobile. Va-t-on prétendre que l'automobile est un instrument détestable ? Parce qu'il y a eu 700 morts dans le naufrage du *Titanic*, va-t-on en conclure qu'il est imprudent de s'embarquer sur un grand bâtiment à vapeur. Certes, des progrès considérables sont encore à faire pour la sécurité, et on en fait chaque jour. Mais nous ne sommes encore qu'à l'aurore des temps nouveaux où il ne sera pas plus imprudent de faire 300 kilomètres en avion qu'en automobile.

Il faut donc, Messieurs, que votre autorité et votre talent contribuent à rassurer le public et à lui montrer tout le parti qu'on peut tirer de l'aviation sanitaire pour le salut des blessés. Nous comptons sur vous pour nous aider dans notre entreprise, et je vous remercie d'avance. Merci enfin d'avoir répondu à notre appel, Vous étiez déjà convaincus, j'espère que maintenant vous le serez davantage encore.

C'est la première fois qu'il y a un Congrès d'aviation sanitaire, et nous sommes heureux de penser que ce Congrès est à Paris. Il faut que ce Congrès soit la première étape vers un avenir meilleur. En faisant connaître nos efforts, vous aurez servi deux grandes causes qui se confondent : la cause de la science et la cause de l'humanité.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les cyanures doubles,

Par J. LAFONT (Clermont-Ferrand).

L'action thérapeutique du laurier-cerise dans la phtisie est connue de longue date, surtout dans le nord de l'Europe et particulièrement en Belgique, où son emploi était populaire au début du dix-huitième siècle (*in* Linné 1760) ; c'est cette vieille réputation qui avait incité Krimer (*in* Mérat et Delens, 1829) à employer les inhalations de vapeur d'eau de laurier-cerise dans les affections pulmonaires ; Magendie recommande l'acide cyanhydrique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Chrestien, de Montpellier (*in* Trousseau 1862) prescrit le cyanure d'or dans la scrofule et la phtisie sans que la méthode survive à son auteur ; après une longue éclipse, ce sel est mis en valeur par Koch, qui signale son activité contre le bacille de la tuberculose, du moins *in vitro* ; mais encore une fois, cette indication passe inaperçue et il faut la fortune éclatante de la chimiothérapie arsenicale et l'essor rapide de la méthode intraveineuse pour que l'on songe de nouveau à utiliser les propriétés thérapeutiques des cyanures. La nécessité de n'injecter que des produits solubles oblige à éliminer les cyanures simples et à recourir aux cyanures doubles. En 1913, les Allemands Bruck et Gluck expérimentent le cyanure double d'or et de potassium ; en 1916, le Japonais Gensaburo Koga utilise le cyanure double de cuivre et de potassium qui est repris sous une nouvelle forme, par l'Ecole italienne de Cesaro Serono en 1919. En France, Rosenthal préfère le tricyanure d'or (1914), Grimbert l'acide cyanhydrique sous forme d'eau de laurier-cerise et nous-même avons employé le cyanure double d'argent et de potassium (1921).

Nous avons rappelé, dans le *Progrès Médical* du 28 mars 1925, les bases scientifiques du traitement de la tuberculose pulmonaire par les cyanures doubles, et en particulier l'action des cyanures en physiologie et en tuberculose expérimentale ; nous n'y reviendrons pas aujourd'hui, cet article ayant surtout pour but d'indiquer la technique du traitement et d'en étudier les résultats.

La technique varie avec chaque sel, sinon dans ses grandes lignes, du moins dans le dosage du produit chimique, dans l'espacement des piqûres et dans la durée de la cure ; mais elle n'offre pas de difficultés spéciales d'exposition ; si elle dépend un peu des idées personnelles et de l'expérience clinique des promoteurs de chaque méthode, elle a cependant l'avantage de se traduire par des chiffres précis et non par des formules vagues ou des appréciations fantaisistes.

Les résultats cliniques sont, au contraire difficiles à constater, à contrôler et à traduire ; aussi a-t-on pris l'habitude regrettable d'employer des formules plus élogieuses que scientifiques ; il n'est pas un produit antibacillaire, ou soi-disant tel, dont l'application ne soit suivie de résultats aussi extraordinaires que difficilement contrôlables : l'un « stimule l'organisme dans son ensemble, relève les forces, augmente l'appétit, amène un engraissement parfois très rapide, diminue la dyspnée » l'autre « améliore le terrain et le rend moins favorable à la dissémination du bacille, il facilite l'assèchement des bronches et favorise la résolution des congestions localisées récentes » ; « un autre enfin « stimule puissamment le système lymphoïde et l'activité phagocytaire, élève l'indice opsonique ; enfin il aurait un certain pouvoir antibacillaire et antitoxique » ; ces citations, extraites d'un des meilleurs manuels sur la tuberculose, concernent trois médications banales, qui sont dans l'ordre : l'arsenic, le tanin et l'iode.

Ce n'est pas tout d'avoir des résultats et de les peser avec plus ou moins de précision, il faut encore les compter, les additionner ; c'est le rôle des statistiques ; nous voici de nouveau en pleine confusion et en plein gâchis, car on inscrit des chiffres précis dans des colonnes d'impressions cliniques qui dépendent beaucoup plus de l'état d'esprit du médecin que de la réalité. Une statistique globale ne donnerait rien, il faut classer les cas ; multiplier les formes, c'est compartimenter la statistique au risque de la rendre incompréhensible ; revenir aux trois degrés si allègrement « jetés par dessus bord », ce n'est pas très moderne, mais ce sont eux qui répondent encore le mieux à quelque chose ; on peut du reste les rajeunir en les assimilant mentalement aux différents stades évolutifs de Burnand : initial, moyen et avancé ; si cette classification est assez facile à se représenter, elle n'empêche pas les difficultés de répartition des malades dans les trois catégories ; que de cas à cheval qui modifient à la fois le sens et la valeur de la statistique !

Si les formes de la tuberculose pulmonaire sont un beau sujet de dissertations académiques, les résultats sont encore plus difficiles à définir. La rubrique la plus précise, celle qui ne devrait soulever aucune discussion, la colonne des décès ne signifie pas la même chose, car le pourcentage varie suivant que la statistique aura trié les sujets ou qu'elle leur aura laissé l'entrée libre. La seule formule sur laquelle on pourrait tomber d'accord serait celle de la guérison, si la guérison était démontrable ; on peut s'entendre cependant sur la définition d'une *guérison apparente*, qui consisterait simplement dans la disparition de tous les phénomènes morbides physiques, fonctionnels et généraux et dans la reprise de l'existence normale ; la guérison réelle ne serait que la confirmation par le temps de la précédente. Burnand parle de guérison (sans épithète) et de guérison définitive ; il nous paraît préférable de préciser les deux termes, la confusion des mots entraînant la confusion des idées. Si on passe maintenant aux nuances intermédiaires : amélioration nette, marquée, moyenne, légère, amélioration de quelques symptômes, état stationnaire, aggravation légère, résultat douteux, traitement interrompu, on est encore dans le vague et dans l'inconnu ; Th. et J. Stéfani ont proposé une classification, supérieure dans sa simplicité, en résultats positifs, résultats négatifs et total des cas traités, ces derniers étant supérieurs à la somme des deux premiers. Nous proposons une classification encore plus simple en inscrivant à l'actif de la méthode les guérisons apparentes et à son passif tous les autres résultats quels qu'ils soient, que nous considérons comme nuls : l'amélioration elle-même, si marquée soit-elle, n'a aucune valeur réelle si elle n'est pas le prélude de la guérison.

Nous allons exposer la technique et les résultats de trois méthodes, ou plus exactement, de l'emploi de trois cyanures qui sont, par ordre d'ancienneté, les sels d'or, de cuivre et d'argent.

***

En utilisant le cyanure double d'or et de potassium dans le traitement de la tuberculose, Bruck et Gluck n'espèrent pas obtenir la destruction directe du bacille, qui exigerait l'emploi de doses médicamenteuses trop élevées et toxiques ; mais ils comptent sur une action partielle, susceptible d'altérer la vitalité du bacille et d'inhiber sa prolifération. La voie intraveineuse seule est capable de donner des résultats satisfaisants, car les liquides injectés par voie sous-cutanée ou intramusculaire se résorbent trop lentement.

Le produit employé est l'Aurum kalium cyanatum de Merck ou cyanure auroso-potassique ; ses cristaux sont anhydres, incolores, légèrement salés et d'une saveur métallique, inaltérables à l'air, solubles dans sept parties d'eau froide et dans un peu moins de leur poids d'eau bouillante.

Les auteurs ont étudié la toxicité du produit chez le lapin par voie intraveineuse : la dose toxique est d'envi-

ron 10 milligrammes par kilo, la dose mortelle de 15 milligrammes ; une série mensuelle de 15 injections à la dose d'un milligramme par kilo n'a aucune influence nuisible sur l'animal.

Les expériences précédentes ayant fixé la toxicité du sel, Bruck et Gluck n'hésitèrent pas à procéder à des essais cliniques ; ils n'ont pas voulu s'adresser à des cas de tuberculose pulmonaire par suite de la nécessité d'une longue période d'observation et de la difficulté de contrôle des résultats obtenus ; ils ont choisi uniquement des sujets atteints de lupus, de manière à suivre et à vérifier *de visu* l'effet de leur thérapeutique. Bien que leur travail se rapporte spécialement à des cas de lupus, nous l'exposerons quand même, bien que brièvement, car il représente les bases fondamentales de la chimiothérapie cyanée de la tuberculose. Le traitement consiste en séries de 12 injections intra-veineuses, à raison de 2 à 3 par semaine, aux doses de 2 à 5 centigrammes pour les adultes, de 5 à 20 milligrammes pour les enfants. La dose de 5 centigrammes ne doit être dépassée en aucun cas, sous peine de voir apparaître de l'ictère. Le cyanure est employé en dilution étendue dans du sérum physiologique ; la solution n'est pas hémolytique, mais elle est très caustique et il faut éviter soigneusement toute infiltration sous-cutanée, qui produirait une induration douloureuse et persistante.

Bruck et Gluck n'ont que peu d'expérience du cyanure d'or dans la tuberculose pulmonaire ; chez deux lupiques qui avaient des lésions pulmonaires ils observent une amélioration de l'état général et de la fièvre, une diminution de la toux et de l'expectoration ; mais ayant constaté dans un cas une expectoration sanguinolente, ils recommandent d'être très prudent et de ne monter que lentement à la dose de 5 centigrammes. Junker a employé le cyanure d'or et de potassium dans 11 cas de tuberculose pulmonaire, il a des réactions locales plus franches que celles de la tuberculine ; il en conclut que le cyanure a une action élective sur les lésions et que les tuberculeux pulmonaires non lupiques y sont extrêmement sensibles. Il adopte une posologie qui lui permet d'éviter toute réaction sérieuse ; il débute par la dose d'un milligramme, puis il passe successivement à trois milligrammes, un centigramme et deux centigrammes au maximum, en pratiquant seulement deux injections par semaine.

Mayer attribue une action favorable au cyanure d'or, tandis que Pekanovitch juge la médication contre-indiquée.

En France, Rosenthal préfère le tricyanure d'or, qui, moins toxique que le cyanure double, aurait une action inhibitrice sur le bacille et arrêterait les lésions bien plus qu'il ne guérirait les tuberculeux ; il serait le *gendarme* du bacille tuberculeux. Les recherches bactériologiques de l'auteur lui permettent de fixer la dose à cinq milligrammes ; il procède par série de dix injections, séparées par des intervalles de repos, en employant, soit la voie hypodermique, soit prudemment la voie intraveineuse.

Au Portugal, Raul Faria traite la tuberculose pulmonaire par le cyanure d'or et de potassium. Il emploie, par voie intraveineuse, une solution à 2 % dans du sérum physiologique. Il estime que les doses de 2 à 4 centigrammes sont peu efficaces et modifie la posologie en conséquence. Il injecte d'abord 2 centigrammes tous les deux jours tant que l'amaigrissement persiste ; puis il pratique quatre, cinq ou six injections de 4 centigrammes tous les trois jours et cinq injections de 6 centigrammes tous les quatre jours ; enfin il monte à 8 et rarement à 10 centigrammes tous les cinq jours ; il est nécessaire de respecter ces intervalles et de revenir à la dose précédente en cas d'intolérance. Les effets toxiques consistent en dyspnée légère à l'injection (injecter lentement), vomissements alimentaires (faire l'injection à distance des repas), diarrhée, état saburral, subictère, albuminurie, céphalée, élévation thermique ; les réactions sont minimes et inconstantes ; elles se produisent surtout quand on débute par des doses de 4 ou 6 centigrammes. Les contre-indications sont la tuberculose rénale, la tuberculose intestinale, la cachexie, la granulie et la typho-bacillose. Les autres formes, fibreuses, fibro-caséeuses, pneumoniques et même cavitaires, peuvent guérir cliniquement même dans les cas graves, à condition qu'il y ait une bonne tolérance. Les résultats sont brillants mais réclament une véritable virtuosité dans le dosage du sel et dans l'application du traitement.

***

Tout en admettant, après Koch, que le cyanure d'or et de potassium a des affinités spécifiques pour le bacille de la tuberculose, Koga pense qu'il se transforme en une substance inerte, avant d'avoir atteint la lésion et le bacille lui-même ; aussi l'a-t-il abandonné pour expérimenter le cyanure de potassium, avec lequel il enregistre, chez les animaux, une tendance marquée à la guérison, bien que ce sel soit toxique et capable de produire, dans certains cas, un processus nettement destructif ; il essaye alors un composé plus actif et moins toxique, obtenu en associant l'acide cyanhydrique au cuivre, dont la valeur antibacillaire a été signalée par Linden, Meissen et Strauss.

Le cyanure de cuivre et de potassium est une combinaison d'une partie de cyanure de cuivre et de deux parties de cyanure de potassium sous forme de cristaux rhomboïdaux anhydres, blancs et transparents ; il est très soluble dans l'eau, car il n'en exige que les trois quarts de son poids à 15° et le tiers seulement à l'ébullition ; la solution est incolore, transparente et neutre.

L'expérimentation a établi que la dose mortelle est de cinq milligrammes par kilo pour le lapin (Sugaï) et de sept milligrammes par kilo pour le cobaye (Hollande et Gaté).

Koga utilise en clinique une préparation à laquelle il donne le nom de *cyano-cuprol* et qui répond à la formule suivante d'après Hollande et Gaté.

Cyanure de cuivre et de potassium....	2 grammes
Chlorure de calcium................	10 grammes
Eau distillée......................	1.000 grammes
Acide carbonique..................	à saturation

Le chlorure de calcium est destiné à éviter les réactions violentes. La préparation est très irritante pour les tissus ; l'injection sous-cutanée ou intramusculaire produit une douleur violente et de l'œdème ; seule la voie intraveineuse est utilisable.

A la suite de nombreuses expériences sur les animaux Koga procéda à des essais cliniques, suivi dans cette voie par Otani, Masuda, Matsuda et Sugaï.

Pour Koga les cas relativement récents et au premier degré sont particulièrement indiqués ; le traitement convient aux malades au second degré qui ont une lésion limitée et à progression lente ; même au dernier degré on peut donner la préparation sans danger, mais avec un faible espoir d'amélioration ; ces malades obtiennent parfois un résultat aussi brillant qu'inattendu.

Si les lésions sont très étendues ou à marche rapide, il faut choisir avec grand soin les malades justiciables du traitement. Les cas à fièvre élevée, à hémoptysies, à lésions laryngées ou intestinales, à cuti-réaction négative, sont peu favorables ; les cas avancés, dans lesquels l'état général est très mauvais ou la surface respiratoire fortement réduite, sont nettement contre-indiqués. Il est préférable d'attendre l'arrêt du processus inflammatoire dans les pleurésies récentes et la fin de la poussée fébrile en cas de refroidissement. La préparation peut être donnée aux cardiaques, aux rénaux et aux diabétiques ; mais elle est contre-indiquée chez les malades qui ont le pouls accéléré ou la pression artérielle faible. La menstruation et la grossesse ne sont pas des contre-indications à la condition expresse d'éviter toute réaction.

La dose convenable est celle qui produit une réaction légère, disparaissant deux ou trois jours après l'injection.

et qui donne une certaine amélioration dans la quinzaine consécutive ; il existe une relation intime entre cette dose et l'état du malade et c'est du dosage que dépend en grande partie le résultat du traitement. Koga fixe les doses suivantes de cyanure par injection :

1er degré..............................	14-16	milligrammes
2e degré..............................	12-14	—
3e degré..............................	8-12	—

Ces doses concernent l'adulte.

Elles doivent toujours correspondre à l'âge : un enfant de dix ans, par exemple, recevra la moitié de la dose. On donnera une dose plus faible, si le malade présente une température élevée, un mauvais état général, une anémie prononcée, une tendance aux hémoptysies, une lésion étendue ou progressive, ou une affection chronique autre que la tuberculose.

Il faut avoir grand soin de laisser un intervalle suffisant entre les injections, car l'espacement semble jouer, au même titre que le dosage, un rôle capital dans l'amélioration. Koga donne les doses précédentes pour quinze jours et ne laisse jamais un intervalle inférieur entre deux injections, car il a constaté une marche défavorable de la maladie, dans le cas où on viendrait à les rapprocher.

L'administration du cyanocuprol s'accompagne parfois de réaction générale (céphalée, inappétence, courbature, poussée thermique) et locale (augmentation de la toux, de l'expectoration, de la matité et des râles) ; ces phénomènes durent deux ou trois jours, en s'atténuant progressivement. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre le malade au repos le plus absolu, après chaque injection de façon à diminuer autant que possible l'intensité de la réaction ; bien des contre-temps s'expliquent par le fait que ce soin a été négligé. Le malade doit rester au lit, allongé, sans bouger, ce qui est très difficile à obtenir dans la pratique ; la durée du repos varie suivant la gravité de l'état local (trois jours au 1er degré, cinq jours au 2e, sept jours au 3e, et doit être prolongée en cas de poussée fébrile, d'hémoptysie ou de réaction retardée.

Otani est d'avis que le cyanocuprol est très actif dans la tuberculose et que la dose est étroitement liée à la réaction et au résultat final ; elle doit être déterminée pour chaque malade après un examen minutieux des symptômes ; la dose maxima de 17 milligrammes ne doit être dépassée en aucun cas ; le plus petit intervalle entre deux injections est de quinze jours ; si on donne la préparation à un intervalle plus rapproché, on n'observe pas d'amélioration, mais parfois, au contraire, des réactions dangereuses. Pour obtenir de bons résultats, le malade doit observer un repos physique et moral complet après l'injection ; cette règle s'applique même aux cas légers. Sont contre-indiqués, pendant le traitement, les produits irritants pour la lésion, tels que la tuberculine, l'iodure de potassinm, le gaïacol et ses dérivés ; on n'a observé ni idiosyncrasie ni accumulation.

Pour Masuda et Matsuda le cyanocuprol est très actif dans tous les cas au 1er degré ; il est également actif au 2e degré, dans la majorité des cas : au 3e degré, il produit encore de l'effet jusqu'à un certain point, si on choisit les cas favorables et si l'on établit le dosage convenable. L'effet du cyanocuprol n'est pas rigoureusement chimiothérapique ; il présente, à certains égards, une grande ressemblance avec la tuberculine. Le point essentiel du traitement consiste à trouver la dose convenable pour chaque malade ; si on établit correctement le coefficient individuel qui est ici d'une importance capitale le traitement a une valeur remarquable et surpasse tous les autres remèdes éprouvés. Ils considèrent les doses indiquées par Koga comme trop élevées ; ils les ont réduites aux suivantes :

1er degré..............................	10-13	milligrammes
2e degré..............................	6-8	—
3e degre..............................	4-6	—

Sugaï fixe comme dose un quart ou un tiers de milligramme par kilo de poids et répète les injections tous les dix jours seulement.

La statistique de Koga comprend 26 cas au 1er degré avec 17 guérisons apparentes, 17 cas au 2e degré avec 6 guérisons apparentes et 12 cas au 3e degré avec une guérison apparente.

La statistique de Masuda comprend 17 cas au 1er degré avec 10 guérisons apparentes, 36 cas au 2e degé avec 9 guérisons apparentes et 23 cas au 3e degré sans guérison.

La statistique de Matsuda comprend 21 cas au 1er degré avec 16 guérisons apparentes, 57 cas au 2e degré avec 9 guérisons apparentes et 29 cas au 3e degré sans guérison.

En Italie, Cesare Serono a préparé un cyanure spécial de cuivre et de potassium, dans lequel le cuivre se trouve sous une forme analogue à celle du fer dans le ferro-cyanure ; il s'agirait donc d'une forme chimique intermédiaire, comprise entre les cyanures doubles et les cyanures complexes. Ce sel est constitué par des cristaux blancs clinorhombiques, solubles dans l'eau et dans l'alcool.

La dose mortelle est, d'après Trocello, de 3 milligrammes par kilo pour le lapin. La solution à 1 °/oo porte le nom de *cuprocian* ; elle n'est pas nécrosante et peut s'injecter sous la peau ou dans les muscles, ce qui constitue un progrès évident dans les cas où, pour une cause quelconque, l'injection intra-veineuse n'est pas possible. Les injections hypodermiques et intramusculaires se font tous les deux jours, à la dose de 4 milligrammes pendant plusieurs mois. Les injections intraveineuses se font à la dose de 10 milligrammes, la première à la dose de 5 milligrammes seulement ; ces doses sont normales pour les adultes de 60 kilogrammes ; la tolérance aux doses plus élevées, variable avec les sujets, ne correspond ni à la forme clinique, ni au degré de la tuberculose, mais elle est en raison directe de la constitution et de l'état général du sujet ; le choix opportun des doses est un facteur important de succès. La cure est longue et nécessite de nombreuses séries : certains malades ont été traités pendant deux ans. Les séries sont de 10 à 24 injections espacées de quatre à sept jours.

Le cuprocian triomphe dans les formes circonscrites initiales de la tuberculose (adénites hilaires, corticopleurites, broncho-pneumonies, etc.) ; il donne quelques améliorations dans les formes broncho-pneumoniques ; il échoue dans les formes aiguës ou avancées ; mais, si l'on emploie largement la médication, on arrive parfois à des guérisons inattendues.

La statistique de Serono comprend 98 cas, dont 27 au 1er degré ont donné 16 guérisons apparentes ; 54 au 2e degré et 14 cas au 3e degré n'ont pas donné de guérisons.

L'Ecole Italienne, qui a montré beaucoup de vitalité avec Arzela, Bernardini, Frangipane, Mei, Periti, di Poggio, Rho, Sanvitale, Trocello, Trombetta et Urbino, accorde une grande valeur thérapeutique au cuivre et utilise également, associé ou non au cuprocian, un composé iodo-cuprique, la cuproiodase, qui sort du cadre de cette étude.

* * *

Les auteurs choisissent l'or ou le cuivre, suivant qu'ils attribuent le rôle actif au premier (Bruck et Gluck, Chassevant, Spiess, Feldt) ou au second (Koga, Serono, Trocello, Periti). D'autres, au contraire, considèrent que le radical cyané possède une action thérapeutique prépondérante ; Koga a expérimenté sur le cobaye le cyanure de potassium, avec des résultats inférieurs il est vrai à ceux du cyanocuprol ; Grimberg a utilisé, avec plus de succès que ne lui en donnaient les cyanures métalliques, le cyanure de benzoïle en solution huileuse et l'acide cyanhydrique, sous forme d'eau de laurier-cerise à la dose d'un ou deux centimètres cubes par jour en injections intramusculaires ou intraveineuses, ces dernières plus actives.

Periti préfère le cuivre colloïdal à l'or colloïdal, et le cyanure de cuivre aux autres sels de cuivre ; nous attribuons également au radical cyané l'action antibacillaire et nous avons cherché à l'utiliser sous une forme aussi stable que possible en l'associant à l'argent qui possède une fonction métallique prépondérante puisqu'on ne connaît pas d'argentates alors qu'il existe des aurates et des cuprates ; nous avons choisi le cyanure double d'argent et de potassium en attachant moins d'importance au métal lui-même qu'au renforcement de l'action cyanée : nous indiquons simplement les raisons qui nous ont guidé, sans attribuer une supériorité au cyanure d'argent sur les autres cyanures employés par les écoles allemande, portugaise, japonaise ou italienne, les succès étant dus, à notre avis, beaucoup plus à la posologie qu'au produit lui-même.

Le cyanure double d'argent et de potassium, découvert par Ittner, cristallise en octaèdres réguliers ; il est incolore, inodore, d'un goût métallique ; il est soluble dans 8 parties d'eau froide, 1 d'eau bouillante et 25 d'alcool ; il est inaltérable à la lumière. La dose toxique est, d'après Wortmann, de 8 milligrammes 01 pour le pigeon et de 9 milligrammes 84 pour la souris. Le sel a déjà été utilisé en clinique par Galezowski dans les atrophies tabétiques.

La formule employée est la suivante :

Cyanure double d'argent et de potassium..	5 milligr.
Eau distillée............................	3 c. c.
Acide carbonique........................	à saturation

pour une ampoule stérile, en verre neutre, à employer uniquement par voie intraveineuse.

La formule est analogue à celle du cyanocuprol, moins le chlorure de calcium destiné à atténuer les réactions, car il est plus simple de les supprimer ; l'acide carbonique a pour but de stabiliser la solution ; le liquide est caustique et doit être injecté uniquement par voie intraveineuse en ayant soin de ne pas laisser fuser le liquide en dehors de la veine.

Nous indiquons 5 milligrammes comme la dose type et ceci nous conduit à quelques considérations générales sur le dosage. Les doses fortes sont celles qui donnent les résultats les plus brillants, mais au prix de quels ennuis pour le médecin et de quelles angoisses pour le malade, car elles sont naturellement subtoxiques et réactives ; les doses moyennes offrent moins de danger, mais ne mettent pas à l'abri de réactions légères mais pénibles : les doses faibles seules sont utilisables dans la pratique, car elles donnent toute sécurité au médecin et toute confiance au malade ; nous croyons que ces dernières sont préférables d'une manière générale, car elles ne font pas *travailler* l'organisme si fragile des tuberculeux pulmonaires. Les partisans des doses fortes sont Koga, Otani, Sugai et Faria ; des doses moyennes Bruck, Gluck, Masuda, Matsuda et Serono ; des doses faibles Junker, Rosenthal, Grimberg et nous-même. En procédant à cette énumération nous n'entendons critiquer aucune des trois méthodes qui présentent respectivement leurs avantages et leurs inconvénients et qui, suivant les conceptions et le tempérament des auteurs, sacrifient, dans une certaine mesure, soit la sécurité à la rapidité, soit la rapidité à la sécurité ; le médecin, maître de sa technique parviendra cependant à concillier ces deux éléments en déterminant et en respectant le seuil réactif de chaque sujet. D'une manière générale la dose de cinq milligrammes de cyanure d'argent et de potassium par injection met à l'abri des incidents ; par excès de précaution on fixe la première injection à trois ou quatre milligrammes seulement.

L'injection peut être faite à n'importe quel moment de la journée ; le sujet est de préférence dans la position couchée et on pousse le liquide lentement. La fièvre, l'hémoptysie, la dyspnée, la menstruation, la grossesse, le pneumothorax abandonné ne sont pas des contre-indications aux doses indiquées.

L'intervalle des injections est en moyenne de sept jours : il y a intérêt à rapprocher les piqûres en diminuant légèrement la dose jusqu'à deux et trois fois par semaine, si le cas est urgent et pour les premières seulement.

Les résultats sont assez rapides ; si, dans les six premières semaines du traitement, on n'enregistre pas une amélioration sensible, le malade ne retirera vraisemblablement pas de profit de la cure cyanée.

L'augmentation de poids constitue le meilleur critérium de l'amélioration ; car elle marche parallèlement avec le relèvement de l'état général, qui, à notre avis, représente l'élément essentiel et fondamental du pronostic, tout au moins dans l'emploi des cyanures.

Le traitement comprend deux phases : l'une de cure, l'autre de consolidation, la seconde étant à notre avis la plus importante puisqu'elle maintient les résultats en les renforçant. L'injection hebdomadaire est pratiquée jusqu'à la guérison apparente ; puis on espace les piqûres à 15 jours, pendant un temps égal à le durée de la première phase. Cette règle n'a rien d'absolu et on peut prolonger le traitement hebdomadaire sans le moindre inconvénient.

Nous avons établi notre statistique dans l'esprit le plus critique et le plus pessimiste ; elle comprend 398 cas, 229 au 1er degré avec 162 guérisons apparentes, 81 au 2e degré avec 17 guérisons apparentes et 88 au 3e degré sans guérisons : ces guérisons apparentes se sont maintenues depuis plusieurs années (de 2 à 7 ans), mais il est préférable d'user de prudence et de faire systématiquement des réserves sur l'avenir de ces malades.

***

Si nous comparons les différentes statistiques, nous arrivons aux chiffres suivants :

Statistique	Nombre de cas	Guérisons apparentes
1er degré :		
Koga...........	26	65 %
Masuda........	17	58 %
Matsuda........	21	78 %
Serono..........	27	59 %
Personnelle.....	229	68 %
2e degré :		
Koga...........	17	30 %
Masuda.........	36	25 %
Matsuda........	57	16 %
Personnelle.....	81	21 %
3e degré		
Koga...........	12	8 %

On remarquera tout d'abord que, si cinq statistiques donnent des résultats positifs au premier degré, quatre seulement figurent au deuxième degré et une seule au troisième. Il ne faut pas compter, sauf exceptions heureuses, sur les cyanures doubles au troisième degré ; la marche de la maladie est ralentie, mais le résultat final est toujours le même ; nous pensons que le cyanure ne donne rien en présence d'un état général délabré et ruiné, en signalant toutefois la différence à faire avec un état général, même très mauvais, mais simplement intoxiqué et non irrémédiablement atteint dans ses tissus et ses organes.

Dans leur ensemble ces résultats paraîtront médiocres, en regard des chiffres brillants annoncés par des observateurs qui s'illusionnent de bonne foi ou qui choisissent soigneusement leurs cas ; nous n'avons pas à entrer dans ces considérations et nous nous contenterons simplement de soumettre au jugement des praticiens les résultats globaux obtenus en additionnant les cas des statistiques précédentes.

Degré	Nombre de cas	Guérisons apparentes
1er	320	69 %
2e	191	20 %
3e	12	8 %

Ces chiffres nous semblent répondre à la réalité des

cas, tels qu'ils se rencontrent sans tri ni choix : ils sont un peu supérieurs aux pourcentages de curabilité pratique admis par Burnand et qui sont respectivement de 50 à 60 % au 1er degré, 10 à 15 % au 2e degré et 1 à 2 % au 3e degré.

Les résultats éloignés du traitement cyané nous ont paru très stables, et il est probable qu'ils dépasseront, dans une proportion encore plus forte, que l'avenir fixera, les pourcentages de guérison définitive de Burnand (30 à 40 % au 1er degré et 3 à 5 % au 2e degré).

BIBLIOGRAPHIE

1. Arzela (I.). Ulteriore contributo sperimentale sull'aziome del cianuro di rame e potassio nella tubercolosi della cavia. *Rassegna di Clinica Terapia e Scienze affini*, XXI, 11-12, 1922. — 2. Behring (E.). Gesammelte Abhandlungen zur aetiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten, Leipzig, G. Thieme, 1893. — 3. Bernardini (B.). La terapia cianocuprica della tubercolosi polmonare. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze affini*, XXIII, 2, 1924. — 4. Bruck (C.) et Gluck (A.). Wirkung intravenoser Injektionen mit Aurum Kalium Cyanatum bei ausserer Tuberkulose und Lues. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 2. — 5. Burnand (R.). La guérison de la tuberculose pulmonaire, Paris, Baillière, 1923. — 6. G. Cantieri (C.). Alcune note cliniche sulla tubercolosi delle Sierose e dei Polmoni con speciale riguardo alla loro cura. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXV, 4, 1926. — 7. Chassevant (A.). A propos du tricyanure d'or. *Bulletin de Thérapeutique*, 9 février 1914. — 8. Collina (G.). La chimioterapia della tuberculosi polmonare (Rivista sintetica). (*Rivista di patologia e clinica della tubercolosi*, 31 août 1928. — 9. Faria (R.). Tratamento da tuberculose pulmonar pelo cianeto d'ouro e potassio en injeçoes intravenoses. Dissertaçao inaugural. Lisboa, Adolpho de Mendonça, 11917. — 10. Faria (R.). Valor terapeutico de cianeto d'ouro e potassio na tuberculose pulmonar. *A Medicina contemporanea*, 1er avril 1928. — 11. Feldt (A.). Zur Chemotherapie der Tuberkulose mit Gold. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 12, 1913. — 12. Feldt (A.). Die Goldbehandlun g der Tuberkulose und der Lepra. Halle, C. Marhold, 1924. — 13. Ferranini. La chemotherapia della tuberculosi. *La Medicina Italiania*. février 1321. — 14. **Ferrari**. Sulla chemotarapia cuprica della tubercolosi. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXII, 5-6, 1922. — 15. Fichera et Vizza. Sulla chemoterapia della tubercolosi. L'azione dei sali di rame e zinco sullo sviluppo del bacillo tubercolare. *Folia Medica*, nos 13 et 16, 1921. — 16. Frangipane. Cura cuprocianica della tubercolosi polmonare. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXII, 1-2, 1923. — 17. Galezowski. Du traitement des atrophies des papilles ataxiques par les injections hypodermiques de cyanure d'or, cyanure de platine et cyanure d'argent. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1883. — 18. Grimberg (A.). Traitement des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire par l'injection d'eau distillée de laurier-cerise. *Paris médical*, 8 février 1919. — 19. Hollande (Ch.) et Gate (J.). Chimiothérapie de la tuberculose par le cyanure de cuivre et de potassium. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1920, LXXXIII, 178. — 20. Inove (Z.) et Hanaoka (K.). Clinical experiences of cyanocuprol. *Sei-i Kwai Medical Journal*, Tokio, 1917, XXXVI, 17. — 21. Junker. Neuere immunisierende und medikamentose Tuberkuloseheitmittel. *Zeitschrift für artztliche Fortbildung*, 1913, n° 23. — 22. Junker. Zur Goldcyanbehandlung der Lungentuberkulose. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 25. — 23. Koch (R.). Uber bakteriologische Forschung. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1890, XVI, 756. — 24. Koga (G.). A contribution to the chemotherapy of tuberculosis First experimental rapport. *Journal of Experimental Medicine*, 1916, XXIV, n° 2. — 25. Koga (G.). A contribution to the chemotherapy of tuberculosis. First clinical report. *Journal of Experimental Medicine*, 1916, XXIV, n° 2. — 26. Koga (G.). Cyanocuprol, its chemical composition and method of preparation. *China medical Journal*, Shanghaï, 1917, XXXI, 337. — 27. Lafont (J.). Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraveineuses de cyanures doubles et complexes (méthode anoxémique). Clermont-Ferrand, Mont-Louis, 1921. — 28. Lafont (J.). La chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire en Italie. *Moniteur médical*, 9 septembre 1924. — 29. Lafont (J.). Les bases scientifiques du traitement de la tuberculose pulmonaire par les cyanures doubles (méthode anoxémique). *Progrès médical*, 28 mars 1925. — 30. Laumonier (J.). Chimiothérapie de la tuberculose . *Revue de chimiothérapie et de médecine générale*, janvier-février, 1917. — 31. Linden (G. von). Beitrage zur Chemotherapie der Tuberkulose. Die Ergebnisse des Finklerschen Heilverfahrens bei der Impftuberkulose des Meerschweines. *Beitrage zur Klinik der Tuberculose*, XXIII, 201, 1912. — 32. Linne. Amœnitates academicæ, 1760. T. 4, p. 40. — 33. Magendie. Recherches physiologiques et chimiques sur l'emploi de l'acide prussique dans le traitement des maladies de poitrine et particulièrement dans la phtisie pulmonaire, Paris, 1819. — 34. Masuda (T.-I.) et Matsuda (T.-K.). Clinical experience with Koga's cyanocuprol. *American Journal of the medical Sciences*, CLVI, n° 1, 1918. — 35. Mayer. Zur Chemotherapie der Lungentuberkulose. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 28. — 36. Mei (A.). Primi risultati chemioterapici nella tubercolosi e nella lebbra in Cirenaïca mediante i preparati ciano-cuprici. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini* XX, 3-4, 1921. — 37. Meissen (E). Meine Erfahrungen bei Lungentuberkulose mit Jodmethylenblau und Kupferpraparation. *Beitrage zus Klinik der Tuberkulose*, XXIII, 215, 1912. — 38. Merat et Delens. Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique, Paris, 1829, T. 5, p. 175. — 39. Otani (M.). The treatment of tuberculosis with cyanocuprol. *Journal of Experimental Medicine*, XXIV, n° 2, 1916. — 40. Pekanovitch. Chemotherapeutische Versuche bei Lungentuberkulose. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 28. — 41. Periti. La chemoterapia clinica della tubercolosi con preparati di rame e d'oro colloidali nonche composti cianocuprici. *Rivista critica di clinica medica*, 5 juillet 1924. — 42. Poggio, (E. di). Cura della tubercolosi con i cuprici. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienza Affini*, XXII, 3-4, 1923. — 43. Renon (L.). et Mignot (R.). Toxicité expérimentale du cyanure de cuivre et de potassium *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1917, LXXX, n° 13. — 44. Rho (F.). Cupric and Cyanocupric preparations in the therapy of tubercolosis and leprosy. *Journal of tropical medicine and hygiene*, XVII, 23, 1er décembre 1924. — 45. Rho (F.). I preparati cuprici e ciano-cuprici nella terapia della tubercolosi e della lebbra. *La Medicina Italiana*, VI, 3, mars 1925 et *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXIV, 3, 1925. — 46. Rondoni. La chemioterapia della tubercolosi. Tentativi e speranze (Rivista sintetica). *Lo Sperimentale e Rivista Critica di Clinica Medica*, XVII, nos 48-49, 1919. — 47. Rosenthal (G.). Documentation étrangère sur le tricyanure d'or, médicament chimiothérapique du terrain tuberculeux. *Bulletin de thérapeutique*, 23 janvier 1914. — 48. Rosenthal (G.). Le tricyanure d'or agent d'inhibition de la prolifération du bacille de Koch. *Archives générales de médecine*, février 1914. — 49. Sanvitale. Sopra sette casi di tubercolosi polmare curati col cianuro doppio di rame e potassio. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXI, 7-8, 1922. — 50. Serono (C.). Chemioterapia della tubercolosi e della lebbra con i preparati cuprici e ciano-cuprici. (Nota preventiva). *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XIX, 5-6, 1920. — 51. Serono (C.). Cuprocian e Cuproiodase nella cura della tubercolosi e della lebbra. Primi risultati. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XIX, 11-12, 1920. — 52. Serono (C.). La chemioterapia della tubercolosi e della lebbra con i preparati cuprici e ciano-cuprici. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XX, 7-8, 1921. — 53. Serono (C.). La terapia cuprica della tubercolosi e della lebbra. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXI, 9-10, 1922. — 54. Spiess (G.). Die Goldtherapie der Tuberkulose. *Beitrage zur Klinik der Tuberkulose*, LXVI, 4, 1927. — 55. Stephani (Th. et J.). Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or. *Progrès médical*, 3 novembre 1928. — 56. Strauss (A.). Meine Erfahrungen mit Jodmethylenblau und Kupferpraparaten bei ausserer Tuberkulose, speziell bei Lupus. *Beitrage zur Klinik der Tuberculose*, XXIII, 223, 1912. — 57. Sugai (T.). The Chemotherapy of leprosy and tuberculosis. *American Journal of the medical Sciences*, CLVI, n° 1, 1918. — 58. Trocello. Il cianuro doppio di rame e potassio nella tubercolosi sperimentale. *Annali di Medicina Navale e Coloniale*, XXVII, vol. II, 1-2. — 59. Trocello. La terapia cuprica della tubercolosi. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXI, 5-6, 1922. — 60. Trocello. Ulteriore contributo sperimentale sull'azione del cianuro di rame e potassio nella tubercolosi della cavia. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXI, 11-12, 1922. — 61. Trocello. Ricerche sperimentale sulle proprieta leucocitogene del cianuro di rame e potassio. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXII, 7-8, 1923. — 62. Trombetta (C.). Osservazioni cliniche sulla cura della Tubercolosi con i preparati di rame. *Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, XXIV, 3, 1925. — 63. Trousseau. Traité de thérapeutique, 1862. T. 1, p. 385. — 64. Urbino. Le traitement chimiothérapie de la tuberculose et de la lèpre. *Presse médicale*, 7 octobre 1925, XXXIII, 80. — 65. Wortmann (F.). Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Cyansilbercyankalium. Kiel, A.-F. Jensen, 1897.

L'absence d'honnêteté et la fraude de la part des malades, des pharmaciens et des médecins, une atteinte générale à la morale publique, voilà ce qu'amène l'assurance.

Hoffmann

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Traitement des dysenteries [1]

Par le Professeur Maurice LOEPER.

Le terme de dysenterie s'applique à une affection ou plutôt à un syndrome clinique, caractérisé par des douleurs abdominales, du ténesme rectal, des selles fréquentes, non fécales et mucorrhéiques ; il est conditionné par des lésions de recto-colite ulcéreuse, dont l'étiologie n'est pas univoque. Il existe, en effet, non pas une, mais des dysenteries ; les plus habituelles, de beaucoup, sont les amibiennes et les bacillaires ; les plus rares, dont la fréquence semble pourtant s'accroître, sont dues à des flagellés ou à des spirilles. On conçoit que la thérapeutique varie selon que l'on a affaire à l'une quelconque de ces variétés : elle ne saurait être instituée rationnellement qu'après la détermination du germe en cause, puisque l'amibe commande l'émétine, le bacille, le sérum ou le vaccin ; les autres parasites, les arsenicaux.

***

La dysenterie amibienne n'est qu'une des expressions cliniques de l'amibiase qui peut se localiser, en dehors du côlon terminal, au cæcum, au grêle, au foie, au poumon, voire même à la rate et au cerveau. Dans ses manifestations intestinales, elle évolue sans fièvre, sous une allure chronique entrecoupée de poussées aiguës ; sa complication majeure est l'hépatite aiguë ou chronique, congestive ou suppurée. Ses lésions sont celles d'une colite ulcéreuse, entraînant des altérations profondes et difficilement réparables, dont l'évolution normale tend vers la sclérose et le retrécissement.

Quelque fruste ou atypique que soit la traduction clinique de l'amibiase intestinale, quelqu'anormales que puissent être les conditions dans lesquelles elle survient, puisqu'elle est loin d'être l'apanage des pays tropicaux, son diagnostic est grandement aidé par l'examen des selles. A première vue, lorsqu'on observe entre lame et lamelle une parcelle de mucus, on est frappé par l'abondance des hématies, des leucocytes, des microbes divers. La caractéristique est donnée par la présence de l'amibe ou de ses kystes : évidente dans les poussées aiguës, elle doit être recherchée avec persévérance dans la phase chronique de la maladie ; il est parfois nécessaire qu'on « enrichisse les selles » soit en injectant de l'émétine ou du cyanure de mercure, soit en administrant un lavement d'ipéca, soit, comme le recommandent Lenoir et Mathieu de Fossey, un lavement ou une injection de bile.

Connue depuis longtemps, puisque c'est en 1859 que Lambl la découvrit, dénommée à tort par Loësh amœba coli, ce n'est qu'en 1891 que s'affirme son rôle pathogène à la suite des observations de Councilmann et Lafleur. Shaudin en 1903, après plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut surtout citer Kartulis, distingue l'Amœba dysenteriæ de l'Amœba coli non pathogène et d'après les travaux plus récents de Waltker, de Hartmann, de Whitmore on distingue à l'amibe dysentérique deux types : l'un, A. histolytica apparaît au moment des crises aiguës, l'autre A. tetragena s'observe dans les périodes intercalaires.

(1) Leçon recueillie par le Dr André LEMAIRE, préparateur à la Faculté.

L'amibe dysentérique, dont le diamètre varie de 15 à 40 et même 50 μ a trois caractères essentiels : sa mobilité, la différenciation de son protoplasme en endo- et ectoplasme et ses inclusions hématiques ; ces deux derniers caractères la distinguent de l'amibe du côlon.

En dehors des poussées aiguës on ne trouve plus l'amibe, mais plutôt sa forme de résistance : le kyste sphérique à double membrane, atteignant 15 μ de diamètre, pourvu de 1 à 4 noyaux et d'un chromidium.

L'amibiase intestinale est une affection rare en Europe puisque, au dire de Brumpt, on n'en rencontre qu'un cas sur 15.000 individus, tandis qu'aux Indes, elle est 50 fois plus fréquente. Elle sévit avec une prédilection marquée dans les pays chauds et tropicaux, où elle règne à l'état endémique. En France, le plus grand nombre de cas est fourni par les coloniaux rapatriés ; mais, pendant la guerre, on a connu d'assez nombreux exemples de dysenteries autochtones, écloses au contact des contingents indigènes contaminés (Dopter, Lemoine, Chauffard, Ravaut et Kronulitski) maintenant encore, assez fréquentes pour qu'on y doive songer dans la pratique courante.

La dysenterie amibienne est en effet contagieuse, soit directement par l'intermédiaire des mains souillées de matières kystifères, soit indirectement par l'eau, les légumes ou les fruits consommés crus. Le rôle des mouches est discuté, soit qu'elles transportent sur leurs pattes des kystes amibiens vivants, soit qu'elles les disséminent par leurs déjections ; mais dans l'un et l'autre cas, la dessiccation en aurait raison en quelques heures. Pourtant les eaux qui renferment des corps de mouches contaminées peuvent être virulentes pendant 8 à 10 jours ; la désinfection des eaux potables, l'hygiène corporelle, la proscription des aliments crus sont les indications majeures de la prophylaxie (Roubaud).

Je n'ai pas l'intention d'en décrire la symptomatologie : il me suffira de rappeler combien polymorphes en sont les aspects cliniques ; à côté des formes dysentériques évoluant par poussées et comportant à ce point de vue plus d'une analogie avec le paludisme ou la syphilis, on connaît bien maintenant les formes qui prennent l'allure d'une colite ou d'une entérite banales, celles qui se traduisent seulement par des signes d'atteinte générale, tellement en sont frustes les manifestations intestinales ; celles enfin dont le premier signe clinique est une hépatite congestive ou suppurée.

***

J'en arrive à la thérapeutique : l'*ipéca* et ses dérivés la résument presqu'exclusivement.

Depuis longtemps les indigènes du Brésil employaient l'ipéca dans le traitement des diarrhées ; il ne fut connu en France qu'au XVIIe siècle, introduit semble-t-il par un marchand du nom de Granier et vanté par Legras le Père La Chaise et Helvétius. Ce dernier en obtint des résultats si remarquables que Louis XIV lui acheta son secret pour 1.000 louis d'or. Ce n'est qu'au XIXe siècle que les médecins coloniaux reprirent cette médication, et seulement en 1912 que Vedder, Rogers, aux Indes, Chauffard en France généralisèrent l'emploi de l'émétine, découverte par Pelletier un siècle plutôt, et déjà préconisée par Magendie dans le traitement de la dysenterie. L'ipéca est la racine séchée de *cephælis ipecacuanha*, petite plante de la famille des rubiacées qui pousse spontanément au Brésil dans les terrains marécageux ; l'ipéca annelé de l'Amérique du Sud est bien supérieur à l'ipéca violet de Carthagène ou à l'ipéca ondulé de Rio-de-Janeiro. Sa récolte, difficile, et dangereuse à cause du paludisme, est pratiquée surtout par la tribu des Poyaréos. L'Uruguay et les Etats-Unis en

produisent annuellement 8.000 kgr. les colonies françaises et anglaises 1.400 kgr., la Belgique 325 kgr.

L'ipéca peut s'administrer de façons diverses. La méthode la plus anciennement connue est celle dite à la *brésilienne*. On fait macérer 6 à 8 gr. de poudre dans un bol d'eau pendant 12 heures. La macération ainsi obtenue est absorbée en plusieurs fois le premier jour. La poudre résiduelle est reprise le lendemain en infusion, le surlendemain en décoction. En trois jours, on améliore ou même, on guérit transitoirement une poussée aiguë de dysenterie après une phase initiale d'exacerbation de la colite.

Les médecins coloniaux recommandent une prescription un peu différente, dite de Béranger Feraud : 4 gr. de poudre d'ipéca sont mis à bouillir pendant 5 minutes dans 300 gr. d'eau : on filtre, et on ajoute un peu d'hydrolat de cannelle et 30 gr. de sirop d'opium pour combattre l'effet émétisant. Cette préparation, administrée d'heure en heure par cuillerées à soupe, donne d'excellents résultats.

Les pilules de Segond sont encore d'un emploi classique dans les colonies françaises : elles associent aux propriétés antidysentériques de l'ipéca, l'action purgative du calomel, et les vertus calmantes de l'opium.

Poudre d'ipéca	0.05
Calomel	0.02
Extrait thébaïque	un ctgr.

Pour 1 pilule, 4 à 6 par jour, soit 0,20 à 0,30 d'ipéca.

On a intérêt à les utiliser quand l'émétine est contre-indiquée.

Les lavements d'ipéca sont peu employés, tout au moins dans les périodes aiguës de la dysenterie, en raison de l'intolérance du rectum. On arrive pourtant à les faire absorber, soit en les donnant sous faible volume, soit en y ajoutant du laudanum ; ils sont toujours constitués par une infusion d'ipéca (4 gr. pour 250) ou par l'extrait aqueux. Carnot et Friedel recommandent le pansement rectal avec une infusion d'ipéca gélosée à 2 %.

C'est également dans la phase chronique de la maladie qu'est spécialement indiquée la pâte de Ravaut :

Poudre de charbon	aa 100 gr.
Sous-nitrate de bismuth	
Sirop simple	
Glycérine	
Poudre d'ipéca	1 gr.

3 à 10 cuillerées à café par 24 heures. Pâte noire, sans saveur, assez bien acceptée par les malades, elle joint à l'action spécifique de l'ipéca, l'action topique du bismuth et les qualités adsorbantes de la poudre de charbon.

***

L'emploi de l'*émétine*, dont Chauffard, le premier en France en 1913, s'est fait le promoteur, réalise un progrès incontestable dans le traitement de l'amibiase. Elle représente le principe actif de l'ipéca, associée à la céphéline (alcaloïde peu amœbicide mais émétisant), et à la psychotrine, dont les propriétés sont mal connues. Au point de vue pharmacodynamique, l'émétine agit comme hypotenseur et contracte les fibres lisses ; elle est légèrement émétisante. Un certain nombre de réactions simples la différencient de la céphéline : l'acide sulfomolybdique colore l'une en vert, l'autre en violet ; le réactif de Millon et l'acétate de mercure virent en présence de la première au jaune, de la seconde au violet. Fait curieux, si elle fut utilisée en thérapeutique, c'est semble-t-il à la suite de deux expériences faussement interprétées : à la dilution de 1/1000 d'après Vedder, de 1/10.000 et même de 1/100.000 d'après Rogers, elle tue les amibes avec lesquelles on la met en contact. Gauducheau puis Carnot critiquent la valeur de ces constatations ; et il est bien certain que dans l'organisme, la dilution de l'émétine est telle qu'elle ne saurait agir comme amœbicide directe. Son effet est pourtant remarquable.

Le chlorhydrate d'émétine s'injecte par voie intra-musculaire ; la voie intraveineuse, recommandée par Petzetakis n'étant utilisée que dans les cas particulièrement sévères. Selon la gravité de l'amibiase, on administrera par 24 heures 1 à 2 des ampoules suivantes :

Chlorhydrate d'émétine	0.04
Eau distillée	2 cmc.

Certains auteurs vont jusqu'à 10 et 12 centigr. par jour. La dose sera, selon son importance, répétée tous les jours ou tous les deux jours, mais la cure ne devra pas dépasser 1 gr. à 1 gr. 20, sous peine d'intoxication : l'émétine en effet s'accumule dans l'organisme et son évacuation se fait de façon irrégulière et en 40 jours. Dès les premières piqûres une amélioration parfois extraordinaire survient : les glaires et le sang disparaissent des selles comme si l'émétine agissait à titre d'hémostatique, celles-ci diminuent de fréquence, redeviennent fécales et moulées ; les amibes ont disparu. Il ne faudrait pourtant pas croire à une guérison complète : il ne s'agit que d'une sorte de blanchiment et des rechutes surviendront si des cures d'entretien ne sont pas régulièrement instituées.

L'ipéca et l'émétine, dont les propriétés pharmaco dynamiques sont voisines, ont également les mêmes effets toxiques : au niveau de la peau ils peuvent provoquer des érythèmes phlycténulaires ; sur la conjonctive on les a vus déterminer des ulcères de la cornée (Moreau). Au point de vue général, on peut noter, quand on dépasse la dose d'un gramme, de l'hypotension, des parésies diverses, des troubles urinaires. Plus curieux encore sont les cas d'anaphylaxie manifestés sous forme d'asthme dont Trousseau rapporte un exemple demeuré classique. Récemment, Widal en donnait la preuve en reproduisant par l'ipéca chez un pharmacien sensibilisé, des crises d'asthme ou des cutiréactions positives. Il est au moins curieux de faire remarquer, en passant, certaines analogies de l'ipéca et de l'émétique, tous deux émétisants et tous deux irritants pour les téguments.

L'émétine ne suffit pourtant pas à stériliser un intestin des amibes qu'il contient ; l'émeto-résistance est possible et risque de s'accentuer si l'on insiste sur la médication ; d'autre part, l'émétine très active vis-à-vis des amibes, est à peu près sans action sur les kystes. Je n'insiste pas sur l'*iodure double d'émétine et de bismuth*, vanté par de Metz et administré par voie buccale en pilules kératinisées de 0.05 ; il agirait efficacement sur les kystes, mais il est le plus souvent très mal toléré et de ce fait peu utilisé.

***

Les *arsenicaux*, par contre, sont employés couramment. C'est Milian, qui ayant guéri de sa dysenterie par le seul traitement arsenical un malade à la fois syphilitique et amibien, préconisa cette thérapeutique. Ravaut et Kronulitzki, à l'armée d'Orient, inaugurèrent les cures mixtes, arséno-émétiniques en intercalant toutes les 3 injections d'émétine, une injection intraveineuse de novar à 0.15 ou à 0.30. Carnot préfère les cures successives, le novarsénobenzol rompant l'accoutumance à l'émétine. On peut aussi utiliser le cacodylate de soude, ou le sulfarsénol. Il semble que l'arsenic agisse à la fois comme parasiticide et comme

tonique général. Ravaut (1) est revenu récemment sur les bons effets de l'arsénobenzol qui constitue pour lui encore le meilleur parasiticide : l'injection s'impose en période aiguë, tandis qu'en période chronique on recourra à l'ingestion ou au lavement. Chez tous les sujets porteurs de kyste, il y a lieu de donner pendant longtemps, 2 à 3 jours par semaine de petites doses d'arsenobenzol. On pourrait même utiliser à titre préventif les comprimés à 0.10, comme on fait de la quinine en pays impaludé. Plus volontiers qu'au novarsénobenzol en pilules kératinisées, on recourt à l'heure actuelle au stovarsol dont je reparlerai plus loin : Marchoux puis Delanoë, Nogué et Léger l'ont vu stériliser les selles de leurs formes amibiennes. Le plus souvent il doit être associé à l'ipéca ou à l'émétine ; c'est également la conclusion de G. Marie au sujet du tréparsol qui n'est pas très éloigné (2).

Je ne fais que citer comme adjuvants à la cure de l'amibiase, le *kho-sam*, le *simarouba*, les lavements au nitrate d'argent ou à la liqueur de Labarraque ; ceux-ci ne sont indiqués que dans les dysenteries chroniques ayant résisté à tous les traitements précédents.

L'*amibiase hépatique* comporte les mêmes indications thérapeutiques médicales : l'émétine administrée à temps en est le meilleur traitement préventif. Grâce à l'émétine, l'hépatite abortive doit devenir la règle en matière d'hépatite amibienne. Mais il est bien évident que dans les gros abcès collectés, l'ouverture chirurgicale s'impose, dont l'émétine et l'ipéca viendront consolider l'action.

Mais je veux insister sur le fait que la thérapeutique médicale de l'amibiase doit être très variée, alternante et longtemps poursuivie :

En période aiguë, 6 à 8 centigrammes d'émétine par jour pendant 10 jours, associée ou non à l'arsenic ; en cas d'intolérance, ipéca à la brésilienne ou pilules de Segond.

En période chronique : 4 centigr. d'émétine par jour, stovarsol, lavements d'ipéca, pâte de Ravaut.

A côté du traitement d'attaque, le traitement de fond consistera en cures alternées d'émétine, d'ipéca, d'arsenic, qui devront être continuées durant des mois et des années jusqu'à disparition des amibes et des kystes ; traitement sans lequel, le malade, blanchi par une première cure et se croyant guéri, reste exposé à des rechutes plus ou moins lointaines, ou même à la complication toujours sérieuse que représente l'hépatite amibienne.

* * *

Différente par son agent causal, par ses lésions anatomiques, par ses manifestations cliniques et ses complications qui sont celles d'une maladie générale, la **dysenterie bacillaire** diffère aussi par son traitement : loin d'être presqu'exclusivement chimiothérapique comme celui de la dysenterie amibienne, il est avant tout séro- et vaccinothérapique.

Maladie saisonnière, procédant par épidémies plus ou moins étendues, la dysenterie bacillaire s'observe surtout dans les pays tempérés : sa spécificité, longtemps discutée, fut affirmée en 1883 par la découverte due à Chantemesse et Widal d'un bacille spécial étudié par la suite en 1898 par Shiga. Les recherches ultérieures de Flexner, de His, de Strong, firent connaître l'existence de germes voisins, différant du bacille de Shiga par leurs caractères culturaux et leurs propriétés biologiques. Si bien qu'on distingue plusieurs types de dysenteries bacillaires doués chacun d'une spécificité bactériologique. Il n'en est pas moins vrai cependant, que les dysentéries à Shiga, souvent graves et d'allure épidémique, sont favorablement influencées par le sérum antishiga, tandis que les dysenteries à bacilles de Hiss, Flexner ou Strong, bénignes et sporadiques, ne réagissent que médiocrement à la sérothérapie spécifique.

Les formes légères sont justiciables des seuls purgatifs : le sulfate de soude, le sulfate de magnésie, le sel de Seignette qui seront administrés à doses réfractées ou décroissantes et pendant plusieurs jours. Le calomel donne parfois de meilleurs résultats, sans doute à cause de son action sur l'élimination biliaire. Je ne parle pas des lavements au permanganate de potasse ou au nitrate d'argent qui sont abandonnés maintenant car ils sont très douloureux.

La *sérothérapie* est presqu'exclusivement réservée à la dysenterie à bacille de Shiga : le sérum antishiga est actuellement reconnu comme le seul actif et il est rigoureusement spécifique. Découvert par Shiga en 1898, il donna d'emblée des résultats encourageants, bien qu'il fût seulement antitoxique. Les sérums employés actuellement sont du type de ceux de Rosenthal, de Vaillard et Dopter (1905), à la fois antitoxiques et antimicrobiens. L'efficacité de ce traitement n'est plus à discuter puisqu'il permit à Shiga d'abaisser la mortalité de 35 % à 11 %, à Rosenthal de 11 % à 4 %, à Kruse de 11 % à 9 %. En France, Vaillard ne note grâce au sérum que 1,7 % de mortalité sur 512 cas dont 200 graves. Pour en obtenir tous ses effets, il faut que la sérothérapie soit précoce et intensive : il faut certes proportionner la dose de sérum à la gravité de la dysenterie, mais la prescription d'injecter 20 cc. pour 20 selles, 40 cmc. pour 40 selles etc., me semble un peu simpliste, mieux vaut atteindre d'emblée les doses de 60 cmc. pour les cas légers, 100 ou même 150 cmc. pour les cas graves, qu'on renouvellera les 2 ou 3 jours suivants. L'effet est remarquable, et presque immédiat : les douleurs s'amendent, les selles diminuent et redeviennent fécales, l'état général se transforme, la durée de la maladie est écourtée. Les accidents possibles sont ceux de toute sérothérapie : l'emploi de sérum chauffé purifié ou vieilli en atténue la fréquence.

La *vaccinothérapie*, déjà réalisée par Shiga en 1898, reprise par de nombreux auteurs avec des succès divers, mérite d'être plus largement employée. Rathery, Dournay, Ranque et Senez, d'Hérelle, se sont adressés soit aux stock-vaccins soit de préférence, aux auto-vaccins. De quelque type qu'il soit, dans une dysenterie déclarée le vaccin s'est toujours montré inférieur au sérum ; il n'est guère indiqué que lorsque la sérothérapie a été inefficace. La vaccination reste avant tout une pratique de *prophylaxie*. Ni les essais initiaux de Shiga utilisant la toxine pure ou le mélange toxine antitoxine, ni les différentes sortes de vaccins stérilisés expérimentés durant la guerre en Angleterre et en Allemagne ne se sont montrés probants. Par contre, les éthéro-vaccins de Vincent antishiga et anti-Flexner ont donné à leurs auteur en 1920-21 des résultats encourageants. Plus récemment Nicolle et Conseil, à la suite des travaux de Besredka sur l'anaphylaxie locale, eurent recours aux vaccins biliés administrés par voie digestive. Sur 2.000 sujets ainsi immunisés la morbidité fut de 2 % ; chez les témoins elle fut de 30 %. Ces faits et aussi ceux de Zlalogoroff en 1925, permettent de conclure que la prévention de la dysenterie est bien près d'être résolue. J'ajoute qu'une immunité passive suffisante mais ne dépassant pas 8 jours peut être obtenue en période d'épidémie par l'injection préventive de 10 cmc. de sérum.

J'ai réservé pour la fin deux méthodes thérapeutiques nouvelles et pleines d'avenir, mais dont l'application n'est pas encore codifiée.

L'*anatoxine* permettra sans doute de réaliser une vaccination antidysentérique aussi simple et aussi efficace que l'antidiphtérique. Elle a été utilisée par Drinnon, Ramon et

(1) *Progrès médical*, 21 avril 1926.
(2) *Bulletin médical*, n° 19, mai 1921.

Said Bilal (1) mais ces auteurs déclarent eux-mêmes que de nouvelles observations sont nécessaires.

Le *bactériophage* mérite qu'on en parle ici puisque c'est en partant des selles des dysentériques que d'Hérelle l'a isolé. Qu'on en fasse un principe chimique, un ferment, ou un ultra-microbe parasite des bactéries, il n'en reste pas moins qu'il a donné à plusieurs auteurs des résultats encourageants : on peut l'administrer sous la peau, mais l'injection doit être unique, sous peine de sensibiliser le sujet à l'infection. Plus simplement on peut recourir à la voie digestive à la dose quotidienne de 2 cc.; l'ingestion même répétée ne sensibilise pas. L'effet thérapeutique est inconstant : pourtant il a permis d'enrayer rapidement une petite épidémie survenue aux Enfants-Assistés et son emploi est courant à l'Institut Oswaldo-Cruz de Rio, où il a donné de remarquables résultats.

* * *

Je serai bref sur le traitement des autres dysenteries : elles sont dues à des protozoaires sur la nocivité desquels on a discuté ; la plupart sont en effet des saprophytes habituels de l'intestin, mais ils peuvent s'associer à l'amibe dysentérique ou devenir par eux-mêmes pathogènes. Ils provoquent alors des troubles intestinaux rebelles, contre lesquels la thérapeutique est peu armée. D'autres sont mieux individualisées

La diarrhée à balantidium implique les purgatifs salins, le calomel, les lavements à l'acide salicylique.

Le tétramitus, le trichomonas sont justiciables de la térébenthine, du thymol et des lavements antiseptiques iodo-iodurés, des arsenicaux.

La dysenterie à lamblia, la dysenterie spirillaire de Le Dantec dont l'agent causal est analogue au spirille de Vincent, possèdent un médicament en quelque sorte spécifique, l'*arsénobenzol et mieux le stovarsol*. Ce dernier, qui rentre dans le groupe des arsenicaux pentavalents, est un composé acétylé et aminé qui s'emploie en comprimés de 0.25 : deux par jour pendant la première semaine : un seul pendant la deuxième semaine, enfin 3 comprimés par semaine pendant 6 semaines, stérilisent le plus souvent un intestin parasité. Le tréparsol agit également bien surtout contre les formes kystiques.

La bilhaziose rectale comporte un médicament spécifique, le tartrate double d'antimoine et de potasse ou émétique en solution à 1 % qu'on injecte à doses croissantes jusqu'à un total de 0.75 à 1 gr. 20. Malheureusement on approche ainsi de la limite de tolérance et les accidents toxiques sont fréquents. Il est curieux de remarquer que la méthode contro stimulante si en faveur au XVIIe siècle utilisait aussi l'émétique aux doses subtoxiques et on n'ignore pas les querelles qui ont marqué son apparition ?

* * *

Le traitement des manifestations intestinales ne résume pourtant pas toute la thérapeutique des dysenteries. Il y a aussi un *traitement général* : en période aiguë, la diète hydrique s'impose, le lait doit être proscrit : on usera largement du sérum artificiel pour lutter contre la deshydratation ; les tonicardiaques sont indiqués dans les formes graves : l'adrénaline dans la dysenterie bacillaire qui touche volontiers les surrénales (Loeper et Oppenheim).

Plus tard il faut se souvenir qu'une diarrhée persistante entraine toujours, comme je l'ai montré, une *spoliation minérale* importante, source elle-même de troubles divers et contre laquelle il faudra se prémunir.

Les lésions locales ne vont pas sans retentir sur le système nerveux intestinal, provoquant des *cœlialgies*, des névrites cœliaques, des douleurs persistantes et rebelles, justiciables d'une cure hydrominérale sédative, particulièrement de celles de Plombières, de Luxeuil et de Néris.

Pour locale que soit la lésion, elle n'en agit pas moins à distance, sur l'organisme entier : ne pas tenir compte de l'intoxication générale, des complications hépatiques, des séquelles d'entéronévrites, serait amputer d'une part importante de ses indications la thérapeutique des dysenteries.

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 2, février 1921.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

La masculinisation des chapons par le sérum de taureau considérée au point de vue de la loi des seuils différentiels et de la loi du « tout ou rien »

Par H. BUSQUET

A. Pezard (1) a constaté que les coqs soumis a une castration subtotale se comportent comme des chapons, si la masse testiculaire restante est inférieure à 0.40 gr., et que, si cette masse est supérieure à 0.40 gr., les animaux présentent des caractères de masculinité. Tout d'abord, la crête rougit et se développe, mais les autres caractères du complexe sexuel peuvent manquer ; chacun de ceux ci (chants, combativité, ardeur génitale, apparaît avec un seuil spécial (loi des seuils différentiels). Dès que le poids du restant glandulaire atteint 0,60 gr., les caractères sexuels secondaires sont au complet et une masse testiculaire plus grande n'accroît ni leur nombre, ni leur grandeur. A partir de 0,60 gr., le testicule donne *tout*, au dessous de 0,40 gr., il ne donne *rien* : si on fait abstraction de le zone des seuils (de 0,40 gr. à 0,60 gr.), on peut donc dire qu'il donne *tout ou rien*.

La masculinisation des chapons par le sérum du taureau, dont j'ai montré la possibilité (2), présente des analogies et des dissemblances avec les faits observés par Pezard. Le complexe sexuel peut se réaliser dans son intégralité chez des chapons recevant journellement *ab ore* une dose de sérum de 5 c. c. Au-dessous de cette dose, on assiste à l'apparition dissociée des caractères de masculinité (3). Le chant est la première manifestation des effets sériques. Il existe pendant plusieurs semaines à l'exclusion de tout autre caractère, puis l'instinct sexuel, la combativité, la disparition de l'adiposité, s'ajoutent à lui. Quant à la crête, elle ne change pas d'aspect, ou elle présente seulement une très légère augmentation de volume et de coloration Les doses faibles de sérum de taureau permettent donc, tout comme la castration subtotale, de réaliser la dissociation des divers éléments du complexe sexuel.

Toutefois, mes résultats diffèrent, à certains points de vue, de ceux qu'a obtenus Pezard dans la zone des seuils différentiels. La crête, chez les animaux observés par cet expérimentateur, rougit et se développe avant toute autre manifestation de masculinité, c'est-à-dire avec la

(1) C. R. de l'Acad. des sc., 1922, t. CLXXIV, p. 1573. *Rev. franç d'endocrinol.*, 1927, t. V, p. 234.
(2) C. R. de la Soc. de biol., 1927, t. XCVII, p. 1463.
(3) Cette dissociation s'observe même chez certains chapons qui reçoivent une forte dose de sérum, probablement parce que ces animaux, en raison des conditions individuelles défavorables (digestion partielle des hormones par les ferments), utilisent incomplètement les principes actifs.

plus faible masse testiculaire, et les autre caractères apparaissent avec une masse un peu plus élevée, mais jamais indépendamment des modifications de la crête. Avec le sérum de taureau, au contraire, on obtient des chapons qui ont exclusivement le chant, ou bien le chant et l'ardeur sexuelle, ou même le chant, l'ardeur sexuelle, la combativité et la maigreur masculine, avec une crête atrophiée et farineuse de castrat. En résumé, la masculinisation des chapons par de faibles doses de sérum de de taureau fournit des résultats qui rappellent les seuils différentiels de Pezard, mais l'échelonnement de ces seuils n'est pas le même que dans le cas où il est déterminé par un fragment testiculaire.

Il était également intéressant de considérer, au point de vue de la loi du « tout ou rien », les effets produits sur les chapons par le sérum de taureau. La considération d'un caractère sexuel isolé est très instructive à cet égard. J'ai constaté, en effet, avec une parfaite netteté, que chez certains chapons traités pendant plusieurs mois et avec des doses variées de ce sérum, le développement de la crête et l'apparition du chant ne se font qu'à l'état d'ébauche et ces caractères n'arrivent jamais à la plénitude de leur manifestation. Par exemple, quelques sujets chantent seulement le matin, au lever du soleil, et sont silencieux le reste de la journée ; d'autres présentent un développement partiel de la crête et la continuation du traitement n'arrive jamais à provoquer un développement totale. Il existe donc, pour ces animaux, une quantité d'hormones qui amorce le caractère de masculinité et ne le fait pas apparaître en entier, de sorte que la loi du « tout ou rien » envisagée au point de vue d'un caractère isolé, ne se vérifie pas dans le cas spécial de mes expériences.

Bien entendu, ces divers résultats, obtenus avec des hormones non spécifiques et peut être modifiées par les sucs digestifs, ne doivent pas être opposés à ceux de Pezard (1), observés dans des conditions très différentes ; ils permettent, cependant, de penser, que, si les hormones testiculaires donnent tout ou rien dans les conditions normales de la vie, elles peuvent créer un masculinisme incomplet, lorsqu'une circonstance quelconque les éloigne du type spécifique.

(1) Certains coqs, incomplètement castrés, et dont j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie, se sont comportés conformément à la loi de Pézard.

VARIÉTÉS

Jacques Gonnet, maître en chirurgie à Belley, 1741-1829

Par le Dr SAINT-AUBIN.

« L'An 1741, le 25 septembre est né et a été baptisé dans l'Eglise Cathédrale de Glandèves (aujourd'hui Entrevaux, Basses-Alpes), par moi curé, Jacques-Augustin Gonnet, fils de Phifibert, sergent Invalide de la Cie de Mr de la Pérouse, et de Jeanne Moreljargot, mariés. Le Parrain a été Mr Jacques Dupuy Capitaine d'une Compagnie Invalide et la Marraine dame Augustine de Mondiol, épouse de Mr de la Pérouse, Capitaine d'une Compagnie détachée de l'Hôtel des Invalides. Feissoles, curé. »

Philibert Gonnet admis aux Invalides à trente huit ans comme Grenadier au régiment de Souvré, avait été en 1734 blessé grièvement à la jambe au combat de Colorno, devant Parme. Encore solide, il avait été envoyé tenir garnison au fort d'Entrevaux, et s'y était marié en 1740, avec une Dauphinoise du Pont-de-Beauvoisin. Selon les règles établies, sa compagnie changea de garnison en 1743. Nous ignorons où son fils Jacques passa ses premières années, mais nous savons qu'en 1751, l'Invalide, Bressan d'origine, muni désormais de son congé définitif, rentrait à Belley en Bugey. Dans la vieille cité épiscopale les frères des Ecoles chrétiennes donnaient depuis peu l'instruction primaire. L'enfant leur fut confié. Ensuite, comme il était apparenté à Georges Gonnet, maître chirurgien, il commença vers l'âge de seize ans, chez lui, son initiation.

On comptait deux années d'apprentissage, plus six années de service comme garçon chirurgien.

Depuis l'ordonnance de 1743, le maître en chirurgie n'était plus le « barbier » d'autrefois, méprisé des tout-puissants régents de la faculté. C'était désormais une personnalité très digne : d'après les lettres patentes de 1756, les chirurgiens étaient « réputés exercer un art libéral et scientifique, compris dans le nombre des notables bourgeois et pouvant à ce titre être revêtus des offices municipaux. » Même les parlements prenaient la défense des intérêts corporatifs en rendant arrêts sur arrêts contre l'exercice illégal, d'ailleurs continuel et abondant malgré tout.

L'apprenti saignait, pansait, posait emplâtres et ventouses ; ensuite il était l'assistant dans les opérations. Mais quoiqu'en ait dit le vieil Ambroise Paré la pratique n'était plus tout : La Peyronie premier chirurgien du roi, à qui l'art était redevable de sa renaissance, de son académie (1731), de sa réglementation, avait prescrit, dans le ressort de l'Ile de France aux aspirans l'obligation de connaître le latin. Or Jacques Gonnet, pourvu de quelque ambition et soucieux de « grande expérience » quitta Belley fort tard pour aller à Montpellier compléter ses études.

Les garçons chirurgiens ne tiraient pas à la milice, mais peut être fit-il aux armées quelque séjour comme sous-aide ? Ou bien, reconnu « suffisant » fit-il un interim au profit d'une veuve de chirurgien, ce qui se présentait quelquefois ? Plus simplement peut-être eut-il recours aux bons offices des « Antonins » au récent collège de la ville, pour compléter son instruction élémentaire, accroissant d'autre part ses connaissances spéciales en suivant quelques cours libres de chirurgie par des maîtres de Lyon ou d'ailleurs : à l'époque, l'occasion s'en présentait fréquemment. Bref, ce n'est que le 16 novembre 1769 qu'il demande son passeport : « Nous, Michel Cullet, maire perpétuel de Belley, certifions que le sieur Jacques-Augustin Gonnet, âgé de vingt-huit ans, taille de cinq pieds et deux pouces, cheveux noirs, les yeux roux, le nez court, le visage picotté de petite vérolle, garçon chirurgien de profession, qui a demeuré en cette ville dix-huit ans, sans reproches sur sa conduite et désirant aller à Montpellier, faire ses jours en chirurgie nous a requis le présent passeport. » Marcheur robuste, comme ses illustres contemporains Boyer et Portal, il fait certainement la route à pied, son bagage sur l'épaule. Les voitures publiques étaient rares et coûtaient cher : même remarque pour le coche d'eau, de Lyon à Avignon.

Le dix décembre il est arrivé. Les contemporains décrivent ainsi la viellle ville universitaire :

Ses environs sont très coquets, couverts de jolies villas. Elle semble plutôt une capitale et couvre une colline s'élevant avec hardiesse. En entrant, on trouve des rues très animées, mal pavées, tortueuses. Les filles y sont d'une beauté singulière. » La promenade du Peyrou, avee sa terrasse, sa statue du Grand Roi, son château d'eau, l'esplanade de la citadelle, attirent l'attention mais il y a plus d'officiers, c'est-à-dire de fonctionnoires que de bourgeoisie commerçante. Et les gens, par nature avides de toutes espèces de spectacles se délectaient aux fréquentes processions de la cathédrale avec orchestre, nombreux clergé, et membre de l'Université en grand apparat. Aussi et surtout, ils fréquentaient, à grand bruit, la salle de spectacles « très bonne pour la musique où toutes les places sont à 24 sols » ou le théâtre très mal éclairé. »

Quant à l'étudiant sérieux, il herborisait dans le jardin botanique inclus dans le jardin du Roi, aux arbres toujours verts. Comme la réputation de l'Université était mondiale de nombreux étudiants suivaient les cours de

l'antique faculté de médecine et du récent collège de chirurgie. La haute valeur des maîtres, jointe à la proverbiale douceur du climat, attiraient à Montpellier une foule de malades de toutes conditions.

Les étudiants en chirurgie fréquentaient le vieil Hôtel-Dieu Saint Eloi, qui comptait 150 lits en un amas de maisons séparées, l'hôpital général où gîtaient de 5 à 600 indigents et surtout l'hôpital royal militaire où le très distingué Fouquet comme médecin, et Barthélemi Vigarous, comme chirurgien, jouissaient d'une grande réputation.

Les cours dogmatiques se donnaient dans l'amphithéâtre Saint-Cosme (aujourd'hui, la Bonrse du Commerce), bâti par l'archilecte Giral en 1748 sur le modèle de celui de Paris, aux frais de la Peyronie : Le bienfaiteur de sa ville natale avait légué, avec deux maisons de la grande rue, cent mille livres, plus les fonds nécessaires à une rente de 500 livres annuelle pour les appointements de chacun des cinq démonstrateurs, chargés chacun d'une partie de l'art, sans oublier celui des accouchements. Etaient désignés en outre cinq démonstrateurs adjoints.

L'hiver, les professeurs, en robe et rabat, traitaient de l'anatomie, avec dissections, démontraient les opérations les instruments, les appareils. L'été, ils enseignaient la physiologie, la thérapie, la pathologie : le tout peu onéreux, au total des droits trimestriels de sept livres.

A côté, florissaient des cours particuliers, source de revenus pour les professeurs, et appréciés des élèves en ce qu'ils leur permettaient l'usage des instruments : Jacques Gonnet, suivit les cours de Serda « maistre ès arts et en chirurgie, juré aux apports, associé et correspondant de l'Académie des sciences, professeur royal au Collège de chirurgie. » Et celui-ci dans un certificat de bonne forme rend hommage à l'attention assidue et à « la grande émulation » de son élève qui le suivit exactement du 17 décembre 1769 au 28 mars 1772.

Les professeurs officiels de Jacques Gonnet, signataires, avec le doyen et les prévosts de la communauté Montpelliéraine, de son certificat de scolarité, furent le vénérable doyen Lamorier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu : Goulard, l'inventeur des préparations astringentes à base de sel de plomb, et dont « l'eau végéto-minérale » commençait à connaître la gloire : Vigarous, de l'Académie des sciences, opérateur hardi, et l'un des premiers à pratiquer la résection de la tête humérale ; Poutingon, chirurgien-major de l'hôpital général, le grand chirurgien à clientèle, du moment.

Où en était à cette époque la science chirurgicale ? La littérature, d'abord, était abondante. Le « Bréviaire des aspirans » était l'ouvrage de Georges de la Faye », les « Principes de chirurgie » complété par sa belle édition, avec planches, du cours d'opérations de chirurgie, de Dionis, chirurgien de l'ex-dauphine (1739.) Aux ouvrages Montpelliérains d'Astruc sur les accouchements, de Chirac sur la nature et le traitement des plaies, l'élève associait certainement la consultation du « chirurgien d'hôpital », de Belloste, qui vantait le pansement rare à cause du danger des fréquents contacts avec l'air, chargé de particules subtiles, mortifiques et capables de fermentation, des mémoires académiques de Quesnay sur la saignée, la gangrène, la suppuration, du traité de Morand sur la taille, de celui de Garangeot sur les opérations.

L'étude de l'anatomie, base de l'art chirurgieal, était très poussée, à Montpellier. A l'amphithéâtre, se vérifiaient les récentes découvertes de Harvey, de Pecquet, de Winslow, de Willis, de Bellini, et le très primitif microscope de Lœvenhoeck, permettait aux démonstrateurs de faire voir aux élèves quelques mystérieux détails de « fine anatomie. » Le manuel favori était l'abrégé de Verdier, de Montpellier selon l'enseignement de Winslow, au jardin du roi, complété au besoin par les ouvrages de Ferrein, lui aussi ancien élève de la « Moderne Epidaure », sur le foie, le rein et les viscères du bas ventre, et du médecin du roi Senac, sur le cœur. Avec respect on feuilletait les consciencieuses « histoires des os », des « muscles », avec planches, d'Albinus de Leyde, et la névrographie de Vieussens, l'ancien médecin de l'hôpital Saint-Eloi, qui avait montré tout le premier en 1665 l'indépendance et les fonctions de la moelle épinière.

En médecine opératoire se marquaient de très grands progrès. A propos de l'amputation, l'opération courante, la méthode circulaire avec J.-L. Petit et Antoine Louis la disputait à la méthode à lambeau soutenue par La Faye et Ravaton, tandis qu'en un mémoire couronné en 1746 par l'Académie, Faure chirurgien-major de Royal Vaisseaux, avait établi qu'il était dangereux d'amputer sur-le-champ dans le cas de fracas des membres, et qu'il y avait avantage à gagner du temps, en donnant des soins généraux.

Le traitement des plaies divisait la corporation : L'école de Montpellier, d'après Chirac, avec J.-L. Petit et Ledran, préconisait la réunion immédiate tandis qu'avec La Faye et Antoine Louis, beaucoup soutenaient la nécessité de la béance des plaies, la suppuration étant condition de guérison.

Le tourniquet de J.-L. Petit avait perfectionné la compression des gros vaisseaux et le frère Cosme, avec son lithotome caché, en 1748 avait rajeuni l'opération de la taille.

Jean-Louis Petit avait fait connaître la rétention des prostatiques, et Daviel avait réglé définitivement l'opération de la cataracte.

Aux Rémois Museux et Caqué, on devait les premières excisions d'amygdales. Mais là où l'audace était grande alors, c'était en matière de chirurgie intestinale : non seulement, depuis Mareschal (1735) l'on drainait, au moyen d'une grosse tente de linge, les plaies de l'abdomen à leur partie inférieure, mais encore on n'abandonnait plus à elles-mêmes les hernies partiellement gangrénées : dans ce cas, La Peyronie avait, avec succès, fixé au dehors les deux bouts du l'intestin, affrontés par un pli au mésentère, et Duverger, chirurgien-major à Maubeuge, avait avec un fragment de trachée de poulet trempé dans du baume de Commaudeur réalisé une entéro-anastomose, obtenant une guérison. Enfin Leroux, de Dijon, préconisait la cautérisation des plaies vénéneuses, « foyers d'inoculation », tandis que Fabre, ancien élève de Montpellier, s'élevait avec autorité contre l'abus des onguents dans les pertes de substance.

Ce n'était pas tout : pour un chirurgien à venir, il fallait connaître au moins quelques éléments de la médecine interne : et ne fût-ce que par respect pour l'antique Faculté « très salubre », précisément favorable d'ailleurs à la collaboration chirurgicale, l'élève ne pouvait manquer d'aller écouter, évidemment près des portes, quelques grandes leçons professorales. Lamure, vénérable et austère, à la chaire de médecine, et Barthez, jeune et pétulant à la chaire de physiologie, brillaient d'un vif éclat ; ce dernier avait succédé à Boissier de Sauvages. Le pourquoi de l'être, et ses conséquences vitales, donnait à Montpellier matière à d'importantes discussions. D'après l'Allemand Stahl l'on professait « l'animisme « : la fabrication du corps et l'exercice de ses fonctions sont l'ouvrage de l'âme qui y veille constamment en tant que principe du mouvement volontaire et naturel.

Barthez venait de créer son « principe vital » indépendant de l'âme pensante. Ce principe n'était que l'énergie agissant en harmonie avec le monde extérieur, luttant pour l'équilibre, et à de nouveaux obstacles opposant de nouveaux efforts, par exemple les mouvements de la fièvre (qui débarrasse le corps des principes nuisibles). Et la pathologie animiste proclamait avec Sauvages que les maladies viennent de la négligence de l'âme, ou de son trouble, tandis que La Mure restait fidèle au mécanisme de Boerhaave, ainsi que les professeurs de la Faculté de Paris. Barthez décrivait la fluxion, mouvement du sang ou d'une autre humeur sur un organe, active

dans les maladies aiguës, lente et persistante dans les maladies chroniques, et concluait à la nécessité de la saignée, des évacuants, des dérivatifs.

En matière thérapeutique, si les médicaments cardinaux de l'école animiste étaient l'aloès et le nitre, si elle prescrivait de ne pas contrarier la nature, il y avait aussi des nouveautés. Si l'on maintenait d'anciennes bizarreries, le bézoard animal à base de foie de vipère desséchée, la confection Alckermés, l'élixir de propriété de Paracelse aux trois teintures de myrte safran et aloès, si l'on frictionnait encore avec l'huile de petits chiens les podagres, on notait à Montpellier un recul de la médication chimique, la plupart des médecins y étant de remarquables botanistes. Mais aux complexes thériaques, la pratique courante substituait l'électuaire diascordium, et d'après Van Swieten le sublimé, à la dose de 1/4 de grain (soit 5 milligr.) dans « de l'esprit de froment rectifié », contre le mal napolitain.

L'on prescrivait assez couramment l'ipéca, le quinquina, le simarouba, produits exotiques, mais encore la polypharmacie sévissait : les pilules balsamiques de Stahl, par exemple contenaient onze substances différentes !

A l'extérieur, apogée du vésicatoire et du cautère, et abondance des formules d'onguents maturatifs et détersifs parmi lesquels le cérat saturné de l'ingénieux Goulard.

Avec Fouquet, grand travailleur, collaborateur des Encyclopédistes et clinicien excellent, avec Claude Chaptal praticien expérimenté de la ville, cette méthode nouvelle, l'inoculation dans la petite vérole, encore violemment discutée, commençait à faire son chemin ; l'on atténuait ainsi la maladie à son stade de suppuration et sûrement la jeune génération l'adopta d'enthousiasme, en attendant la vaccine, qui devait apparaître vingt ans après.

De tout ceci nous pouvons conclure qu'à Montpellier vers 1770, la nourriture de l'esprit était largement donnée. Mais aussi quelle était la vie matérielle de l'élève chirurgien dans une ville universitaire qui comptait alors environ 30.000 habitants ? Beaucoup, transgressant les ordonnances « faisaient le poil » chez les barbiers, et cette habitude, basée sur la nécessité, subsistera jusqu'aux premiers jours de l'empire. D'autres assistaient les maîtres dans les hôpitaux où les gagnans-maîtrise, résidaient pour l'urgence, et d'autres, dans la pratique particulière.

Nous ignorons ce que fit Gonnet, quoiqu'il en soit, il était rentré à Belley en avril 1772, et muni de ses certificats d'assiduité, il se présentait devant la communauté des chirurgiens (Belley, centre d'évêché et de grand baillage, en ayant obligatoirement une) qui l'admit parmi ses maîtres le 22 juin de la même année. Les formalités de cette dernière consécration étaient nombreuses : le candidat adressait une requête au Lieutenant local de M. le premier chirurgien du roi (alors Andouillé) et présentait ses certificats d'apprentissage, d'études et de stage chez les maîtres et dans les hôpitaux. Au jour dit, il comparaissait devant la Communauté réunie sous la présidence d'un docteur régent : elle conférait deux degrés de titres « Légère expérience », pour les futurs praticiens de village et « Grand chef-d'œuvre » pour ceux qui postulaient une situation dans une ville. Ces derniers seuls pouvaient pratiquer les « grandes opérations » savoir : la trépanation, la cure de la taille et des fistules. A ce degré, qui comportait pour tous droits (ordonnance de 1693) le versement de cent vingt livres environ se rattachaient de nombreux examens successifs : l'immatricule, la tentative, très sommaires, puis le premier examen, traitant des principes de la chirurgie. Ensuite les « Quatre semaines », chaque examen en deux séances ; d'abord l'ostéologie, puis l'anatomie avec dissection, ensuite les opérations, la saignée et les médicaments d'ordre chirurgical. Un dernier examen, rapport écrit sur un ou plusieurs malades, était suivi de la prestation de serment.

A cette époque, de la communauté de Belley, deux noms seuls ont survécu : Georges Gonnet, qui mourut en novembre 1773, et François Brandon reçu en 1766. Aussitôt admis, Jacques Gonnet commence la dure vie de praticien. A trente-deux ans, il connut d'honorablest débuts : la ville ne comptait guère plus de trois mille habitants, mais il y avait nombre de villages à desservir. Dans l'un d'eux il trouva la compagne de sa vie. Le 25 juillet 1775 il épousait à Massignieu-de-Rives, village pittoresquement situé au-dessus du Rhône torrentueux, Marie-Anne Bérard, fille d'un marchand du lieu. Ce fut vraiment pour l'époque un « grand mariage » et des personnages considérables ont signé au registre : c'étaient François Récamier, notaire royal, Joseph Vallod, docteur en médecine et François Brandon, maître chirurgien. L'épouse avait mille livres en dot, l'époux n'était pas sans quelque ressource ; l'avenir s'annonçait bien. A ce moment Gonnet est nommé chirurgien de l'hôpital.

J'aime à me représenter l'excellent homme comme un de ces individus vigoureux, durs à la fatigue, parcourant des lieues, souvent à pied, parfois à cheval, par des chemins et sentiers de montagne vraiment abominables. Et le soir, près de sa femme attentive, au milieu des enfants ensommeillés feuilletant avec méfiance le « Journal de chirurgie » que Desault animait d'innovations et d'observations hardies, ou inspectant avec soin ses instruments pour l'opération du lendemain.

Or, il se trouva que cet homme, qui, dans sa médiocrité heureuse devait être difficilement accessible en matière scientifique, aux idées nouvelles, subit en politique l'irrésistible impulsion des évènements révolutionnaires. De gré ou de force, foule de gens paisibles furent requis de se mêler d'administration. Notre chirurgien inscrit sous le n° 122 au Club des Jacobins, fut nommé par le conventionnel Gouly, « régénérant » en nivose an II la commune de Belley, l'un des 12 membres (et le plus lettré) du comité révolutionnaire de surveillance. L'on sait que le pouvoir de ces comités était considérable, et qu'ils disposaient à leur gré de la liberté de leurs concitoyens. Gonnet dut accepter ces fonctions imposées : en pleine terreur, un père de famille ne pouvait s'y soustraire. D'ailleurs l'intensité accrue de ses occupations ne pouvait manquer de limiter son zèle révolutionnaire si celui-ci — et j'en doute — était réellement prouvé. Le district le nomma, à cette époque, pour visiter les Indigents du canton de Lhuis, et l'invitation qu'il reçut à remplir ses fonctions présente un caractère nettement impératif. Il avait été le dernier lieutenant de la communauté. Une liste officielle pour l'assemblée nationale de ceux qui en 1791 exercent l'art de guérir à Belley, donne : Récamier (oncle du célèbre médecin) : Mollet Bonifas, docteurs en médecine, Gonnet, lieutenant et chirurgien de l'hôpital, Brandon, Barquet, Solard et Dumolard, maîtres chirurgiens. Cette liste s'accompagne de considérants curieux à divers titres.

« Les fortunes sont trop modiques dans ce district, pour que les particuliers puissent payer suffisamment des gens habiles dans l'art de guérir, et entretenir ceux-ci dans un état qui exige une étude habituelle et une expérience consommée... Tous les chirurgiens de campagne dans le district font la médecine, la chirurgie et la pharmacie, tous font fonction de chirurgiens jurés et aux rapports ».

Ainsi Gonnet, qui produisit ce curieux mémoire, d'ailleurs approuvé :

Liberté, Egalité, Fraternité. Aux citoyens administrateurs du district de Belley.

Le cit. Gonnet, officier de la santé, feust appelé le 6 brumaire de la 3e année Républicaine, pour traiter le cit, Thomas, ex-cordellier, d'une attaque d'apoplexie, lui avoir appliqué les vésicatoires aux jambes, et avoir continué le pansement deux fois par jour et fourni les médicaments jusqu'au dix du même mois : 15 livres ; plus lui avoir donné six lavemens : six livres ; plus, lui avoir faict un bandage à double pour une hernie complette des 2 cottés : 24 livres » Cy 45 livres...

D'où il suit que les honoraires de l'époque étaient d'un taux passable mais aussi que le praticien avait du zèle. En ce qui concerne l'hôpital de Belley ce zèle était méritoire.

Moyennant 50 livres par trimestre le chirurgien devait deux visites quotidiennes. La maison était, il est vrai, très modeste : sa description est dans un mémoire du syndic Simmonard à M. de Montègre, subdélégué de l'intendant en 1784 :

« Deux salles séparées par une alcove, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes chacune de sept lits tous occupés. Avec des lits de sangle dans les temps calamiteux, ce chiffre monte à un total de vingt. Deux médecins appointés alternent, un seul chirurgien et 6 Religieuses Augustines, dont deux servent l'apothiquairerie en assez bon ordre ».

Les revenus sont insuffisants : 4.680 livres au total. C'est là que le célèbre Récamier, avec Gonnet (dont il fait mention dans une de ses lettres) vit, aux environs de 1790, ses premiers malades au sortir du collège.

En l'an XI, la réquisition, les misères du temps ont réduit le nombre des praticiens de Belley. Les chirurgiens sont Gonnet, Brandon et Debeney, les médecins Mugnier, Cyvoct et Tenand.

La petite maison du vieux chirurgien, au n° 12 de la vieille et pittoresque rue Saint-Jean, aux « terribles pavés pointus » ne manquait pas d'animation : 15 enfants lui étaient nés, de 1776 à 1799. Il en perdit six, un seul fils et quatre fille se marièrent. L'une Philiberte, épouse de François Saint-Aubin, est mon aïeule. Trois filles entrèrent au couvent des Bernardines, ordre enseignant de Belley. Les charges de famille étaient lourdes pour le brave homme : En 1815 l'administration hospitalière porta ses appointements trimestriels à 75 livres. Ses deux fils se créèrent à Lyon une situation, dans la soierie. Mais en 1842, sa fille Philiberte, prématurément veuve revint à son foyer avec six enfants en bas-âge compliquer sa dure vie. En juin 1822, l'administration hospitalière l'avait remplacé dans son service par le Dr Martel, avec de très honoraires considérants et beaucoup de ménagements. Il nous faut citer cette délibération transmise sous la signature du Maire M. de Villeneuve :

« Mr Gonnet a cinquante ans de service à l'hôpital, une nombreuse famille, il est très exact et peut encore très bien panser les malades, qui l'aiment. Son âge avancé l'oblige à se faire remplacer pour les opérations, qui exigent plus de force, d'adresse et de sûreté qu'il n'en peut avoir. On lui doit des éloges et de la reconnaissance et comme il n'est pas riche, il nous paraît équitable de lui accorder une pension de retraite viagère de cent francs par an, en le faisant remplacer». Ainsi fut fait ; il conservait le titre de chirurgien honoraire st était prié de « se rendre utile autant que ses forces le lui permettaient en faisant les pansements ».

Le vieux chirurgien s'éteignit le 11 février 1829, un an après sa femme : il avait bien gagné son repos.

NÉCROLOGIE

Deux grands noms

Le Pr Maurice LETULLE

Pour tous ceux qui fréquentent la Faculté depuis un demi-siècle, qui ont savouré son enseignement, éprouvé son affabilité charmante, admiré sa foi d'apôtre, qui ont été témoins de son activité toujours en éveil, la mort du professeur Letulle est un véritable chagrin.

Il y a près de 30 ans que je le vis entrer pour la première fois au Laboratoire d'anatomie pathologique, où nous étions, à des titres certes bien différents, les hôtes de mon maître et ami Brault.

Il traversait la salle d'un pas rapide et presque militaire avait un mot aimable pour chacun et se mettait au travail, avec une joie chaque jour aussi vive et vraiment communicative.

Il montra, au début de la guerre, la même enthousiasme et la même activité, et associa dans un même amour la direction de Buffon qu'il avait fondé et le travail de son laboratoire auquel rien ne le pouvait faire renoncer.

Deux œuvres considérables ! on peut à peine le croire ! sont nées de ce labeur de guerre, qu'il accomplit sans bruit avec son fidèle collaborateur Normand et son élève chéri Bergeron, œuvres éminemment instructives, enrichies de planches aussi démonstrativesque luxueuses, l'une sur le Poumon, l'autre sur la Tuberculose, complétant, couronnant une longue collection de travaux, de recherches, d'articles et de volumes où il passait en revue toute l'anatomie pathologique et oùse retrouve le même souci de la précision et de l'élégance descriptive. Sous sa direction cette anatomie pathologique vivait ; elle n'avait rien de rebutant car il savait la rendre aimable et parlante.

Il connaissait à merveille les tumeurs et combien de fois en a-t-il discuté avec Brault, dont il savait sur ce point la toute spéciale compétence ; il pourchassait la syphilis et la savait dépister dans une lésion ou dans un tissu. Il avait tant vu, tant coupé, tant étudié que rien d'anatomique ne lui était étranger et qu'on recherchait ses conseils de tous les coins des Hôpitaux ou de l'Ecole.

Il penchait sur le microscope sa belle tête blanche pâle et presque sans rides, il la rejetait en arrière d'un mouvement brusque pour donner en mots précipités la réponse qu'on attendait de lui.

Il laisse à cet Hôpital Boucicaut, où il commença presque et termina il y a tantôt 10 ans sa vie hospitalière, une collection qui est un trésor.

Mais Letulle ne se donna pas seulement à l'étude des tissus morbides. Il fut un medecin, un hygiéniste, un apôtre social. Il se voua à la tuberculose et lui consacra tout ce que le laboratoire lui laissait de liberté. Il présidait des réunions, fondait des œuvres, et entamait énergiquement la lutte contre le grand fléau de notre époque. On peut dire que ses efforts ont puissamment contribué à en enrayer le développement.

Il redoutait la mort. C'est dans son travail qu'elle l'a frappé, silencieuse mais implacable.

On peut espérer qu'elle fut douce à celui qui ne cessa, sa vie durant, d'en surprendre les secrets pour la mieux connaître, pour l'asservir et la vaincre.

Et ce ne sont pas seulement les siens qui pleurent une perte irréparable. Ce sont aussi ses malades et tous ceux, innombrables, à qui son assistance fut précieuse, son regard indulgent et son sourire affectueux.

Puissent les hommages qu'on a jetés sur sa tombe adoucir la douleur de ceux qu'il laisse après lui !

Le Pr Fernand WIDAL

La Faculté de médecine, au lendemain même de la disparition rapide d'un de ses professeurs les plus aimés, vient encore d'être cruellement éprouvée par la mort non moins inattendue d'un des Maîtres qui l'ont le plus glorieusement servie.

Le professeur Fernand Widal s'est éteint doucement, la semaine dernière, après 3 jours d'une courte maladie.

Ce fut un grand esprit, un grand savant, un grand médecin et l'un des plus grands que notre siècle ait produits.

Bien avant la consécration de la France et du monde, il faisait déjà figure de chef d'école. Son intelligence aiguë, si parfaitement réalisatrice, savait discerner à merveille l'importance d'une expérience et prévoir sans erreur le succès d'une méthode. Nul n'allia avec autant de finesse et, pourrait-on dire, d'à-propos, le laboratoire et la clinique. Il aimait les théories simples quoique savantes, les recherches pratiques quoique délicates, les procédés de diagnostic sûrs quoique laborieux. Il eut d'admirables trouvailles et toujours élégantes, convaincantes et parlantes.

La plupart lui survivront car elles ont été sagement mûries, car elles répondent à des faits contrôlés ou à des mécanismes exacts.

Widal fut un des premiers, peut-être le premier grand bactériologue de nos hôpitaux. Sa thèse sur le streptocoque fut une date dans l'internat.

Il proposa le premier avec Lemierre l'hémoculture large qui a rénové nos étude cliniques.

Il fit avec Ravaut le cyclodiagnostic qui rend encore tant de services.

Il explora le sang, les humeurs, le liquide rachidien : attacha immortellemant son nom au sérodiagnostic typhique avec Sicard et fut le père de tous les sérodiagnostics à venir. Il donna leur valeur aux rétentions de l'urée ; isola les syndromes du rein malade, substituant les réactions biochimiques aux lésions anatomiques ; il mit en pratique la rétention chlorurée et institua la déchloruration. Il sut rajeunir toute nos vieilles théories en développant cette notion si féconde de l'anaphylaxie médicale et de la colloïdoclasie.

Il détestait les brumes, les recherches stériles, la métaphysique chimique et biologique, dont on abuse, et parla toujours un langage clair et français. Il savait extraire la gemme des scories qui la dissimulaient et la faire apparaître brillante.

Son bel enseignement eut des admirateurs enthousiastes, toute une école de travailleurs et des élèves qui sont des maîtres.

Son service de Cochin, si discipliné, si organisé, recevait des visites de tous les pays du monde. C'est beaucoup grâce à lui que la bonne et saine clinique française, solidement assise sur le laboratoire et sur l'observation, brille à l'étranger d'un éclat nouveau.

Elève chéri et fils spirituel de notre maître commun Dieulafoy, il en resta le disciple fervent et respectueux. Il eut comme lui l'amour de la clarté, de la lumière, mais il sut y ajouter plus de profondeur et plus de précision scientifique.

Et, malgré l'auréole qui ceignait son front, il ne cessa d'être le maître le plus affectueux, le plus fidèle et le plus dévoué à ses élèves.

Aimé des siens parce qu'il savait les mener au but, les diriger et les conseiller. Aimé aussi des autres car il avait la bienveillance, et la plus aimable loyauté.

La Faculté ressentira longtemps une perte qui est grande et la Médecine tout entière est en deuil.

Qu'il me soit permis de dire à celle qui fut la compagne de ses luttes et de sa gloire, à son fils, qui était son espoir, l'hommage ému du *Progrès médical* et de sa rédaction.

Maurice LOEPER

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1929.

Sur la durée de l'immnuité conférée par la fièvre typhoïde. — M. *H. Vincent*. — On s'est souvent demandé pour combien de temps un sujet vacciné contre les maladies typhoïdes est immunisé. Il est, *a priori*, impossible de donner une limite fixe car les effets immunisants d'un vaccin, quelle que soit d'ailleurs la nature de la maladie, varient avec chaque individu. Le temps seul permet de donner une réponse précise.

Néanmoins, on sait maintenant (Achard, J. Renault, etc.) que les épidémies typhoïdiques survenues depuis la guerre ont témoigné d'une protection prolongée des anciens mobilisés vaccinés, la fièvre typhoïde ayant frappé surtout les jeunes gens, les femmes et les enfants. M. J. Renault a signalé que la récente épidémie lyonnaise a apporté la même confirmation.

On ne saurait attribuer ce résultat très favorable au nombre multiple des injections reçues pendant la guerre par certains militaires, cette remarque ne s'appliquant évidemment pas aux sept ou huit millions de vaccinés. D'autre part, malgré une surveillance constante, un nombre très appréciable de soldats mobilisés n'ont été qu'incomplètement vaccinés. Enfin la même longue protection s'est manifestée, ainsi que je vais le vais le montrer, chez des sujets ayant reçu des doses normales de vaccin.

Mais, de même que la fièvre typhoïde peut récidiver chez certains individus (1 à 2 %), de même la typho-vaccination ne peut évidemment assurer une immunité définitive. Cependant celle-ci a été parfois prolongée, ainsi que l'établissent les faits précédents et ainsi qu'il résultera des suivants. Ils concernent la vaccination par sa méthode du vaccin à l'éther, le seul sur lequel il a été donné des renseignements à l'auteur.

Avignon, ville d'endémie typhoïdique, a été le siège, en juin 1912, d'une terrible épidémie qui a frappé 155 militaires et un nombre extrêmement élevé d'habitants. On estime qu'il y a eu au total 1500 cas de fièvre typhoïde, ce qui correspondrait pour Paris à 100.000 atteintes. Effrayés, les habitants se firent vacciner en grand nombre.

La morbidité fut nulle chez les militaires et les habitants vaccinés.

En 1922, c'est-à-dire dix ans après, M. V. fait une enquête afin de savoir combien de cas de fièvre typhoïde étaient apparus, depuis lors, parmi ces habitants anciennement vaccinés. La réponse a été uniformément *qu'aucun d'entre eux n'avait été atteint*.

Il y a quelques semaines, le fait lui a été encore confirmé par M. Donnat, médecin en chef de l'hôpital.

De même, M. Vincent a demandé à M. le Dr Grancher, de Jargeau, qui avait observé, en 1913, une grave épidémie dans cette localité, combien de cas de fièvre typhoïde étaient survenus chez les anciens vaccinés. Il lui a été répondu que, bien que la maladie persistât (six cas en 1928), aucun vacciné n'a été jusqu'ici infecté.

Ces exemples montrent que l'immunité conférée par la vaccination antityphoïdique peut se prolonger pendant de nombreuses années (15 à 16 ans) dans la population des localités à infection endémique.

La prophylaxie de la fiévre typhoïde. — M. *Delorme*. (Voir *Progrès Médical*, 12 janv. 1929.)

La douleur en clinique et le réflexe pharyngien. — M. *Constantin Poenaru Capleseo* (de Bucarest). — On sait que la douleur domine la pathologie, On a étudié la symptomatologie douloureuse dans toutes les affections médicales et chirurgicales, et on doit à la clinique française la connaissance de nombre de points douloureux bien précisés, qui facilitent, par leur recherche, le diagnostic respectif. L'auteur pense toutefois que notre devoir est de faire progresser la clinique et que le dernier mot n'a pas encore été dit sur la douleur. On doit envisager d'une manière générale les cas où la douleur étant absente, ce fait pourrait induire en erreur. Il y a beaucoup d'affections qu'on ne saurait diagnostiquer, en l'état actuel de nos connaissances séméiologiques, si la douleur est absente. De nombreuses observations ont montré à l'auteur que l'absence de douleur ne doit pas entrer en ligne de compte quand on constate que le réflexe pharyngien n'existe pas. L'absence de douleur ne doit donc plus fausser le diagnostic. Dans le doute on doit chercher le réflexe pharyngien et, s'il est aboli, ne plus tenir compte de l'absence du symtôme douleur.

Ce qu'il faut entendre par les termes de typho-malaria ou de fièvre typho-palustre. — *J. Trabaud.* — Le terme de typho-malaria a été crée par les médecins militaires qui, entre 1836 et 1837, ont participé successivement à la conquête algérienne, Maillot, Laveran, Jacquot, Frison, notamment, se sont attachés à l'étude de cette entité morbide qui a été retrouvée dans les diverses régions paludéennes.

Les médecins de la conquête algérienne avaient été frappés par l'existence « d'un syndrome spécial caractérisé par une une fièvre continue, des troubles gastro-intestinaux, de la tachycardie, des phénomènes nerveux graves, différant du paludisme pur par l'inefficacité du traitement quinique et de la fièvre typhoïde pure par l'inconstance des lésions folliculaires de l'intestin ». Ce syndrome leur apparaissait, à juste titre d'ailleurs, comme étant exceptionnel dans les pays civilisés où la malaria est peu commune, nécessitant au surplus pour se produire d'autres causes favorisantes essentielles, tells que le surmenage, la misère physiologique, circonstances réalisées au cours d'opérations militaires pénibles.

Les signes cliniques du syndrome, les notions épidémiologiques ont été généralement acceptés comme répondant à la réalité des faits. Mais les divergences d'opinion s sont manifestées dès qu'il s'est agi d'en déterminer l'étiologie précise. Kelsch considérait la typho-malaria comme une forme de paludisme secondaire et l'opposait à la malaria à forme typhoïde qui est un des aspects multiples sous lesquel peut se manifester une première atteinte palustre, mais avec Torti il voyait dans les prétendues formes abdominales de la malaria des sortes d'hybrides dus à l'association de la malaria soit avec la fièvre typhoïde, soit avec la colibacillose. Laveran aussi discernait dans ces mêmes formes abdominales prétendues de la malaria des maladies intestinales intercurrentes évoluant chez des sujets malariques. Grall et Marchoux au contraire ont affirmé une opinion tout autre. Conservant le terme de typho-malaria ou de fièvre typho-palustre, ils ont rapporté tout le syndrome au seul paludisme et s'ils admettent l'exaltation de la virulence des microbes saprophytes de l'intestin au cours des paroxysmes fébriles, il n'y aurait pas pour eux association microbienne ni même superposition de deux maladies distinctes le paludisme restant le fait causal et dominant de l'évolution dont dépendrait en définitive celle du parasitisme second. H Vincent enfin, se ralliant à l'opinion dualiste, explique la typho-malaria par l'association du paludisme et d'une affection dothiénentérique, typhique ou paratyphique, admettant dans une large compréhension que la même symptomatologie peut couvrir des faits où à l'autopsie les plaques de Peyer sont absentes, où on ne trouve que de la psorentérie et où cependant, si l'affection s'est suffisamment prolongée, on peut rencontrer néanmoins des abcès de la rate et des reins contenant du *Bacillus coli communis*, montrant qu'il y a une fièvre coli-malarienne à côté des typho-palustres à typhiques ou à paratyphiques. De l'association malaria et paratyphiques, Job et Hirtzmann ont donné des exemples péremptoires. Les syndromes d'Heitz-Royer bien connus, au cours desquels le colibacille peut traverser des tuniques intestinales même indemnes et engendrer des septicémies colibacillaires, donnent la raison des faits observés par H. Vincent où l'autopsie a révélé cependant l'intégrité de la muqueuse digestive. Ils expliquent aussi l'opinion de Grall et de Marchoux sur l'exaltation possible de la virulence des saprophytes intestinaux au cours des accès fébriles, mais l'exaltation saprophyte ne saurait s'appliquer à l'Elberth et aux paratyphiques, agent hautement spécifiques. M. Trabaud relate un cas personnel qui illustre la conception de H. Vincent à laquelle il se rallie pleinement.

La conception dualiste est évidemment la plus conforme à la réalité des faits.

Elle explique que la courbe thermique où deux pyrexies à types fébriles différents s'intriquent et se mêlent ne puisse, dans la majorité des cas, être appréciée comme un criterium établissant nettement la nature des espèces morbides incriminables. Elle s'accorde avec les données épidémiologiques permettant de comprendre que la typho-palustre soit une maladie de régions à endémie palustre et qu'elle s'y manifeste particulièrement au cours des expéditions militaires où le surmenage, la fatigue, autres conditions secondes favorables à son éclosion et aussi à l'éclosion de la fièvre typhoïde, se produisent nécessairement. Elle cadre enfin avec les recherches bactériologiques, car il existe des cas, et notamment ceux de Hirtzmann et de Job, où hématozoaires et bacilles paratyphiques ont été mis en relief par le laboratoire.

L'avitaminose suffit elle à expliquer le béri-béri humain ? — M. Trabaud. — Si probantes que paraissent les expériences réalisées sur les animaux nourris avec des graines décortiquées, si séduisantes que soient certaines observations de béri-béri chez l'homme où cette maladie semble provenir de l'usage exclusif du riz blanc, les cas de béri-béri observés pendant la grande guerre sur le front italien et à Marseille, épidémie de béri-béri relatée par Fricker en France chez les Malgaches, celle étudiée personnellement par l'auteur en Syrie, en 1924, sur les troupes jaunes et noires, les cas isolés que bon an mal an on continue à enregistrer depuis à Damas, ne laissent pas que d'éveiller des doutes sérieux sur l'action unique et efficiente de l'avitaminose dans la genèse du béri-béri humain.

L'ensemble de ces observations amènerait à admettre que la polynévrite du béri-béri est un effet semblable à une polynévrite d'origine toxique à mi-chemin de la névrite alcoolique et de la névrite saturnine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séances du 29 décembre 1928.

Le sérum activé de génisse contre les accidents de la ménopause physiologique ou chirurgicale. — *M. Ch. Levassort.* — Au début de cette année, j'ai fait à notre Société une communication sur le traitement de la sénescence et les effets dynamogéniques constatés chez l'homme avec le sérum activé de jeunes mâles.

Cette communication a paru vous intéresser et quelques-uns de nos collègues ont pris part à la discussion. (Séances du 13 et du 28 janvier 1928.)

Sans insister sur les détails, je crois devoir vous rappeler que mon expérimentation chez l'homme était basée sur les résultats obtenus chez les animaux par le Dr H. Busquet, professeur agrégé à la Faculté et notre collègue à la Société de Médecine de Paris, qui avait eu l'idée de remplacer les greffes d'organes (testicule) par l'ingestion de sérum de jeunes animaux sains et vigoureux.

Ne se bornant pas à ce qu'il obtenait ainsi, H. Busquet augmentait les effets dynamogéniques du sérum de jeunes animaux en injectant à ce sujets du sérum de vieil animal. Les poisons de la sénilité (lipoïdes et protéines), mis en évidence par Carrel, déterminaient chez les jeunes sujets une réaction aboutissant à la création d'anticorps. Le sérum de jeunes mâles ainsi *activé*, ingéré par des vieillards, donne des résultats beaucoup plus rapides et constants que le sérum d'un jeune mâle ordinaire. Les phénomènes d'euphorie, d'entrain, l'augmentation d'activité physique et d'aptitude aux travaux intellectuels se manifestent après l'ingestion de quelques ampoules. L'effet favorable se produit aussi bien chez l'homme que chez la femme ; le professeur Gley admet, en effet, que les hormones testiculaires n'ont pas de spécificité sexuelle et que leur action revigorante agit sur l'un et l'autre sexe. La question de la capacité génitale, du renouveau sexuel, avait été à dessein laissée en dehors de mon travail, le but à atteindre étant différent.

Au cours de ma réponse à ceux de nos collègues qui avaient bien voulu m'argumenter, j'avais laissé entendre que la méthode de H. Busquet, que j'avais baptisée du nom quelque peu barbare d'*hormonothérapie totale*, me paraissait, telle l'opothérapie, susceptible d'applications autres, et c'est de faits nouveaux que je viens aujourd'hui vous entretenir.

Il n'est pas un seul d'entre nous qui n'ait eu dans sa clientèle et même souvent dans ses proches, à recevoir les confidences de femmes péniblement éprouvées par les accidents de la ménopause : les bouffées de chaleur, les sueurs profuses, l'oppression, se renouvelant souvent avec une fréquence désespérante, rendent la vie insupportable, à ces malheureuses, qu'il s'agisse de ménopause naturelle ou d'origine opératoire. Cet état se prolonge parfois pendant plusieurs années et notre arsenal thérapeutique s'épuise en vain à soulager ces méfaits du retour d'âge. Le vulgaire exprime ces accidents en disant qu'il faut que le *sang se place*. Mais l'atténuation ou la disparition des troubles tarde, les malades (car ce sont de vréritables malades), s'impatientent, se désespèrent, la neurasthénie s'installe, parfois même des troubles vésaniques surviennent.

Pour lutter contre ces inconvénients, qui relèvent certainement d'un déficit ovarien, nous avons pensé qu'on pouvait avoir recours à la méthode de H. Busquet, mais en utilisant dans ce cas un sérum activé de jeune femelle.

L'animal de choix est la génisse, dont on a soin, au préalable, de vérifier l'état de parfaite santé et qu'on soumet à l'épreuve de la tuberculine. Afin de développer, chez ces jeunes sujets, les anticorps de poisons de la sénilité découverts par Carrel, on leur injecte du sérum d'animal âgé (vieille vache). Chaque semaine, les génisses reçoivent une injection de 200 cmc. de sérum sénile ; au bout d'un mois seulement, on saigne les jeunes bêtes dont le sérum contient la totalité des hormones

circulant dans le sang d'une femelle en pleine vigueur et les anticorps de poisons séniles.

Les résultats de l'expérimentation chez la femme ont été en tous points satisfaisants, comme il fallait s'y attendre.

Il est impossible de procéder, comme dans les cas cliniques définis, à des observations objectives ; on est dans l'obligation de s'en rapporter aux confidences des sujets traités, qui expriment les mêmes faits dans les mêmes termes : les sueurs s'atténuent et peu à peu disparaissent , ainsi que les bouffées de chaleur et les vertiges. Les manifestations d'ordre psychique font place à un nouvel entrain, à une amélioration de l'état moral constatée par l'entourage. Quelques clientes même ont vu revenir passagèrement leurs règles.

Parallèlement au sérum activé de génisse, j'ai étudié le sérum non activé de ce même animal, c'est-à-dire provenant d'une bête dans un état de vigoureuse jeunesse, mas non préparée par des injections préalables de sang sénile. Les résultats obtenus n'ont pas été nuls ; mais il m'a paru qu'is étaient moins constants et de moindre grandeur qu'avec le sérum activé.

Avec l'une et l'autre préparation, d'ailleurs, on doit s'attendre à quelques échecs , mais ils sont rares avec le sérum activé. Lorsqu'ils existent, il faut en chercher la cause dans quelques tares organiques échappées à l'examen, ou, dans ce fait, que certains individus ont des ferments dans le tube digestif, même à jeun, ferments qui détruisent les hormones du sérum.

Dans l'immense majorité des cas, cependant, le tube digestif, à jeun, ne contient pas de diastases protéolytiques ; aussi, ce moment est-il le plus propre à la prise du médicament (1). Une ampoule de 15 cmc. doit être ingérée le matin, une demi-heure avant le petit déjeuner, dans un 1/4 ou un 1/2 verre d'eau sucrée, pendant six jours consécutifs. Cette cure de six jours est d'habitude suffisante. Dans quelques cas, on peut continuer le traitement à la dose d'une ou deux ampoules par semaine, ce qui constitue ce que j'ai appelé la ration d'entretien. Les effets ne sont pas définitifs ; il est indispensable de reprendre tous les mois six ampoules de la préparation.

Tel qu'il est, ce sérum activé de génisse (sérum ovarien) est de nature à rendre service à beaucoup de nos clientes et le médecin sera heureux d'utiliser, dans les cas si fréquents de troubles de la ménopause, un moyen thérapeutique efficace et sans danger, qui vient à son heure, et trouve une indication rigoureusement rationnelle de par sa composition hormonique et son activation.

Discussion.

M. Dartigues. — La très intéressante communication de mon ami Levassort, montre, en somme, qu'il y a un parallélisme très étroit entre les notions d'observation médicale et celles d'observation chirurgicale, je veux dire en ce qui concerne le domaine clinique et surtout en ce qui résulte de l'application thérapeutique, endocrino-thérapique, qu'elle soit de technique médicale par injection ou ingestion de produits hormoniques, ou de technique chirurgicale par greffes endocriniennes.

Les résultats qu'apporte notre collègue Levassort ne me surprennent donc pas, puisque j'ai eu à les constater aussi depuis assez longtemps déjà, mais par un autre mode. Ce qui importe : c'est que l'hormonisation médicale ou chirurgicale agit et qu'il est donc légitime de s'attaquer au vaste problème de la sénescence, comme je m'y suis esssayé depuis de longues années, ainsi qu'on pourra le voir dans mon dernier livre : *Le renouvellement de l'organisme* présenté si clairement et si favorablement par mon ami Léopold-Léivi.

Il n'y a pas longtemps qu'on mettait en doute l'action de la thérapeutique contre la sénescence ; et l'on peut constater que c'est ici, à cette tribune de notre Société, que ce problème a été surtout agité et discuté : nous avons été, ici même, à l'avant-garde d'une des questions les plus passionnantes qui soient.

Dans mon premier livre : *La greffe de revitalisation*, je mettais déjà en lumière, au point de vue chirurgical, que c'était principalement vers la polygreffe, c'est-à-dire vers l'application chirurgicale, pluriglandulaire qu'il faudrait sans doute s'orienter. Le prof. Pende, de Gênes, le célèbre endocrinologiste italien, l'a, de son côté, prouvé par la suite.

Dans mon nouveau livre : *Le renouvellement de l'organisme*, je développe encore plus largement cette idée et j'en donne des indications nombreuses : il ressort de ces diverses études que c'est vers la greffe polyendocrinienne qu'il faut actuellement s'orienter. C'est à la clinique qu'il appartient de faire l'élection de la gamme pluriglandulaire qu'il y a lieu de mettre en action, et elle le précisera de plus en plus au fur et à mesure des localisations endocrino-pathologiques. Aussi, je comprends très bien et j'approuve l'*hormonisation totale* des divers cas : la polyvalence , c'est le moyen de faire face à tout, mais elle n'est pas, je me permets de le dire, l'idéal, car elle fait face un peu obscurement à ce qu'on ne sait pas, c'est-à-dire à des déficiences qu'on ne peut définir ni évaluer et peut être même, ce qui serait un certain mal, à ce qui n'a pas besoin d'être combattu ni traité ; c'est comme si dans une lutte immense, des armées étaient lancées contre un ennemi dont certaines unités seraient inconnues et qui seraient justement des unités alliées dont on compromettrait la force qui pouvait précisément passer de notre côté.

Qu'il soit médical ou chirurgical, c'est donc vers le polyendocrinisme thérapeutique qu'il faut s'orienter surtout, car il est rare que dans l'équilibre endocrinien, la rupture soit due à une déficience uniglandulaire seule.

M. J. Sédillot. — L'hormonothérapie, telle que nous la fait entrevoir M. Levassort, c'est-à-dire l'ingestion de sérum provenant d'animaux « préparés » dans un but déterminé, va peut être devenir demain une méthode thérapeutique très féconde.

Je n'emploie plus guère l'opothérapie ovarienne. Les très minces résultats qu'elle m'a paru donner proviennent certainement de ce fait que les brebis pendant 11 mois de l'année sont des animaux pour ainsi dire asexués et qu'on n'envoie jamais aux abattoirs les brebis pendant la période du rut, seule époque où les ovaires recueillis donneraient probablement des produits opothérapiques actifs.

La question serait donc de savoir si le sérum provenant de brebis en pleine période de leurs feux ne nous donnerait pas des résultats encourageants là où l'opothérapie ovarienne m'a paru à peu près inefficace ?

M. Levassort. — Au début des expériences qui ont été faites pour préparer le sérum de génisse, j'avais pesnsé qu'il serait préférable de recueillir ce sérum au cours d'une période de rut.

Malheureusement, cette période est souvent fort courte. Les cultivateurs sont obligés de se hâter pour faire couvrir une vache qui demande le taureau.

Il n'a pas été possible de poursuivre dans cette voie.

Notre collègue Sédillot nous a parlé de brebis dont la période de rut n'est pas non plus très longue. Ces faits sont bien connus des vétérinaires.

Il existe des bêtes que les paysans nomment « paillardes » ou « ribaudes » ; elles ont une sécrétion vaginale presque constante ; ce sont de mauvaises reproductrices et les éleveurs ont hâte de s'en défaire.

Pour ces raisons, on a eu recours, comme donneuses de sérum, à des génisses adultes, en pleine vigueur et exemptes de toute tare ou maladie.

M. Dartigues. — Ce que dit notre collègue Sédillot est très juste. Aussi, il y a quelques années, j'avais fait ressortir que, dans le choix des animaux donneurs, il fallait faire attention à utiliser des animaux pubères, afin que les greffons aient toute leur valeur : c'est donc de la glande arrivée à plein développement qu'il faut administrer médicalement comme chirurgicalement. Quant à la donner au moment de l'exaltation que lui confère le rut, c'est assez difficile, car la période de rut est très courte et très variable suivant les animaux. C'est pour cela que, dans mon dernier travail : *Le renouvellement de l'organisme* je fais allusion à ce sujet en parlant de l'époque la plus favorable de la greffe endocrinienne. Bien que celle-ci puisse être faite en tout temps, peut-être le printemps est-il plus favorable, parce qu'à cette époque de la montée des sèves, il y a aussi bien une exaltation de la vie animale que de la vie végétale ; alors la nature manifeste d'ailleurs toute sa puissance dans l'exaltation pathologique comme dans l'exaltation physiologique.

Quant à la disparition du sucre dans les urines après l'ingestion du sérum exalté dont nous parle Levassort , j'en accepte d'autant plus l'affirmation que nous l'avons constatée nous-même après la greffe : dans mon livre, on pourra en trouver une douzaine d'observations. Comment expliquer ces cas surprenants ? Cela est très difficile pour le moment. Il n'y a donc qu'à enregistrer ces faits qu'on pourra sans doute interpréter plus tard. En tout cas, je fais remarquer que cette disparition de la glycosurie a coïncidé avec la greffe uniquement sexuelle.



(1) Il y a quelques années, il eût paru étonnant d'administrer un un sérum par voie buccale, mais depuis lors, des essais cliniques ont permis de penser que des vaccins et des sérums thérapeutiques peuvent agir par cette voie. La preuve de l'efficacité de sérums administrés par le tube digestif a été fournie par des expériences tout à fait décisives. de M. Busquet qui a fait apparaitre des caractères objectifs et somatiques de masculinité chez les chapons recevant *ab ore* du sérum de taureau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1929.

Sur un cas d'agranulocytose post-arsénobenzolique. — *MM. André Jacquelin, J. Célice* et *Langlois* rapprochent du cas rapporté récemment par Mme Pouzin-Malègue et par MM. Bocage et Filliol l'observation d'un malade qui présenta après deux séries de novarsénobenzol le tableau clinique et hématologique d'une agranulocytose presque pure, avec angine initiale et prépondérante ; la note hémorragique resta tardive et discrète, tandis que s'abaissait à un chiffre extrêmement bas le pourcentage des leucocytes granuleux.

Les auteurs insistent sur l'existence, dans ce cas, d'un syndrome ébauché survenu à la suite de la première série de novar et ayant précédé le syndrome mortel consécutif à la deuxième série.

Ils notent, malgré la saturation arsenicale, la flore spirillaire de l'angine, observée au cours de ce syndrome.

Enfin, faisant état de la fréquence accrue des cas d'agranulocytose post-arsénobenzolique, ils pensent qu'il conviendrait, pour prévoir et prévenir cette complication mortelle, de surveiller systématiquement le chiffre et le pourcentage leucocytaire au cours des traitements intensifs par ce médicament.

Diabète insipide chez un enfant. Inefficacité du traitement par injection d'extrait hypophysaire. Action remarquable des prises de poudre par voie nasale — *MM. Lesné, I. Hutinel, Marquezy* et *Benoist* rapportent l'observation d'un enfant de 9 ans, atteint de diabète insipide, vraisemblablement consécutif à une forme fruste d'encéphalite. Les instillations nasales (jusqu'à 48 gouttes par jour) ainsi que les injections sous-cutanées (cinq centigr.) d'extrait de lobe postérieur sont restées inefficaces. Par contre, les inhalations de poudre totale (douze centigr.) ont fait tomber le taux des urines de 7 à 12 litres à 2 litres. Le résultat se maintient tant que dure le traitement. Les auteurs insistent à nouveau sur l'importance de la muqueuse nasale comme voie d'introduction médicamenteuse.

Syndrome neuro-anémique traité par l'ingestion de foie. Action simultanée et très favorable du traitement sur l'anémie et le syndrome neurologique. — *MM. Paul Jacquet* et *Desbuquois* présentent un cas de syndrome neuro-anémique (anémie pernicieuse cryptogénétique avec syndrome neurologique associé) de type pseudo-tabétique avec grande ataxie, perte à peu près complète de la sensibilité profonde et du sens stéréognostique, avec conservation de la force musculaire et sans participation apparente du faisceau pyramidal. L'intérêt de cette observation réside dans l'effet du traitement par la méthode de Whipple, exerçant son action de façon surprenante non seulement sur l'anémie mais sur le syndrome neurologique associé lui-même. Grabataire depuis 2 ans et aux 3/4 infirme, la malade a été améliorée de façon remarquable, changeant du tout au tout ses conditions d'existence.

Cette action du traitement par le foie sur les syndromes neurologiques associés aux anémies est encore très peu connue. Elle semble être cependant d'un ordre très général.

Borate de soude et insuline dans les hyperglycémies. — *MM. Loeper, Lemaire* et *Ravier* signalent l'heureuse influence des injections intra-veineuses de borate de soude associées à l'insuline sur les hyperglycémies.

L'emploi de 0,40 centg. à 0,90 centigr. de borate de soude fait tomber la glycémie de 0,70 à 0,50 centigr. de plus qu'avec l'insuline employée seule.

Le borate aminé est plus actif et les auteurs ont pu se rendre compte que le borate de soude n'agit pas en abaissant le seuil urinaire de l'élimination du sucre.

Les grandes oxalémies. — *MM. Loeper* et *J. Tonnet*, en dosant l'acide oxalémique du sang, ont trouvé chez certains malades présentant la symptomatologie de l'oxalémie des chiffres de 0,04 à 0,10 et même de 0,57 centigr. d'acide oxalique dans le sang, alors que la normale est de 0,01 centigr. Ils insistent sur la nécessité du dosage et la nécessité de l'emploi d'une bonne technique.

Certains auteurs, en effet, discutent sur les chiffres obtenus par les auteurs, trop élevés pour certains, trop faibles pour d'autres. Les différences tiennent certainement aux méthodes de dosage.

M. Guy Laroche confirme l'opinion de M. Loeper et incite, pour reconnaître les grandes oxalémies, à doser l'acide oxalique dans le sang et non dans les urines.

M. M.-P. Weil qui a trouvé toujours des chiffres plus faibles que M. Loeper, demande que les chimistes emploient une méthode de dosage rigoureuse et fixe de la technique.

Splénomégalie et mélanodermie. — *MM. Loeper* et *Ravier*, dans un cas de tuberculose splénique avec mélanodermie, ont constaté que la rate contenait en abondance du pigment ferrugineux et du pigment mélanique. Il existe donc une forme mélanodermique de tuberculose splénique d'après les auteurs,

Néphrite aiguë. Azotémie. Chlorures sanguins et réserve alcaline. *MM. F. Rathery* et *Maurice Rudolf* rapportent l'observation d'une malade atteinte de néphrite aiguë d'origine toxique. Ils ont étudié parallèlement les chlorures sanguins et plasmatiques, la réserve alcaline, l'azotémie, l'hydrémie sanguine et le pH sanguin. Ils ont obtenu une amélioration très nette en donnant du chlorure de sodium à la malade. Celle-ci se déchlorurait par des vomissements incessants. Si, dans l'ensemble les courbes de la réserve alcaline et de l'azotémie ont suivi une marche parallèle, tandis que les chlorures sanguins et plasmatiques présentaient des variations inverses, il paraît bien exister cependant une certaine indépendance entre les divers facteurs étudiés. L'étude comparée des chlorures plasmatiques et globulaires ne permet pas d'attribuer une valeur pathogénique particulière à l'état des chlorures globulaires.

Reproduction expérimentale des lésions de la maladie de Hodgkin. — *M. A. Coyon* et *Mlle Brun*. — L'expérimentation, qui a donné à l'étranger des résultats positifs : reproduction des lésions granulomateuses et tuberculisation du cobaye, semble avoir été négative jusqu'à présent en France. M. le Dr Goyon et Mademoiselle Brun résument les résultats qu'ils ont obtenus dans un cas de maladie de Hodgkin typique vérifié par biopsie et autopsie ; outre ses lésions granulomateuses, la malade présentait des lésions tuberculeuses évolutives insoupçonnées.

Par inoculation directe, — insertion sous-cutanée d'un fragment de la tumeur médiastinale — et en deuxième passage par injection dans la jugulaire du sang du premier cobaye, C. et B ont reproduit dans les deux animaux les caractères histologiques sur lesquels se base le diagnostic de lymphogranulomatose humaine : sclérose, polymorphisme cellulaire, éosinophilie sanguine et tissulaire, cellules de Sternberg.

Bien que la malade présentât des lésions tuberculeuses en évolution, les cobayes n'ont pas été tuberculisés. Les auteurs soulignent le paradoxe que pourrait expliquer l'identité d'origine des deux processus. Ils concluent que les faits expérimentaux rapportés semblent un argument sinon une preuve, en faveur du rôle d'un virus, transmissible par la voie sanguine, dans le déterminisme de la malrdie de Hodgkin.

Néphrite avec syndrome azotémique d'origine mixte. — *MM. L. Blum, Van Caulaert* et *Grabar* donnent l'observation d'une néphrite avec syndrome azotémique d'origine rénale sur laquelle s'est greffé, à la suite de vomissements prolongés, un syndrome azotémique dû au manque de sel. L'azotémie très élevée (6 gr. 33) est tombée à 2 gr. 25 sous l'influence du sel ; ce niveau atteint, il a été impossible de faire baisser davantage l'azotémie. Les auteurs pensent que cette azotémie résiduelle, contre laquelle le sel ne peut rien, est d'origine rénale. L'azotémie supplémentaire est due au manque de sel, qui est la conséquence de vomissements.

Abcès streptococcique du poumon droit accompagné d'une pleurésie interlobaire séro-fibrineuse et aseptique. — *MM. Léon Tixier* et *Stanislas de Sèze* observent chez un malade de 65 ans un abcès du lobe supérieur droit. Au bout de quelques jours l'examen radioscopique montre juste au-dessous de l'abcès, dans la région de la scissure interlobaire supérieur, une ombre à limite fortement convexe en bas, bombant vers le parenchyme

pulmonaire. La ponction faite au niveau du lobe supérieur droit, retire du pus streptococcique. La ponction faite plus bas, dans la région interlobaire, rencontre très profondément une collection *séro-fibrineuse* et *aseptique* qu'on évacue complètement. Mort huit jours après, par ictus hémiplégique, au cours d'une nouvelle ponction.

A l'autopsie : abcès pulmonaire et symphyse interlobaire.

Conformément aux idées actuellement admises, la plèvre interlobaire, loin de représenter une zone favorable à la pullulation des germes microbiens et au développement des collections purulentes, joue le rôle d'une véritable barrière de défense opposée à l'extension des processus de suppuration pulmonaire.

M. Paisseau rapportent deux cas semblables ; il insiste sur la difficulté du diagnostic anatomique et l'importance des signes radiologiques différents.

Ictère spirochétosique d'origine fluviale. Inoculation au cobaye négative à la recrudescence. — ***MM. Léon Tixier*** et ***Stanislas de Sèze*** ont observé un nouveau cas d'ictère spirochetosique chez un charretier dont le métier consiste à transporter dans son tombereau du sable de rivière. Le rôle des rats ne peut certainement pas être invoqué. La contamination s'est faite par l'eau de rivière elle-même. Pour les auteurs, la contamination fluviale est la règle, la contamination par les rats est l'exception. Insistant sur les résultats négatifs d'une inoculation au cobaye pratiquée lors d'une recrudescence fébrile, les auteurs rappellent que les cas d'inoculation positive sont très rares. Il est impossible de considérer comme actuellement démontrée l'existence constante d'une spirochetémie de retour à l'origine de la recrudescence.

M. Troissier signale que dans les usines, l'enduit gras que l'on observe au plafond contient des spirochètes en abondance, et que l'inoculation au cobaye reproduit l'ictère.

Au moment de la rechute, la présence des spirochètes peut être mise en évidence, mais il s'agit de spirochètes à virulence atténuée.

Pemphigus aigu, manifestation terminale d'une septicémie à streptocoques démontrée par l'hémoculture. — ***M. Creyx*** (de Bordeaux).

Séance du 18 janvier 1929.

Un cas d'agranulocytose avec syndrome infectieux et hémorragique. — ***M. Perrin*** (de Nantes) rapporte un cas d'angine avec agranulocytose accompagné d'hémorragies nasales et intestinales et suivi de mort. L'examen du sang montrait une formule avec 1.660.000 globules rouges, 1.200 globules blancs, 3 °/₀ de polynucléaires.

Aortite abdominale oblitérante, rapidement mortelle, chez un syphilitique jeune. — ***MM. Ravina, Ch. Launay*** et ***Delarue*** rapportent l'observation d'un homme de 36 ans, syphilitique depuis 14 ans, chez lequel s'est installé rapidement une thrombose de l'aorte abdominale, entraînant une gangrène sèche de la totalité des deux membres inférieurs. Le début clinique particulièrement brutal pouvait faire croire à une embolie. Les accidents se sont produit presque immédiatement après un traitement arsenical modéré. On peut invoquer à leur origine le mécanisme d'une réactivation chez un sujet traité antérieurement de manière très insuffisante.

M. Lian insiste sur la rapidité d'évolution et sur le jeune âge du sujet qui fait l'objet de la communication de ***MM. Ravina, Launay et Delarue.***

La gastrite scléro-ulcéreuse (Ulcère simple de l'estomac). — ***M. Maurice Renaud***, faisant hommage du dernier volume des travaux de Chirurgie de ***M. Hartmann***, signale à l'attention de la Société les conclusions de l'important mémoire qu'il y a décrit sur l'anatomie des ulcérations gastriques. L'examen par des méthodes convenables des ulcères, réséqués par gastrectomie, ne permet plus de considérer comme exacte la description donnée de l'ulcère simple par Cruveilhier, Rokitansky et Hauser et fidèlement transmise jusqu'ici de livres en livres. L'auteur n'a jamais pu voir une ulcération gastrique simple

présentant les caractères donnés par la description classique d'une ulcération limitée à la muqueuse, s'étendant en taches d'huile et creusant la paroi stomacale d'un cratère conique bordé par des gradins. Tout au contraire, il a vu constamment, et quel que fût le stade du processus, l'inflammation de la paroi stomacale atteindre d'emblée toute l'épaisseur des tuniques. L'inflammation à marche chronique ou mieux subaiguë se caractérise par la formation d'un tissu scléro-lardacé plus ou moins infiltré de traînées et d'amas de cellules rondes et forme une nappe de tissus denses et nacrés où s'associent irrégulièrement trois termes : sclérose, dégénérescence, suppuration. Ce tissu inflammatoire atteint la muqueuse par sa face profonde et c'est sa désintégration en surface qui détermine l'apparition de l'ulcération. L'ulcération n'est donc pas la première étape de la lésion. Elle n'en est pas non plus l'élément le plus important ni le plus caractéristique. Elle repose, en effet, toujours sur une large plaque scléreuse beaucoup plus large qu'elle, qui irradie très loin dans la tunique musculaire, la coupe complètement et envoie des traînées irrégulières vers le péritoine.

La lésion gastrique consiste donc, et cela dans tous les cas, sans exception, dans la formation d'une lésion scléro-inflammatoire coupant toute la paroi stomacale, ulcérée en surface et donnant des adhérences du côté du péritoine. Ce n'est pas une lésion superficielle érosive que vient compléter secondairement un processus inflammatoire surajouté dans les seuls cas où l'ulcère simple devient un ulcère calleux. Tout au contraire, l'ulcère simple est la complication de surface d'un processus inflammatoire profond. La seule appellation qui convienne anatomiquement à une telle lésion est celle de « gastrite scléro-ulcéreuse ».

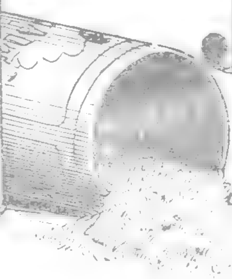
Sur la nature de cette gastrite, on ne peut actuellement rien dire de précis. L'anatomie n'explique pas la pathogénie. Elle rend bien compte en revanche des conditions et des particularités de l'évolution. Elle montre surtout combien la cicatrisation vraie d'une telle lésion, où les poussées inflammatoires se succèdent indéfiniment, ne peut que difficilement se réaliser. Juxtaposé aux données de l'évolution cliniques les constatations anatomiques permettent même de mettre en doute la possibilité d'une guérison complète et définitive, ce qui conduit à considérer que la gastrectomie est le seul traitement logique et efficace de la gastrite scléro-ulcéreuse.

M. Bard fait remarquer que les pièces opératoires s'adressent à des formes sévères et qu'on peut constater des cicatrisations d'ulcère à l'autopsie de certains malades.

La méthode de Whipple dans les anémies avec azotémie. — *C. Lian et Mlle V. Heimann* rapportent 5 observations où, ch[ez] des malades à la fois anémiques et azotémiques, l'ingesti[on] de foie de veau a entraîné simultanément une augmentation d[u] nombre des hématies, et une diminution du chiffre de l'ur[ée] sanguine. Il s'agissait d'azotémie légère ou moyenne (Ur. 0,[…] à 1,10) l'anémie était légère ou considérable (600.000 à 3 mi[l]lions et demi de globules rouges). Ils considèrent donc q[ue] la cure de foie de veau est indiquée dans les anémies av[ec] azotémie légère ou moyenne. Ils ont prescrit dans ces ca[s] 125 gr. de foie de veau, soit tous les jours, soit un jour su[r] deux. Dans les anémies graves avec grande azotémie, la cur[e] pourrait être tentée, tout au moins en faisant appel à un extra[it] de foie dépourvu de ses protéines.

Enfin, lorsqu'un hypertendu avec légère azotémie, a été sou[mis] à un régime hypoazoté et qu'on est amené à reprend[re] l'alimentation carnée, C. Lian et Mlle Heimann estiment qu[e] le foie de veau pourrait alors combattre l'anémie entraînée pa[r] le régime restrictif précédent, et faire baisser l'azotémie o[u] tout au moins, la laisser stationnaire ou ne la faire que pe[u] augmenter. Dans tous les cas, la cure de foie de veau doit êtr[e] surveillée grâce à des dosages répétés de l'urée sanguine.

René GIROUX.


JEMALT
WANDER


GLANURES

Les cendres d'Erasme. — Erasme a été enseveli dans la cathédrale de Bâle. Des réparations avaient déjà obligé à transférer ses cendres dans une autre partie de l'église. Et cette année encore, pour permettre l'installation d'un tuyau de chauffage, il a fallu déposer ces restes dans une des chapelles.

« Avant d'être rendu à l'obscurité du caveau, lit on dans le *Journal de Genève*, 8 décembre 1928, le squelette, assez bien conservé, a été examiné par le chef du service de dissection, le Dr Werthemann, qui a rendu compte de ses recherches à la séance commune de la Société des sciences naturelles et de la Société d'archéologie et d'histoire.

La taille d'Erasme était de 173 cm. L'examen du crâne a fait constater une asymétrie assez prononcée, entraînant l'absence de deux dents du côté gauche, la denture étant d'ailleurs, à l'exception d'une molaire arrachée, encore au complet. Le crâne frappe par la petitesse de sa périphérie (50,5 cm.) et par conséquent de sa capacité de 1255 cmc seulement, correspondant à un cerveau pesant 1225 gr. On sait que le poids moyen des cerveaux anglais dépasse 1300 gr., celui des Allemands 1400 gr., le cerveau de Schiller pesait 1500 gr., et celui de Tourguénieff atteignait 2 kg. Chez le subtil *laudator stultitiæ*, la qualité devait donc racheter la quantité absente.

Le Dr Werthemann a fait remarquer que les portraits d'Holbein, si exacts, reproduisent fidèlement l'asymétrie de l'ossature de la tête, mais que d'autre part l'absence presque totale de bosse occipitale est dissimulée sur tous les portraits d'Erasme par la barrette dont il est toujours coiffé. Le grand savant n'était point exempt de vanité.

Enfin l'examen du cubitus et du tibia a fait constater des gonflements et des ossifications qui prouvent qu Erasme n'a pas échappé à l'épidémie de syphilis qui ravagea l'Europe après la découverte de l'Amérique. C'est sans doute les suites de cette affection qui entraînèreut la claudication d'Erasme, que Frobenius appelait le Boiteux.

Erasme a-t-il connu son mal ? Il avait très peur de la contagion, et refusa d'aller voir Ulrich von Hutten de crainte d'être contaminé. Il estimait que le mariage devait être interdit aux avariés. Dans une de ses lettres adressées en 1518 de Louvain au médecin bâlois Beatus Rhenanus, il décrit en détail sa maladie, que son entourage déclare être la peste, mais dont les symptômes se rapporteraient plutôt à la *scabies gallica*.

Le problème psychologique reste donc en suspens. Mais à quatre siècles de distance un diagnostic médical infaillible révèle des mystères qu'on eût pu croire à jamais enfouis dans le passé. La tombe même n'assure pas le repos aux grands hommes. Leur dépouille mortelle devient une propriété publique. C'est l'envers de leur gloire. »

L'influence scientifique de Michelet sur Zola. — M. Marcel Cressot, dans un article qu'il consacre (*Revue d'Histoire littéraire de la France*, juillet-septembre 1928) à la genèse de deux romans de jeunesse de Zola : *La Confession de Claude* et *Madeleine Férat*, montre comment Michelet fut pour Zola une révélation, comment la lecture de *De l'Amour* fut le point de départ de méditations morales et sociales qui aboutirent à *La confession de Claude* et à *Madeleine Férat*.

« Michelet, écrit M. Cressot appuie toujours ses assertions sur le témoignage de physiologues et de médecins. Il déclare même en substance que ce témoignage est le seul qui compte à ses yeux. Il est intimement persuadé que c'est à la physiologie qu'il faut demander la clé de bien des problèmes moraux, et nous le voyons passer de longues heures à Clamart à étudier des cerveaux de femmes et d'enfants. Cette préoccupation explicite ou implicite, d'établir un constant parallélisme entre le physique et le moral a certainement impressionné Zola. Sans doute Taine aura une influence plus décisive, mais l'aurait-elle

à ce point si Zola n'y avait pas été préparé sentimentalement en quelque sorte ? L'on ne saurait par ailleurs trop rappeler que c'est le livre de Michelet qui a suggéré à Zola de lire Lucas, et qu'il a trouvé là la fameuse théorie de l'hérédité, sur laquelle reposera la vaste constructions de Rougon-Macquart.

Dès 1866, l'influence de Michelet devient moins nette, mais une certaine impulsion aura été donnée, et nous entrons dans l'ère du roman scientifique, du moins Zola le croyait tel ».

Syphiliphobie.

Quand je te voy, Bizet, avec ton Espagnolle,
Alléger doucement ton amoureux soucy,
D'un accueil, d'un baiser et d'un riz adoucy,
Et quand en l'accollant je voy qu'elle t'accolle ;

Un tel brazier d'amour et m'éschauffe et m'afolle,
Que je vouldroy soudain la caresser aussi,
Et l'en prirois soubdain, mais je crains la vérole.

Mais je crains la vérolle, et la crains à bon droit :
Hé dieux ! Bizet, hé dieux ! et qui ne la craindroit
Quand ell' difforme tant et fait tant de dommage,

Du Riz en a la face et le corps afollé,
Quesnay en a le chef et le menton pellé ;
Quels exemples plus grans vouldrois-tu davantage ?

OLIVIER DE MAGNY. (*Les Soupirs*).

Victor Hugo magnétiseur. — Paul Stapfer, ancien doyen de la Faculte de lettres de Bordeaux, fut dans sa jeunesse professeur de français dans un collège de Guernesey, de 1866 à 1869, c'est-à-dire pendant les dernières années d'exil de Victor Hugo. Il visitait souvent le grand poète, qui l'invitait à sa table et lui fit plus d'une confidence. Les souvenirs de M. Stapfer sur *Victor Hugo à Guernesy* furent publiés vingt-ans après la mort du poète dans un livre charmant où l'admination fervente n'exclut pas certaines réserves de détail.

Un jour qu'il était question de magnétisme, conte M. Staffer, Victor Hugo lui dit familièrement : « Vous avez tort d'en nier l'efficacité. Ce n'est pas une blague. Mon fils François, étant enfant, avait des insomnies. On avait employé inutilement tous les moyens pour le faire dormir, et l'état du malade devenait si grave qu'un jour on le crut perdu. J'essayai des passes magnétiques. Il dormit quinze heures sans se réveiller. Ce sommeil fut si réparateur et si bienfaisant que le médecin, émerveillé, n'eut plus qu'à constater la guérison sans y rien comprendre. Et l'enfant me disait : O père, continue ! encore, encore ! çà me fait tant de bien ! »

Pour étrange qu'elle soit, une expérience de Victor Hugo, cela donne quand même à penser.

Dr E. CALLAMAND.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE.

Plantes médicales de France, par E. PERROT. Tome 1. in-16, 64 p., 48 pl. coloriées : 48 fr. (Le François).

Le magnétisme qui guérit, par les Drs MOLLET et PACHET. in-18. 280 p. : 18 fr. (Le François).

Défendez votre santé. Ce que tout le monde doit savoir au sujet de ses dents, par le Dr NIDERGANG. in-18, 116 p. : 5 fr. (Le François)

Etiologie et prophylaxie de la grippe, par R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. 108 p., 15 pl. : 32 fr. (Masson).

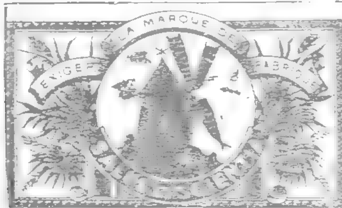
Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire, par L. DUFOURMENTEL. 222. p.. 69 fig. : 40 fr. (Masson).

Manuel des maladies de l'œil, à l'usage des étudiants et du praticiens, par C. May. 5e éd. française. 496 p., 374 fig. : 55 fr. (Masson).

Questions cliniques d'actualité. Leçons professées à la Charité, service du Dr SERGENT. 253 p., 8 pl. : 34 fr. (Masson).

L'individualité du sang en biologie, en clinique, en médecine légale, par L. LATTES. 316 p. 60 fig. : 50 fr. (Masson).

Les phénomènes de répercussivité, par André THOMAS. 246 p. : 32 fr. (Masson).



NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours du prix de l'internat de médecine.* — Section de médecine. Epreuve écrite : MM. Lenormand 26, Michaux 30, Besançon 23, Kaplan 29, Thuriel 22, Lichtwitz 20, Layani 27.

Épreuve clinique : MM. Lichtwitz 15, Lenormant 18, Thuriel 18, Michaux 20, Kaplan 18, Layani 20. M. Besançon s'est retiré.

A la suite de ce concours les récompenses suivantes sont attribuées : 1er prix, Médaille d'or : M. Michaux 70 pts ; 2e prix, médailles d'argent : M. Kaplan 67 pts ; acsessit M. Layani 65 pts.

L'organisation des hôpitaux militaires. — Le ministre de la guerre, poursuivant le plan d'industrialisation des services de son département, vient de prendre une série de mesures propres à alléger les charges administratives incombant au service de santé militaire.

Une collaboration des hôpitaux du gouvernement militaire de Paris avec les services généraux de l'Assistance publique a été récemment réalisée avec succès. La généralisation de ce système est poursuivie en province où les hôpitaux militaires ont été invités à réaliser avec les commissions administratives des hospices une association basée sur les mêmes principes.

On est en droit d'attendre de ces dispositions des avantages appréciables au point de vue économique.

L'Etat contre le médecin. — Ce titre mis à la mode par le Dr Guérin peut servir pour rapporter ce fait que signale l'*Animateur des Temps nouveaux*.

« Un médecin habitant la commune de X... est chargé chaque année de procéder à la vaccination des enfants des écoles. Il reçoit pour cette opération deux francs par enfant.

Il a vacciné dans l'année 28 enfants de telle sorte qu'il a présenté à l'administration une note de 56 francs.

Mais les notes supérieures à 50 francs doivent être timbrées à l'enregistrement et le Dr X... a dû se rendre à la sous-préfecture pour faire timbrer sa note. Ci :

Voyage (en 3e classe) à la sous-préfecture, 2 fr. 50 ; droit d'enregistrement, 3 fr. 50. Total : 6 francs de dépenses pour une note de 56 francs, ce qui met chaque vaccination à 1 fr. 90

N'est-ce pas pitoyable ? »

Une question de droit posée par l'épidémie de fièvre typhoïde de la région lyonnaise. La responsabilité pénale et civile de la Compagnie qui a distribué de l'eau contaminée aux usagers. Article 1382 du Code civil ? Article 319 du Code pénal ? — L'épidémie de fièvre typhoïde qui vient de sévir dans la banlieue lyonnaise et dont on annonce le déclin pose un problème de droit.

En effet les familles des malades atteints de fièvre typhoïde, préoccupées d'obtenir la réparation du dommage qui leur a été causé, se sont constituées en groupement et ont déposé une plainte au Parquet de Lyon. Une information a été ouverte et actuellement suit son cours. Sur quelle base juridique ?

C'est l'application de l'article 319 du Code pénal « quiconque par maladresse, imprudence, *inattention*, *négligence* ou *inobservation des règlements*, aura commis involontairement un homicide ou *en aura été involontairement la cause*, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 50 à 600 fr. »

« Il appartiendra, écrit M. Touzet (de Lyon) aux plaignants de démontrer la faute pénale de la Compagnie qui a distribué l'eau contaminée aux usagers en établissant que cette contamination s'est produite en dehors d'un cas fortuit, mais par suite d'une inattention, d'une négligence imputables à ceux qui avaient la charge et la responsabilité d'un service intéressant au premier chef la santé publique. C'est une question d'expertise.

Mais à côté de la sanction de l'article 319 du Code pénal, il y a la responsabilité édictée par l'article 1382 du Code civil — notion beaucoup plus large et à laquelle les problèmes d'après guerre ont donné une extension qui, pour être imprévue, n'en est pas moins équitable.

C'est l'obligation de réparer le dommage que l'on a causé à autrui. Sous la bannière de l'article 1382 pourront s'enrôler tous ceux qui ont souffert du fait de l'épidémie, un préjudice matériel ou moral, et ils seront nombreux.

Voici, par exemple, le cas de la ville de Lyon.

M. le maire annonçait, à la dernière séance du conseil municipal, son intention formelle de ne pas laisser prescrire ses droits. Il est évident qu'il y a eu préjudice matériel par la surcharge imposée du budget d'assistance et il y a eu aussi ce préjudice « mixte », à la fois matériel et moral, résultant de l'isolement relatif dans lequel s'est trouvée placée la ville pendant quelque temps, privée de son contingent normal d'étrangers et de visiteurs.

La notion du préjudice, comme celle de la faute, peut être infiniment variable.

Les décisions qui seront rendues auront certainement une importance exceptionnelle dans le domaine de la responsabilité pénale et civile. »

Lyon. — Dimanche 27 janvier, a eu lieu à l'Antiquaille la séance inaugurale de la filiale lyonnaise de la Société française de dermatologie, à laquelle assistaient : MM. les professeurs Jeanselme, Gougerot ; MM. les docteurs Barthélemy, Fernet, Louste, Queyrat, Rabeau, Rabut, Ravaut, Schulmann, de Paris ; MM. les professeurs Pautrier, de Strasbourg ; Margarot, de Montpellier ; Vigne, de Marseille ; Ramel, de Lausanne ; Du Bois, de Genève ; docteur Laurent, de Saint-Etienne et plusieurs professeurs de la Faculté de médecine de Lyon.

M. le docteur Hudelo, président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, prit le premier la parole :

« En invitant le président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie à inaugurer cette première séance de notre jeune groupement, votre président, le professeur Nicolas, a voulu témoigner, dès la première heure, des liens de concorde, de confiance mutuelle qui unissent, de droit et de fait, la société mère aux filiales dont elle est fière : Strasbourg, Nancy, aujourd'hui Lyon ; remercier de cœur, mon cher ami Nicolas et les collègues dont il est le porte-parole, et je suis heureux de voir ici, en bon nombre, les membres du bureau de la Société française. »

« L'Antiquaille est le berceau de l'Ecole lyonnaise, depuis 1903, et ses chirurgiens-majors ont bien mérité de la cité. Permettez-moi ne mettre en vedette : Baumès qui édicta la loi qui garde son nom ; Diday, le brillant, le spirituel dermato-syphiligraphe ; notre grand Rollet, dont le rôle fut primordial dans la démonstration, méconnue par Ricord, de la contagiosité des accidents secondaires ; Dron, à qui nous devons la connaissance de l'épididymite spécifique secondaire ; Héraud, qui, dès 1875, proclame la nature non pas contagieuse, mais trophonécrotique de la pelade et encore... les Aubert, les Bouchard, les Julien, les Audry, les Oltramare et, aujourd'hui, votre président Nicolas, si riche de travaux de découvertes et, surtout, de sa pléiade d'élèves.

« Tous nos vœux donc pour la filiale lyonnaise de la Société de dermatologie, pour son président, notre cher Nicolas, et pour ses collaborateurs, nos collègues lyonnais : professeur Favre, docteurs Gaté, Carle, Jambon, Jourdanet, Massia, Moutot, Pilon, Lacassagne, Lebeuf, Clara, nos hôtes si cordiaux. »

M. le professeur Nicolas prit ensuite la parole et remercia les maîtres de la dermatalogie qui ont fait à la jeune société lyonnaise l'honneur de fêter son entrée dans le monde.

Ensuite plusieurs communications furent faites et on présenta plusieurs malades.

Œuvre Furtado-Heine (10, rue Delbet, XIVe). — L'Œuvre Furtado-Heine, fondée en 1884, vient d'être réorganisée, sous la direction scientifique de M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine.

Ses services comprennent : Consultations de médecine ; Consultations d'oto-rhino-laryngologie ; Examens radiologiques ; Electricité médicale et diathermie ; Radiothérapie ; Rayons ultra-violets ; Vaccination antivariolique, antidiphtérique, antityphoïdique, antituberculeuse (B. C. G. sous-cutané).

Le personnel médical se compose de MM. les docteurs J. Thiers, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Beaujon, médecin en chef ; Larminat Caplain, Bagot (médecine) ; Lièvre Biancani, G. Thiers-Salinas (radiologie, électrothérapie, rayons ultra-violets), Boulay, Dvorsky (oto-rhino-laryngologie).

L'Œuvre s'adresse principalement aux enfants, mais des adultes, peuvent être admis aux examens et traitements.

Tous les soins sont gratuits pour les indigents, mais des sommes modiques peuvent être demandées aux malades qui ont quelques ressources, afin de contribuer à l'entretien du matériel chirurgical et radiologique.

Les médecins de l'Œuvre se mettent à la disposition de leurs confrères de la ville pour recevoir leurs malades et pour les tenir au courant des examens et des traitements.

Journées médicales de Paris (9 au 14 juin 1929). — Les prochaines Journées médicales de Paris auront lieu du 9 au 14 juin 1929 ; elles sont organisées avec le concours de la *Revue Médicale Française* et de ses collaborateurs et sont ouvertes à tous les médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants en médecine.

Président : M. le professeur Delbet ; vice-présidents : MM. les professeurs Sergent et Desgrez ; Commissaire général : M. le professeur Balthazard ; Secrétaire général : M. le Dr Léon Tixier ; Secrétaire général adjoint : M. Deval ; Trésorier : M. le Dr Léon Giroux.

Les Journées se dérouleront au Palais des Expositions de la ville de Paris (Porte de Versailles), où sera aménagée une exposition sous le patronage du Comité français des Expositions et sous la direction de M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques. L'après-midi, diverses conférences seront faites à la nouvelle salle du Palais des Expositions par MM. les professeurs Delbet et Sergent, par M. le Dr Lesne, médecin des hôpitaux, etc.

Le matin, un programme, judicieusement établi, permettra aux adhérents de suivre les démonstrations pratiques avec le concours de tous les chefs de service dans les cliniques de la Faculté et dans les hôpitaux publics et privés, l'Assistance publique, l'Institut Pasteur, l'Institut du radium, etc.

Le Comité des Fêtes, présidé par M. le Dr Henri de Rothschild, a prévu un programme particulièrement brillant :

Dimanche 9 *juin* : grande réception au Palais des Expositions : orchestre et partie théâtrale, buffet.

Mardi 11 *juin* : soirée à l'Opéra.

Jeudi 13 *juin* : excursion en auto-cars dans la vallée de Chevreuse, déjeuner à Rambouillet, visite des châteaux de Rambouillet, de Dampierre, de l'abbaye de Port-Royal des-Champs, goûter à l'abbaye des Vaux-de-Cernay.

Le vendredi 14 *juin* : les adhérents seront reçus dans diverses stations climatiques, thermales et marines dans des conditions particulièrement agréables et avantageuses.

Un Comité de dames dirigera chaque jour des promenades chez les grands couturiers, dans les musées, concerts, thés, etc.

On peut d'ores et déjà prédire que le succès des Journées médicales de 1929 dépassera celui de leurs aînées, le Comité ayant profité de l'expérience précédente pour apporter toutes les améliorations désirables.

Cotisation : 50 francs pour les adhérents aux Journées : 20 francs pour les dames et pour les étudiants en médecine. (Paiement par chèque ou chèque postal « Journées Médicales ». Compte 1.155-60, Paris.)

S'adresser pour tous renseignements à M. le Dr Léon Tixier, 18, rue de Verneuil, Paris (7e).

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Dr Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques). — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'abdomen, du tube digestif, du foie et des voies biliaires), en dix leçons, par M. le Dr Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 25 février 1929, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure. Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Chirurgie des parois abdominales : Cure radicale des hernies inguinale, crurale, ombilicale. Cure opératoire des éventrations. — 2° Technique générale des résections et sutures sur le tube digestif : La résection intestinale ; les procédés de fermeture des bouts intestinaux ; technique des anastomoses termino-terminale, latéro-latérale, latéro-terminale ; suture à la Lembert et suture bord à bord (technique de Robineau) ; anastomoses aux boutons. Technique de la greffe épiploïque. — 3° Chirurgie de l'estomac : Anesthésie ; voies d'abord ; gastrostomies et gastrostomie continente ; gastro et pyloroplasties. Méthode de Balfour dans le traitement des ulcères. — 4° Les procédés de gastro-entérostomies : Indications technique. Exclusion du pylore. Gastro-gastrostomie. Les gastrectomies partielles : Résection annulaire et résection en selle. — 5° Les gastro-pylorectomies pour ulcère et pour cancer : Résection avec gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie ; indications et techniques. — 6° Chirurgie de l'intestin grêle et du côlon : Duodéno-jéjunostomie. Appendicectomies (voie d'abord, techniques). Colopexie en équerre. Les procédés de dérivation intestinale : Les anus iliaques (temporaire et définitif, droit et gauche) et les procédés de fermeture ; iléo et cæco-sigmoïdostomie ; exclusion du côlon. — 7° Les colectomies (totales ou partielle, droite ou gauche) : Procédés, indications dans la tuberculose et le cancer ; colectomie sous-cæcale ; hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique ; colectomies segmentaires (opération de Schwartz ; opération d'Hartmann ; entérorraphie circulaire). — 8° Chirurgie du rectum : Traitement des hémorroïdes ; traitement des fistules anales. Traitement du cancer et des rétrécissements du rectum (voies périnéale, abdominale et abdomino-périnéale). — 9° Chirurgie du foie et de la vésicule biliaire : Anesthésie ; voies d'abord. Traitement des abcès du foie et des kystes hydatiques. Cholécystostomie ; cholécystectomies ; cholécysto-anastomoses. — 10° Chirurgie du cholédoque : Cholédocotomie sus-duodénale, rétro-pancréatique, transduodénale. Drainages interne et externe, réparation des plaies et pertes de substance de la voie biliaire principale. Chirurgie de la rate et du pancréas Incisions ; voies d'abord ; la splénectomie.

Société internationale de Chirurgie. — *Huitième congrès triennal : Varsovie 22-25 juillet* 1929. (Secrétariat général : 72, rue de la Loi, Bruxelles.) — Ce Congrès se tiendra à Varsovie du 22 au 25 juillet, sous la présidence du professeur Hartmann, de Paris.

A la demande du Bureau permanent, les administrations des chemins de fer de Belgique, de France, du Portugal, etc., etc., ainsi que certaines compagnies de navigation, ont consenti d'importantes réductions de tarifs aux membres qui utiliseront leurs lignes pour se rendre à Varsovie.

D'autre part, sur le désir de nombreux membres, un voyage collectif par mer a été organisé. Le départ de Zeebrugge est fixé au 12 juillet (toutefois il sera loisible aux Congressistes de s'embarquer au Havre le 11 juillet sans payer de supplément), avec escales à Ymuiden, Copenhague, Riga, Helsingsfors, Stockholm, Gothland et Gdynia, où l'on arrivera le 21 juillet au matin. L'Office belge des Compagnies françaises de navigation met à la disposition du Congrès le vapeur *Espagne*, bateau de 12.000 tonnes de la Compagnie générale transatlantique. Informer le directeur de l'Office belge des Compagnies françaises de navigation, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles, du désir de prendre part à cette croisière, dont le prix variera de 3.575 francs français à 5.975 francs, suivant la cabine choisie.

Chaque membre de la Société qui aura informé le secrétaire avant le 1er juin de son intention d'assister au Congrès, recevra en temps utile une carte de membre indispensable pour l'obtention des réductions de tarifs de chemins de fer et dont la présentation sera exigée à Varsovie pour les séances et les fêtes organisées par nos collègues polonais. Si des membres de la famille, ou des amis, accompagnent le congressiste, ils pourront bénéficier des mêmes avantages — sauf la participation aux discussions et aux votes ; communiquer leurs noms et prénoms pour recevoir des cartes de congressistes, dont le prix a été fixé à cinquante francs belges (10 belgas) pour les parents des membres et à cent francs belges (20 belgas) pour les amis qui désirent les accompagner.

Un programme détaillé du Congrès sera édité sous peu.

Nécrologie. — M. le Dr Raphaël Dubois, professeur honoraire de physiologie, à la Faculté des sciences de Lyon, décédé à Tamaris, à l'âge de 80 ans. — Professeur Jean Sicard, décédé subitement à l'âge de 56 ans. — Médecin général inspecteur Edmond Delorme, décédé à Paris à l'âge de 82 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action hypoglycémiante combinée du bore et de l'insuline

Par MM. M. LOEPER, RAVIER et TONNET.

Dans une note parue en 1926 avec la collaboration de M. Garcin, nous montrions quelle influence pouvait avoir le borate de soude sur l'acide oxalique, la cholestérine et surtout le sucre du sang. Certains dosages que nous avons rapportés prouvaient sans discussion l'action hypoglycémiante du borate de soude. Cette action, il est vrai, assez faible chez le sujet sain, apparaissait plus forte chez le sujet hyperglycémique et pouvait se traduire par des abaissements dans l'heure de 1 gr. et même 1 gr. 50 de glucose pour 1000. Elle se maintenait même parfois 24 heures et les chiffres de départ restaient, à un jour de distance, inférieurs à ceux du jour précédent. Mais on ne pouvait dire qu'elle fut constante ; nous l'avons vue fort discrète ou nulle dans un cas sur quatre environ.

L'action du borate de soude tient évidemment au bore qui constitue son radical.

Dans quelques cas examinés, le bore était introduit dans les veines sous forme de borate de soude à 0,45 cgr. par 10 cc. et à la dose de 10 cc. soit de 0,90 cgr. Dans d'autres, sous forme de bore aminé (1) représentant une proportion de bore notablement plus élevée. Quelquefois, il était absorbé par la bouche à la dose, cette fois, de 2 à 3 gr. de Borate de Soude par 24 heures.

Les résultats les meilleurs ont été obtenus par la voie veineuse et l'on peut affirmer que ce mode d'introduction n'a aucun inconvénient local ou général. Ils sont à peu près identiques avec le borate de soude et avec le bore organique.

Il nous a semblé intéressant de rechercher si le bore était capable de renforcer l'action de l'insuline et ce sont ces recherches dont nous donnons ici les conclusions. On sait que MM. Bertrand et Machebœuf ont fait une étude analogue avec le nickel et le cobalt et ont publié récemment quelques résultats positifs.

Nous avons donc examiné 4 malades diabètiques à gros chiffres de 70 à 140 gr. par 24 heures et dont les glycémies variaient de 2 gr. à 3 gr. 50.

Nous leur injections à quelques jours de distance les mêmes unités d'insuline (2) la première fois pure, la seconde fois associée à 0,45 ou 0,90 de borate de soude.

Les résultats sont assez médiocres avec 0,45, mais ils sont plus marqués avec 0,90 ctgr.

Les voici :

	Insuline seule				Insuline + borate de soude		
	Dose	Avant	Après	Diff.	Avant	Après	Diff.
Mme A.	40 V	2.98	1.94	1.04	2.97	1.93	1.04
Mme B.	60 V	2.72	0.76	1.96	2.48	0.64	1.84
Mme L.	80 V	2.78	1.30	1.48	2.88	1.10	1.78
M. D.	40 V	2.33	1.41	0.92	2.85	1.37	1.48

Dans ces cas, la dose de borate n'a pas varié : seules diffèrent les unités d'insuline injectées.

Comme on peut le voir, la diminution du sucre est formelle et considérable dans deux cas : le renforcement de l'action de l'insuline se traduit dans l'un par un abaissement de 0,30 cgr. , dans l'autre de 0,56. L'effet parait à peu près nul dans un troisième. Et dans un quatrième, il est inverse de ce que nous attendions, puisque l'abaissement est moindre par l'association des deux médicaments que par un seul. Il est vrai que le régime n'était peut-être pas exactement suivi dans ces deux derniers cas. D'ailleurs, le taux de la glycémie après les injections n'en reste pas moins toujours inférieur à ce qu'il était avec la seule insuline : 1,93 au lieu de 1,94 ; 0,64 au lieu de 0,76 ; 1,10 au lieu de 1,30 ; 1,37 au lieu de 1,41.

Nous croyons donc que le bore peut renforcer l'action de l'insuline et que ce renforcement se produit au moins dans un certain nombre de cas.

L'action du Bore pourrait être dûe à une modification de la perméabilité rénale, à un abaissement du seuil d'élimination du glucose, mais les dosages du sucre urinaire, qu'a bien voulu faire Mlle Lebert, sont exactement proportionnels à l'abaissement du sucre sanguin et jamais ils ne sont supérieurs à ceux de la veille. Le bore a donc bien agi sur le métabolisme du sucre.

Nous savons que le bore touche la glande hépatique et nos dosages antérieurs nous ont montré avec quelle intensité il modifie parfois le coefficient azoté. Nous savons aussi qu'il agit sur les centres nerveux et qu'il peut modifier l'appareil régulateur de la glycémie. Cette double action hépatique et nerveuse suffirait déjà à expliquer l'abaissement du taux glycémique.

Il est possible que le bore exerce également son action sur le pancréas, comme le nickel et le cobalt dans les recherches de Bertraud et Machebœuf. Mais nous n'avons encore aucun fait qui nous permette d'affirmer que le bore se fixe sur le pancréas ou qu'il touche électivement à sa fonction glycorégulatrice.

Quoi qu'il en soit, en pratique, dans deux cas sur quatre au moins, le bore a renforcé notablement l'action de l'insuline et l'on peut par conséquent en recommander l'emploi.

(1) Le bore organique nous avait été préparé par la Maison Dausse.
(2) L'insuline utilisée a été l'endopancrine.

Sur les céphalées d'origine nasale

Par MM. les Docteurs

Maurice BOUCHET, Laryngologiste des Hôpitaux.

Marcel VIAL, Assistant de Laryngologie de l'Hôpital Hérold.

Le diagnostic des céphalées d'origine nasale présente, à mesure qu'on l'étudie, un intérêt plus grand.

Il est souvent très difficile de préciser l'origine nasale d'une céphalée : il est souvent plus difficile encore de préciser quelle lésion de la fosse nasale est particulièrement responsable. C'est qu'en effet des lésions très variables peuvent provoquer des troubles absolument comparables, tant céphalées, que névralgiques.

On retrouve déjà cette variété parmi les observations de Hack qui, en 1882, cita trente observations d'algies rhinogènes guéries par des cautérisations effectuées sur les cornets moyens et inférieurs.

En 1890, Coupard observa un cas inespéré de guérison de névralgies « atroces et rebelles » par cautérisation au galvano-cautère d'un gros cornet moyen coincé entre le septum et la paroi externe des fosses nasales.

Depuis, on trouve les nombreux travaux de Remous, Bresgen, Walter Spencer, Bulofzer, Heynnix, Suarez et Poo, Lermoyez. Ce dernier insiste sur l'intensité de la céphalée et de la constriction frontales parfois tellement intenses qu'elles ne font même pas soupçonner leur origine rhinogène.

Dans tous ces travaux, se retrouve l'importance pré-

éminente du méat moyen ou mieux de l'étage moyen de la fosse nasale, épaississement de la cloison, gros cornet moyen, bulle ethmoïdale.

L'un de nous, en collaboration avec Soulas, essaya de montrer la part respective de l'élément mécanique et de l'élément infectieux dans l'origine de ces céphalées.

Le méat moyen, véritable carrefour sécrétoire est l'aboutissant des sinus de la face et des cellules ethmoïdales antérieures. Il est limité en dedans par le cornet moyen qui forme sa face interne. Une grande partie des céphalées qui nous occupent s'explique par les particularités anatomiques de cette région.

La muqueuse qui en recouvre le squelette osseux est un véritable stroma vasculo-nerveux où s'intriquent vaisseaux et capillaires, nerfs sensitifs, sympathiques et parasympathiques qui proviennent du hile nasal plus postérieurement situé au niveau du trou sphéno-palatin.

De l'ensemble de ces particularités, on conçoit que les céphalées pourront le plus souvent résulter soit d'un facteur mécanique, soit d'un facteur infectieux, ces deux variétés pouvant d'ailleurs coexister.

L'étiologie mécanique groupera toutes les causes de compression ds la muqueuse de cette région, à savoir :

1° L'atrésie congénitale sans malformation anatomique surajoutée ;

2° La compression du cornet moyen par une déviation haute, une crête, une grosse bulle ethmoïdale, etc. ;

3° L'hypertrophie du squelette osseux du cornet moyen.

A ce propos, nous rappelons que l'hypertrophie simple de la muqueuse de ce cornet, ne paraît pas engendrer de syndrome douloureux.

L'étiologie infectieuse, la suppuration des sinus mise à part, comportera l'infection du méat moyen dont nous avons parlé précédemment.

Les formes cliniques d'algies rhinogènes correspondant à ces deux variétés d'étiologies sont en général améliorées par l'intervention opératoire.

Il existe cependant des cas avec nez normal, tant au point de vue anatomique qu'infectieux où, chose curieuse, l'élément douleur, fonctionnellement analogue aux formes précédentes, cède parfois à l'ablation des cornets moyens. Il semble alors que l'intervention agit en modifiant profondément l'innervation et l'équilibre nerveux des fosses nasales.

L'acte opératoire agirait alors en plus à distance en déterminant peut-être une dégénérescence des noyaux centraux analogue à celle qui résulte, pour la cinquième paire, de la neurotomie rétro-gassérienne ou plus simplement de l'éradication des fibres périphériques, ainsi que le préconisait Van Gehuchten.

Nous entrons alors dans le cadre sympathico-endocrinien, et la question se complique d'autant. Les malades présentant cette variété d'algies sont des « hypersympathiques chez qui l'hyperexcitabilité s'étend à tout le système sympathique ou végétatif » (Laignel-Lavastine).

La recherche des réflexes neuro-végétatifs et principalement du réflexe naso-facial est alors souvent très précieuse.

Le rôle du terrain n'est de même pas négligeable en matière céphalée nasale ; il va de pair avec l'équilibre neuro-végétatif. Lorsque des phénomènes de choc viendront se surajouter, la complexité de la question des céphalées nasales sera d'autant accrue et leur étiologie n'en sera que plus difficile à déceler.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de ces céphalées rentre dans le cadre des algies du système trigémino-sympathique nasal et de ses anastomoses. De ce fait même, elle est accompagnée en plus de troubles vasculo-sécrétoires.

Lorsque la douleur résulte d'une compression, elle est souvent considérable, siège d'une façon diffuse dans la région périorbitaire, frontale ou temporale. L'élément céphalée, constant, durable, s'aggrave de névralgies et ne cède pas aux analgésiques.

La douleur gravatique continue, se manifeste dès le matin au réveil et augmente dès que l'individu commence sa vie active. Elle s'exacerbe sous l'influence des efforts, de la digestion, de la chaleur, des excitants comme l'alcool, des irritants comme le tabac. De même, ces phénomènes diminuent transitoirement sous l'influence des médicaments modificateurs du vago-sympathique, comme l'atropine, du trijumeau aconitine) ou des vago-constricteurs (adrénaline en applications locales).

L'exploration digitale des zones douloureuses ne revèle pas de points névralgiques, on remarque tout au plus une sensibilité plus grande de l'émergence du nerf sus-orbitaire et de la région orbitaire interne. Le malade est plus gêné que normalement à la pression de globes oculaires et la convergence oculaire lui est parfois plus désagréable qu'à l'ordinaire.

La rhinoscopie établira nettement le diagnostic en montrant la malformation nasale.

Les céphalées résultant de l'infection du méat moyen ont une symptomatologie fonctionnelle analogue, bien qu'elle en diffèrent rhinoscopiquement.

La muqueuse du versant externe du cornet moyen et du méat, différente de la muqueuse voisine, est souvent hyperesthésiée, elle est de plus le siège d'une très légère sécrétion blanchâtre ou assez claire, tandis que le restant de la pituitaire est normal.

Nous nous sommes attachés à traiter ces céphalées par l'ablation du cornet moyen. Le procédé opératoire est simple et dans 70 % des cas, le résultat est excellent.

Cette intervention agit radicalement en libérant d'un contact par trop intime l'ethmoïde et le septum, elle est d'autant plus précieuse que la cloison est épaissie, déviée que son tubercule est hypertrophié, qu'elle présente une crête haute ou que la bulle ethmoïdale est saillante. Ces dernières malformations pourront être, si besoin est, traitées plus aisément, le jour opératoire ayant été agrandi par cette intervention préliminaire.

Le drainage des sinus et des cellules ethmoïdales se fera mieux n'étant plus gêné par l'étroitesse du méat ; il sera plus aisé de traiter les lésions de cette région sur laquelle on n'avait jusqu'alors pas jour.

La fente respiratoire ayant été de la sorte agrandie, l'opéré respirera plus aisément et les sécrétions nasales seront plus facilement évacuées.

L'insuffisance respiratoire dans les cas d'atrésie, ayant ainsi été diminuée, l'opéré se sentira plus libre et le mécanisme respiratoire nasal jusqu'alors insuffisant pourra prendre son jeu régulateur normal.

Les contre-indications opératoires sont très réduites. Deux cependant méritent d'être citées, elles sont formelles :

Les enfants ne seront jamais opérés car l'harmonie ultérieure de leur squelette endo-nasal pourrait être gravement perturbée et un processus atrophique réflexe s'installer peu à peu.

De même les tuberculeux seront respectés.

Il est très rare qu'on voie survenir à la suite de cette intervention une tendance à la production de croûtes, éventualité qui est infiniment plus fréquente après l'ablation du cornet inférieur.

Evitant autant que possible une exérèse totale : nous pratiquons l'ablation de la tête du cornet moyen suivant deux techniques.

Première technique. — Après une bonne anesthésie locale par mèche de cocaïne adrénaline, on attaque avec la pince de Struycken le bord inférieur du cornet, on mord profondément jusqu'à la paroi externe des fosses nasales et l'exérèse est complète par l'ablation au serre-nœud de la tête du cornet ainsi dégagée.

Deuxième technique. — On coupe le cornet moyen avec les ciseaux de Beckmann au niveau de son attache en poussant cette section en arrière aussi loin qu'on le désire et on complète l'exérèse au serre-nœud.

On a proposé la résection sous-muqueuse de cet organe.

Elle consiste à inciser la pituitaire sur le bord antérieur du cornet, on introduit ensuite dans les lèvres de la plaie une rugine de Freer qui sert à décoller la muqueuse d'avant en arrière. Le squelette du cornet ayant ainsi été libéré on le resèque avec une pince de Jansen ou d'Hartmann

Cette dernière technique, plus délicate que les précédentes, ne paraît pas donner de meilleurs résultats.

L'hémorragie opératoire et post-opératoire est insignifiante. bien moins, dans la règle, que celle qui suit, par exemple l'ablation de queues de cornets, aussi n'y a-t-il pas avantage à se servir de serre-nœuds diathermiques.

Un léger tamponnement huileux est parfois utile pour permettre aux opérés de rentrer chez eux sans crainte. mais. comme tout tamponnement nasal, il doit être retiré au bout de 24 heures.

Au cours des jours suivants, le malade présente quelques croûtes qu'il est aisé de rendre moins pénibles grâce à une pommade au Baume du Pérou.

Il est préférable de proscrire les lavages qui abîment toujours la muqueuse.

Cette chirurgie, actuellement si simple fut cependant accusée autrefois de déterminer des cas de septicémie ou de méningite, ces derniers résultant d'une fracture de la lame criblée. Ces complications semblent extrêmement rares et nous n'en avons pour notre part jamais observé.

Résultats.— Dans la règle la céphalée disparaît très rapidement, souvent dès les 48 heures qui suivent l intervention, parfois progressivement. Tant que l'opéré présente des croûtes on peut observer des retours de maux de tête de plus en plus légers. Ils disparaissent peu à peu avec celles-ci.

Cependant un certain nombre d'opérés ne sont pas améliorés définitivement. On peut les grouper en deux catégories :

1° Ceux qui ont une amélioration très nette et malheureusement passagère.

2° Ceux qui ont une amélioration légère et très passagère.

Dans la première catégorie rentrent les infectés sinusiens dont l'amélioration s'explique par l'accroissement du drainage et une plus grande action des inhalations ainsi que des topiques employés.

La deuxième variété constitue un cadre malheureusement trop vaste d'où nous extrairons seulement ceux qui ont une infection localisée à une ou plusieurs cellules ethmoïdales et ceux qui présentent une lésion méconnue jusqu'alors du sinus sphénoïdal.

Ce diagnostic est souvent délicat. Les examens rhinoscopiques doivent être répétés afin d'apercevoir la présence de pus dans le haut du cavum et sur la queue des cornets moyens, la radiographie et la salpingoscopie ne devront jamais être négligées pour éclairer ces recherches.

Voici quelques observations de malades chez qui l'ablation du cornet moyen ne fut pas suivie d'amélioration définitive et pour lesquels une intervention complémentaire put amener la guérison.

Première observation. — Ch... Françoise, 27 ans, se plaint de céphalées surtout matinales, localisées à la région frontale et le plus souvent du côté droit.

Examen.— A gauche, fosse nasale normale.

A droite, étroitesse du méat moyen.

Le cornet moyen nous paraît comprimé surtout à sa partie basse, où il semble coïncé contre la paroi externe et la cloison légèrement voussurée à ce niveau. Pas trace de pus.

Diaphanoscopie : éclairage normal.

Ablation du cornet moyen, légère sédation, malheureusement très passagère. Dix-huit jours plus tard, la malade revient disant qu'elle a été à peine améliorée, qu'elle continue à souffrir.

L'examen montre une cicatrisation convenable de la plaie opératoire, pas d'écoulement purulent.

Radiographie négative.

La malade est mise en observation. Deux mois plus tard elle vient se plaindre d'une crise douloureuse portant très nettement sur le frontal droit.

Examens rhinoscopique et radiographique négatifs.

On constate à la pression une douleur permanente dans l'angle interne de l'orbite, au niveau du plancher du sinus frontal.

Devant les instances de la malade, on décide d'ouvrir le sinus frontal par voie nasale. Aucun écoulement de pus. Cette intervention est suivie d'amélioration rapide, les maux de tête disparaissent, la guérison se maintient depuis dix-huit mois, et il semble qu'il s'agisse ici d'un de ces cas de vacuum sinus tels qu'en ont publié les auteurs américains, en particulier Ewing et Sudler.

Deuxième observation. — Ber... Charles, adressé à la consultation de R. L. dans le service d'ophtalmologie, présente une lourdeur de tête permanente, s'exaspérant par l'effort et la fatigue, siégeant uniquement dans la région frontale et entre les deux yeux. Ce malade myope porte des verres inégaux. On a pensé tout d'abord à une céphalée d'origine oculaire et les verres ont été changés à plusieurs reprises depuis deux ans.

Examen négatif, sauf une rougeur de la fente méatique droite. Diaphanoscopie négative.

Le malade à qui l'on a conseillé des inhalations déclare se trouver mieux au bout de huit jours de traitement. Un mois plus tard, reprise des douleurs comme auparavant.

Ablation du cornet moyen droit, amélioration très nette, le malade n'est plus vu pendant deux mois, il revient à cette époque disant que ses maux de tête ont réapparu et gardent toujours le même caractère de localisation dans la région frontale droite et gauche.

L'examen montre un aspect normal de la fosse nasale gauche ; a droite, la présence de sécrétions muco-purulentes immédiatement en arrière de la digue nasale. On se décide à effondrer l'ethmoïde à ce niveau et à curetter les cellules infundibulaires. Guérison.

Les douleurs semblent dues dans ce cas à l'infection persistante de l'ethmoïde antérieur et cette infection fut sans doute consécutive à un très gros rhume douloureux survenu trois ans auparavant, il s'agirait donc dans ce cas d'une pansinusite grippale.

Troisième observation. — Mes... Emilienne vient consulter pour une céphalée à prédominance frontale.

L'examen montre une hypertrophie considérable du cornet moyen gauche avec présence de sécrétions purulentes sur la face externe du cornet.

Diaphanoscopie. Sinus clair. Radiographie négative. Ponction du sinus maxillaire gauche : liquide clair.

Nous pensons qu il s'agit d'une infection localisée à l'ethmoïde. Pour assurer un meilleur drainage nous pratiquons l'ablation du cornet moyen. Amélioration assez nette dans les deux semaines qui suivent l'intervention.

Reprise des douleurs. L'examen nous montre la persistance du suintement purulent dans le méat moyen, on note également à ce moment-là la présence de pus sur la face interne du cornet moyen par rhinoscopie postérieure sur la queue du même cornet. Il s'agit donc d'une suppuration ethmoïdale atteignant les cellules qui s'ouvrent dans le méat supérieur. On décide alors d'enlever en totalité le cornet moyen, pour obtenir un meilleur drainage ; réservant pour une intervention ultérieure le curettage de l'ethmoïde. A la suite de cette intervention l'amélioration est très rapide, la malade se dit très améliorée et nous la perdons de vue.

Quatrième observation. — Mar... Pierre. Ablation du cornet moyen pour céphalée frontale avec douleurs entre les deux yeux et impression de serrage à la racine du nez. Aucune amélioration.

Un examen radiographique montre alors une opacité du sinus sphénoïdal gauche. Bien que la rhinoscopie postérieure ne fournisse aucun renseignement, on se décide, sur les instances du malade, à pratiquer l'ouverture du sphénoïde par voie endoseptale. Depuis, les maux ont disparu.

Conclusion. — L'examen des malades qui présentent une céphalée du type nasal ne permet pas toujours de préciser l'origine exacte de la douleur.

L'intervention la plus logique est l'ablation de la tête du cornet moyen qui donne une guérison dans 70 % des cas. Ce n'est que si cette amélioration n'est pas obtenue, qu'il est logique d'envisager une deuxième intervention qui portera le plus souvent sur l'ethmoïde ou les cavités sinusiennes.

L'ablation du cornet moyen facilite cette seconde intervention et par la modification des symptômes qu'elle produit elle peut aider à préciser le diagnostic opératoire.

NOTES DE PRATIQUE

Bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire chez les sujets jeunes (1)

Paa C. LIAN et BARRIEU

Le pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire s'observe surtout chez les sujets âgés, mais cependant, il est loin d'être rare chez les sujets jeunes. MM. A. Clerc et Robert Lévy (2) ont ainsi été amenés à faire une étude d'ensemble de la dissociation auriculo-ventriculaire juvénile, à l'occasion de quatre faits qu'ils avaient observés. Personnellement, nous avons trouvé huit observations de cette forme juvénile dans les archives de notre service de l'hôpital Tenon.

Dans bon nombre de ces cas, la bradycardie a été constatée dans l'enfance, et il y a lieu de penser qu'elle est, soit cotngénitale, soit apparue dans le tout jeune âge. C. Lian (3) a é,udié ces faits en 1912, et inspiré la thèse de son élève Juif (4) surle pouls lent permanent congénital. L'association avec une malformation congénitale n'est pas rare. L'étiologie est le plus souvent obscure.

Chez les jeunes, comme chez les adultes et les vieillards, la dissociation auriculo ventriculaire peut s'accompagner de vertiges ou syncopes réalisant le syndrome de Stockes-Adams, ou peut ne pas se compliquer de ces accidents et constituer le pouls lent permanent solitaire de Lian (5). Mais, dans ces derniers cas, il faut redouter l'apparition tardive des syncopes, c'est ainsi que celles-ci survinrent pour la première fois à l'âge de 33 ans chez le malade observé par de Massary et C. Lian (6).

De l'étude d'ensemble de M. Clerc et ses élèves, il résulte que le pronostic n'est vraiment grave que, dans les cas où la dissociation auriculo-ventriculaire juvénile coexiste avec une autre cardiopathie (7). Au contraire « dans les formes isolées, sur un total de 24 observations, 3 seulement se sont terminées, par la mort par syncope, respectivement à 8 ans [Morquio], à 5 ans [Gill], à 6 ans [Armstrong et Mönckebery]. Sur les 21 malades ayant survécu, 15 ont dépassé l'âge de 20 ans, 5 ont été vus après 30 ans : plus curieux encore sont les deux malades de Taussig et de Jacquier, ayant atteint 70 et 78 ans». Certains malades peuvent se livrer à des travaux ou à des efforts pénibles, supportent bien les maladies aiguës, la grossesse et l'allaitement, comme dans une observation du prof. Jeannin et de Clerc (8).

Néanmoins, il faut toujours redouter qu'à la faveur du surmenage ou d'une maladie intercurrente ne surviennent des crises syncopales faisant redouter la mort subite MM. Clerc et R. Lévy concluent ainsi : « Le mieux sera donc de s'en tenir a une médication assez anodine ; ainsi, la solubaïne à faible dose, alternant avec la belladone et l'atropine, nous a paru susceptible de calmer certains troubles fonctionnels ; mais les accidents seront encore mieux prévenus par certaines précautions indispensables. Par exemple, sans interdire *a priori* les sports, nous croyons que ceux-ci doivent être tout au moins pratiqués avec modération, et que, malgré la résistance apparente du cœur, les exercices violents seront considérés comme d'autant plus nocifs que le sujet s'éloigne de l'adolescence. Même réserve en ce qui concerne le mariage, et bien que la grossesse ne représente pas un cas d'incompatibilité absolue, ni quand elle est commencée, une indication formelle à l'avortement provoqué, et bien qu'elle puisse au contraire être menée heureusement à terme, elle ne saurait en principe être conseillée. »

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN. Édition 1929 qui paraîtra prochainement.
(2) *Soc. méd. hôp. Paris*, 22 mars 1928, n° 10, p. 490. *Thèse Archigène*, Paris 1927.
(3) *Soc. méd. hôp. Paris*, 13 juin 1912, p. 799,
(4) *Thèse Paris*, 1912.
(5) *Progrès médical*, 11 novembre 1911, n° 45, p. 547.
(6) *Soc. méd. hôp. Paris*, 15 janvier 1915, p. 29.
(7) Le professeur BARD a conclu dans le même sens. *Soc. méd. hôp. Paris*, 23 mars 1928.
(8) *Id.*, 4 février 1927, n° 7.

NÉCROLOGIE

J.-A. SICARD

Sicard est mort, foudroyé par une crise cardiaque dont nous ignorions tous l'imminence et même la possibilité.

La nouvelle brutale, incroyable, s'est répandue l'autre matin dans les hôpitaux et y a produit une stupeur et une émotion indicibles.

Cet homme, qui était la vie même avec tout ce qu'elle a de séduisant, d'entraînant et de beau, si ardent toujours, au regard animé, à la démarche décidée, à la riposte vive, que nous avions accoutumé de voir sur la brèche, dans toutes nos sociétés, n'y apportera plus sa langue claire, ses idées neuves et ses expériences hardies.

Et l'on ne peut croire que cela puisse être et · phrase banale certes, mais si profondément vraie, que cette vie soit déjà fauchée et cette voix si tôt éteinte.

Sicard suit de près dans la tombe son maître chéri Widal que nous conduisions, il n'y a pas quinze jours, à son éternelle demeure.

Il tenait, depuis sa mort, le drapeau de son Ecole qui se trouve encore décapitée.

A Widal il devait plus qu'aucun autre. Il fut le collaborateur enthousiaste de ses premières recherches, surtout celle du sérodiagnostic auquel leur nom reste attaché définitivement.

Il en garda le culte et il en conserva l'empreinte. Mais il avait le tempérament impétueux, la hardiesse des tentatives expérimentales, le sens des explorations directes et, sur ce terrain, il sut faire autre chose et innover.

Tout ce qu'il a tenté, tout ce qu'il a produit, porte la marque d'un esprit avide de porter plus loin nos enquêtes cliniques, de voir ce qui n'avait point été vu ou n'était point, semble-t-il, accessible, d atteindre plus sûrement les organes malades, et d'associer toujours plus intimement la chirurgie et la médecine.

L'injection de l'alcool dans les nerfs, l'injection sclérosante des veines, les résections nerveuses, l exploration de tous les organes du cerveau et de la moelle par l'huile opaque, portèrent sa renommée à tous les coins du monde et récemment encore, son livre, avec Forestier sur le Lipiodo-diagnostic, montrait, par une une bibliographie formidable, combien il avait eu d'imitateurs.

Lors même qu'il appliquait une théorie connue, dans le traitement, par le choc, du tabès et de la paralysie générale, par exemple, lors même qu'en digne élève de Brissaud et de Raymond, il étudiait les formes myocloniques de l'encéphalite épidémique, il mettait à ses recherches et à ses descriptions une estampille personnelle et y apportait une nouveauté.

La hardiesse de Sicard s'alliait, et l'on s'étonnerait si la chose n'était pas assez fréquente, à une réelle émotivité. J'ai pu m'en rendre compte, il y a plus de vingt ans, au cours d'un commun concours d'agrégation. Et j'ai retrouvé, chaque fois qu'il devait prendre la parole, sous un calme apparent, ce même geste familier que j'avais perçu dans notre salle isolé et qui décelait chez lui un peu d'impatience et une facile nervosité.

Mais il restait maître de lui, et sa courtoisie n'avait d'égal que le charme de sa parole et la solidité de ses arguments.

Son service de Necker, qu'il ne voulait plus abandonner et où il travaillait avec son ami Robineau, était devenu pour lui un centre important de médico-chirurgie nerveuse et d'exploration thérapeutique. Et cette dénomination il la voulut, un moment, donner à sa chaire de pathologie interne.

C'était un service d'avant-garde, où il avait su faire naître l'affection et l'admiration de tous. Il avait l'élégance dans le geste et l'affabilité dans le discours, et, comme le disait après sa première leçon, un de ses plus chers élèves, c'était, au meilleur sens des mots, un bon et un beau Maître.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'anatomie sous la direction du Dr R. Grégoire, par le Dr Oberlin. Six volumes in,8 en 3 volumes de texte et 3 volumes d'atlas 900 planches contenant 1.150 figures noires et coloriées l'ouvrage complet : Cartonné : 228 fr. Broché : 180 fr. Bibliothèque du doctorat en médecine publiée sous la direction de P. Carnot et L. Fournier. (Librairie J.-B. Baillière et fils 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Chaque tome en 2 volumes se vend séparément : *I. Anatomie des membres, ostéologie du crâne, de la face, du thorax et du bassin.* 1 vol. in-8 de texte de 280 pages et 1 vol. in 8 d'atlas de 316 planches comprenant 410 figures noires et coloriées. Broché : 60 fr

II. Tête et cou. Système nerveux central et organes des sens. 1 vol. in-8 de texte de 290 pages avec 1 vol. in-8 d'atlas de 273 planches fig. noires et coloriées. Broché : 60 fr.

III. Splanchnologie. 1 vol. in-8 de texte de 336 pages avec 1 vol. in-8 d'atlas de 270 pl. comprenant 350 fig. noires et coloriées. Broché : 60 fr.

Ce précis d'anatomie a été conçu pour les étudiants dans le but précis de leur faciliter l'étude de ces connaissances essentielles et ardues. Il a été adapté autant que possible aux dispositions nouvelles d'étude, puisqu'il faut qu'aujourd'hui l'étudiant sache en quelques mois ce que deux ans d'etude ne lui permettaient jadis que de connaître imparfaitement.

Un livre adapté aux besoins des étudiants doit avant tout leur faire gagner du temps. L'heure n'est plus, pour cet examen de doctorat, aux ouvrages volumineux et encombrants qu'on transporte avec peine et dont la lecture exige de longues heures.

Ce livre contient toutes les connaissances qu'on est en droit d'exiger de l'étudiant.

Pour faire gagner du temps, le style en est volontairement court et concis. Le format est petit pour que l'étudiant puisse l'emporter à la salle de dissection et le lire tout en observant le cadavre. C'est pour cette raison aussi que les A. ont préféré, dans le plan conçu, la division du corps humain par segment plutôt que par système ; car l'étudiant dissèque la tête, le cou, les membres, le thorax ou l'abdomen et non le système artériel, musculaire, articulaire ou autre.

La simplicité du texte, la précision des schémas et des figures aident singulièrement à éclairer les passages les plus ardus.

Vade-mecum d'otologie, par Robert Morche, édition de la (*Revue des Mutilés de l'oreille*).

Ce petit livre constitue, avec le numéro de Noël de la *Revue des Mutilés de l'Oreille* dans lequel il est encarté, un fascicule de 96 pages envoyé gratuitement à toutes les personnes qui en feront la demandes a la direction : villa Carpe diem, à Samary Var).

Cette plaquette qui s'adresse spécialement aux déficients de l'ouïe, aux mutilés de guerre de l'oreille, aux médecins et aux philantropes, est préfacé par le général Saint-Paul, médecin inspecteur directeur du Service de Santé du 2e Corps d'armée (en littérature Éspé de Metz) *Elle contient une lettre émouvants du professeur Charles Nicolle* — atteint de surdité comme on sait — l'un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité par ses travaux sur le typhus exanthématique qui ont sauvé des milliers d'existences et lui ont valu le prix Nobel de médecine.

L'auteur a mis au service d'une cause qui lui est chère, à plus d'un titre, son érudition scientifique qu'ont reconnue par deux de ses récompenses l'Académie de médecine de Paris et récemment, par un nouveau parchemin, une Université américaine.

Ecrite d'un style sobre et concis et parfaitement compréhensible à tous, judicieusement illustrée, mordante dans certaine dédicace, spirituelle et prophétique par endroits, je dirai, comme la personnalité médicale qui a préfacé cette brochure : « une telle œuvre, toute de philantropie et de solidarité, fait honneur à l'écrivain et au médecin.

Dr Nazaire.

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Abt. France : 95 fr. Librairie de France, 110 Boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du n° de décembre 1928 ; Le Salon d'automne 1928. (II), par F. Eosca. — Massaccio et Véronèse, par P.-L. Biron. — Gauguin et l'exotisme, par G. Tocharn. — Michel-Ange de Caravage (II), par J.-L. Vaudoyer. — Chroniques. Les expositions Deux expositions de dessins anciens. Les Arts appliqués. Bibliophilie.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANE

Du Maroc en France par Marseille
Visite de tous les bagages au départ de Casablanca

Les voyageurs s'embarquant à Casablanca pour la France sont tenus, à leurs arrivée à Marseille, de faire visiter leurs bagages contenant des objets passibles de droits de douane. Seuls les bagages contenant des objets exempts de droits et non prohibés peuvent être visités au départ de Casablanca.

A partir du 1er décembre 1928, tous les bagages enregistrés directement sur une gare française seront visités par la douane au départ de Casablanca qu'ils contiennent ou non des objets passibles de droit de douane. Les voyageurs seront ainsi déchargé de tout souci à leur arrivée à Marseille.

Il aidait tous ceux qui le suivaient fidèlement et dépensait pour eux avec ardeur et combativité toute son influence et toute son amitié.

Cette mort met brutalement fin à une des carrières les plus rapides, les plus heureuses et les plus belles que nous ayons connues en médecine.

Elle sème le deuil, hélas ! après tant d'autres, dans toute la Faculté et les Hôpitaux.

Elle atteint une foule de malades reconnaissants. Elle atteint surtout deux grandes familles médicales qui s'étaient unies il y a seulement trois ans dans une solennité joyeuse sous l'œil sympathique d'un cortège d'amis.

A Madame Sicard, à son fils qui marche brillamment dans le sillage paternel, à Jean Hutinel, notre jeune collègue, à Bréchot, notre ami, vont avec émotion toutes nos condoléances et notre sympathie.

Maurice Loeper.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 janvier 1929 (*Suite*).

Diabète compliqué de tuberculose. Pneumothorax et insuline. — *M. L. Blum* relate l'observation d'un diabétique atteint de tuberculose pulmonaire qui est traité depuis février 1925 par l'insuline et le pn umothorax et se maintient en bon état. Chez ce malade, la première insufflation provoqua une poussée de température jusqu'à 40° et une forte aggravation du diabète allant jusqu'à l'état précomateux qui fut rapidement jugulé par l'emploi de fortes doses d'insuline. L'affaissement total du poumon ne fut obtenu qu'après 10 mois.

Toutefois, des résultats aussi heureux sont exceptionnels et, dans d'autres cas traités d'après les mêmes principes, la survie fut de moins longue durée D'autre part, il existe à côté des cas où l'insuline agit favorablement, d'autres chez lesquels l'insuline détermine une évolution plus rapide de l'affection pulmonaire. Néanmoins, il faut toujours tenter cette médication en la combinant si possible avec le pneumothorax.

Diabète avec crises d'hypoglycémie à répétition. — *MM. Pr. Merklen Wolf et Adnot* rapportent l'histoire d'un diabétique entré dans leur service avec une glycosurie de 60 gr. et une glycemie de 4 gr. 28. Il fallut pousser l'insuline jusqu'à 240 unités par jour pour obtenir la disparition du sucre urinaire, la glycémie se maintenant entre 2 gr.50 et 2 gr. 80. Peu à peu des doses de 180 unites se montrérent suffisantes Amélioration de l'état général et reprise de poids. La maladie semble stabilisée.

Subitement, crise brutale à type d'excitation rappelant de fort près un accès de manie aiguë. Même crise le lendemain. Lors d'une nouvelle crise, les auteurs dosent 0 gr. 47 de sucre par litre de sang. Une injection intra-veineuse de sérum glucosé met fin au coma dans lequel le malade était tombé après la crise. En même temps que l'hypoglycémie, la réserve alcaline était descendue à 40 et 50. Un régime approprié avec 80 ou 100 unites d'insuline, permet d'obtenir, après d'autres attaques, une nouvelle phase de stabilisation mais avec une glycemie persistant toujours entre 2 et 4 gr. Ultérieurement apparition de quelques crises, celles-ci réduites à un etat confusionnel accompagné d'un peu d'agitation et de quelques propos incoherents. Suivant la règle, les accidents sont apparus chez un diabétique déjà malade depuis longtemps, qui avait auparavant supporté sans encombre des doses assez élevées d'insuline. De faibles quantités de sucre ont suffi à conjurer certains d'entre eux ; pour l'un des injections intraveineuses de 0 gr. 94 a été immédiatement opérante. Les attaques avaient les caractères d'une attaque d'épilepsie ; brusquerie, inconscience, amnésie. C'était une épilepsie à type maniaque ; le caractère comitial se diagnostiquait par le regard perdu et égaré, bien différent de l'œil vif, brillant et allumé du maniaque ordinaire. La clinique a paru montrer dans le cas présent que l'hypoglycémie relevait d'une amélioration du trouble métabolique des hydrates de carbone et d'une élévation de leur tolérance, opinion déjà défendue par divers auteurs. Il n'a pas été trouvé de rapport déterminé entre les quantités d'insuline injectée et les crises d'hypoglycémie. Celle-ci a été dosée lors de trois attaques ; les chiffres ont été remarquablement concordants ; 0 gr. 47, 0 gr. 46, 0 gr. 45.

Les auteurs, utilisant la méthode d'Hagedorn, ont dosé la glycémie à diverses périodes de la journée. Ils ont eu l'impression d'une sorte d'instabilité de son taux, qui à leur avis doit intervenir dans la fréquence des crises et leur rapidité d'apparition. Sans doute, intervient elle aussi dans leur disparition spontanée, car plusieurs petites crises du malade en question ont cédé d'elles-mêmes, sans ingestion de sucre. Quoi qu'il en soit, il s'agit en la circonstance d'un syndrome d'hypoglycémie à répétition qui, se manifestant chez un diabétique convenablement traité, imprime à son affection un cachet bien particulier.

Sur un cas de mort subite après phrénicectomie chez un diabétique. — *M. R. Burnan* relate un cas et rappelle 4 cas semblables.

M Sergent, à propos du cas rapporté par M. Leriche concernant un cas de mort après phrénicectomie pour dilatation des bronches, insiste sur l'intérêt d'opérer les malades en position assise et non couchée afin d'éviter l'infection du poumon sain.

M. Rist rapporte un cas, ce qui élève à 6 le nombre de cas de mort après phrénicectomie. Comme M. Sergent, malgré les insuccès, il insiste sur l'intérêt de cette opération et les cas malheureux ne doivent pas faire abandonner une méthode thérapeutique qui a donné dans de nombreux cas d'excellents résultats.

Erythème polymorphe avec cortico-pleurite chez un syphilitique. — *MM Gaté et Gardère* (de Lyon), en l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats, de dilatation bronchique et de lésions radiographiques, rapportent la cortico-pleurite à la syphilis.

M. Bezançon considère qu'il y a lieu d'être très prudent dans l'étiologie des cortico-pleurites avant d'éliminer la tuberculose.

M. Sergent montre que l'absence de signes radiologiques traduisant la nature tuberculeuse des lesions pleuro-pulmonaires n'est pas suffisante pour éliminer la tuberculose. Il y a, suivant l'expression de M. Sergent, des lésions qui ne se manifestent pas aux rayons et d'autres qui se révèlent à l'auscultation.

Eloge de M. le professeur Fernand Widal. — *M. Bezançon*, président.

René Giroux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 janvier 1929.

Rôle du ganglion étalé gauche dans le déterminisme de la crise d'angine de poitrine. — MM. *R. Leriche* et *R. Fontaine* montrent par un certain nombre de faits et d'expériences : électrisation opératoire du ganglion etalé, libération du segment inférieur de la chaîne sympathique, piqûre du ganglion, inoculation de novocaïne dans ce même ganglion, toutes circonstances suivies de crises violentes chez des angineux, l'importance du ganglion dans le déterminisme de la crise d'angine de poitrine.

L'électrisation ou la piqûre du ganglion ne produisent pas de crise chez les sujets normaux. Il interviendrait de même dans certaines crises d'asthme et dans certains œdèmes aigus du poumon.

Il résulte de là que dans le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, il convient d'enlever isolément le ganglion étoilé, ce qui, jusqu'ici, était très discuté.

Action des rayons ultra-violets sur le virus rabique et ses antigènes rabique et venimeux. — Mme *Phisalix* et M. *F. Pasteur* racherchant l'action des rayons ultra-violets sur le virus rabique, pour l'emploi éventuel du virus irradié comme vaccin antirabique et antivenimeux sont arrivés aux résultats suivants :

Le virus rabique fixe en émulsion homogéne à 1/200, exposé pendant 30 m. aux rayons d'un brûleur en quartz à vapeurs de mercure, distant de 0 m. 50. et ayant fourni une énergie utile correspondant à 75 wolts 36, a perdu à la fois un pouvoir infectant et ses antigènes venimeux et rabique. S'il n'est plus vivant, il n'est plus apte non plus à être employé comme vaccin, soit contre la rage, soit contre l'envenimation.

Cette action est analogue à celle que les auteurs ont précédemment obtenue avec le venin de vipère, qui, sous l'influence des rayons ultra-violets, perd aussi ses antigènes rabique et venimeux, mais conserve sa toxicité.

M. PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1929.

Le Comité d'hygiène de la S.D.N. et le vaccin B.C.G. — M. *Lignières.* — 1° Contrairement à ce qui a été déclaré à l'Académie, le Comité d'hygiène de la Société des Nations n'a pas approuvé les conclusions de la Commission des experts touchant l'innocuité et l'efficacité du vaccin B. C.G. Ces questions n'ont pas été discutées par le Comité. Cette équivoque doit disparaître.

2° Pour se faire une opinion sur la valeur réelle du vaccin B.C.G. dans la lutte contre la tuberculose, le Comité d'hygiène de la Société des Nations a seulement adopté les recommandations touchant les recherches futures contenues dans le rapport de la Conférence des experts sur l'étude de la vaccination antituberculeuse par le B.C.G.

3° La circulaire ministérielle du 13 juillet 1927, en contradiction évidente avec les conclusions précédentes du Comité d'hygiène de la Société des Nations, devrait être revisée ou annulée.

4° Puisque nous savons aujourd'hui que la question de l'innocuité et de l'efficacité du B.C.G. n'est pas encore résolue, il s'impose plus que jamais de réserver l'emploi de ce vaccin aux seuls nouveau-nés, issus de parents tuberculeux ou vivant dans un milieu bacillifère. Pour les enfants sains élevés avec leurs parents non tuberculeux, il est raisonnable d'attendre les résultats des expériences indiquées par le Comité d'hygiène et aussi l'épreuve du temps avant de songer à les soumettre à la vaccination par le B.C.G. Toute vaccination en masse est une erreur grave.

La fièvre boutonneuse de Tunisie et la fièvre exanthématique de Marseille. Leur identité. — M. *Conseil* (de Tunis). — Depuis plusieurs années des affections éruptives ont été décrites dans le bassin méditerranéen comme entités pathologiques diverses. En Sunisie et sur le littoral de la Provence surtout, l'attention a été attirée sur ces affections.

En Tunisie, dès 1910, A. Conor et Bruch, puis l'auteur (1911 à 1917), sous le nom de fièvre boutonneuse. Carducci en Italie sous celui de fièvre éruptive, et, en France, Olmer (1925). Boinet et J. Piéry (1927) sous ceux de fièvre exanthémique et d'érythème infectieux, ont apporté des observations de nombreux malades.

Malgré la multiplicité et la précision des descriptions apportées par les auteurs, il était difficile d'affirmer les relations pouvant exister entre ces diverses affections. Chaque auteur insistant plus ou moins sur la prédominance d'un des symptômes ayant plus particulièrement attiré l'attention, il était indispensable de pouvoir comparer des malades décrits sous ces différentes appréciations pour constater s'ils étaient identiques. Cette occasion a été offerte à l'auteur cet été par MM. Olmer et Raybaud (de Marseille) qui voulurent bien lui montrer quelques-uns de leurs malades.

Il ne peut y avoir aucun doute : la maladie, décrite sur le littoral français sous le nom de fièvre exanthématique et d'érythème infectieux est absolument identique à celle décrite en Tunisie sous le nom de fièvre boutonneuse. C'est bien la même maladie infectieuse se caractérisant par une fièvre élevée évoluant cycliquement en une quinzaine de jours, s'accompagnant d'un exanthème caractéristique et se terminant presque toujours par la guérison.

L'action biologique des rayons X sur le vague. — MM. *Zimmern* et *Chailley-Bert,* des expériences préliminaires qu'ils relatent, croient avoir acquis une preuve biologique de la sensibilité fonctionnelle du système végetatif et de son intervention non négligeable dans l'usage thérapeutique des radiations.

La forme des courants employés en électricité médicale. — M. *Strohl.* — La forme des courants utilisés en médecine ne peut se déduire des seuls caractères physiques des générateurs d'électricité. Les courants continus, les décharges de condensateurs et les ondes faradiques sont altérées et parfois même inversées sous l'influence des forces contre électromotrices engendrées par le passage de l'électricité. Ces modifications, difficilement explicables suivant l'ancienne conception d'une résistance électrique variable des organismes vivants, s'interprètent aisément comme une conséquence directe des phénomènes de polarisation des tissus.

Colite chronique grave. — M. *Victor Pauchet.*— Il s'agit d'une colo sigmoïdite d'origine amibienne. Forme polypeuse et ulcéreuse. Hémorragie. Suppuration et saignements fréquents. Douleurs. Cachexie.

a) Extirpation du côlon descendant et de la sigmoïde, avec anus splénipue terminal. De 45 kilos, le malade atteint 80 kilos. Disparition des accidents.

c) Pour rétablir la continuité colique, une anse grêle de 35 cm. est isolée et implantée, un bout dans le transverse, l'autre dans le rectum. L'anus splénique laissé.

b) Un an plus tard, la radio montre que l'anse iléale interposée a pris l'aspec d'un côlon descendant, avec ses bosselures et sa dilatation. Fonctionnement intestinal normal. Fermeture de l'anus splénique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 janvier 1929.

Installation du Bureau pour 1929.— Allocutions de M. *Duclaux,* président sortant, et de M. *R. Gaultier,* président pour 1929.

Vice-Président : *Lavenant, Lobligeois, Pauchet.*

Secrétaire général : M. *Blondin.*

Secrétaire général adjoint : M. *Perpère.*

Secrétaire des séances : MM. *Bécart, Debidour. R. Glénard, Prost.*

La sensibilisation physique des tissus néoplasiques. — M. *A. Tilmant* apporte le résultat succinct de ses travaux sur l'action du plomb, soit en injections intraveineuses de colloïdes de plomb, soit par ionisation, seules ou associées avec la radiothérapie. Il montre que le plomb, métal pur, ne présente pas la toxicité des sels de plomb, et surtout des oxydes ou hydrates de plomb et qu'on peut utiliser des doses importantes sans accident.

Les résultats obtenus dans le traitement des néoplasies épithéliales sont des plus intéressants, et permettent de considérer cette méthode de traitement comme un nouvel engin de l'arsenal thérapeutique de cette affection. Toutefois, de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour la mise au point de la technique et des doses qui doivent être réglées pour chaque cas particulier.

Asthme et éphédrine. — M. *Perpère* a obtenu de ce traitement des résultats favorables dans un nombre de crises moyennes et légères, rarement dans des crises fortes. Bons résultats aussi à titre préventif. La posologie est difficile au début en

raison des réactions imprévisibles de chaque malade. Contrairement à ce qui est généralement admis, l'auteur a observé souvent des phénomènes d'accoutumance dont ne triomphe pas l'élévation des doses, inconvénient compensé par l'improbabilité de l'éphédrinomanie dans ces conditions. Pour cette raison et d'autres, l'action, non seulement frénatrice des crises, mais curative de la maladie, acceptée par quelques auteurs étrangers, est plus que douteuse.

A propos de l'hémospermie. — M. *Georges Luys* est d'avis que l'hémospermie dérive toujours non pas d'une cause générale, mais d'une cause locale et presque constamment d'une spermatocystite chronique. Les causes générales qui ont été invoquées ne servent que de causes occasionnelles.

L'auteur insiste aussi de nouveau sur la nécessité absolue de pratiquer l'urétroscopie postérieure au cours des hémospermies, car c'est le seul procédé qui permette de préciser l'origine certaine de l'hémorragie qui peut procéder aussi bien de la muqueuse urétrale et du verumontanum que de svésicules séminales proprement dites.

Un cas d'ossification partielle des corps caverneux. — M *Ch. David* en relate une observation à propos de laquelle il étudie l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de cette curieuse affection qui, quoique sans gravité, plonge les malades qui en sont atteints dans un véritable état de neurasthénie. Comme traitement médical, l'auteur recommande l'usage interne de l'iode à hautes doses et la diathermie locale. Mais le véritable traitement est l'intervention chirurgicale qui ne doit être pratiquée que lorsque l'affection a terminé son évolution.

E. PERPÈRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1929.

Discours de *M. Cunéo*, président pour l'année 1929.

Ulcères de jambe dans les splénomégalies. — *M. Grégoire* rappelle une communication sur ce sujet de *MM. Lombard et Nanta*. L'auteur en a vu plusieurs exemples :

1° Jeune fille chez laquelle apparaissent des troubles circulatoires des deux jambes avec ulcération qui guérissent mal et se reproduisent de l'âge de 9 ans à celui de 23 ans. Ce n'est qu'à cette époque que l'on constate une splénomégalie pour laquelle on l'opère.

2° Jeune homme de 32 ans dont l'histoire clinique est analogue. L'auteur ne peut expliquer cette coïncidence.

Injections intra-rectales de sérum salé hypertonique. — *M. Küss*.

A propos de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas. — *M. Sorrel* a vu un cas analogue à celui de *M. Chastenet de Géry*.

Il s'agit d'un malade ayant une tuméfaction importante de la région inguinale que l'on avait envoyé à l'auteur pour coxalgie.

Syphilis datant de 25 ans. Le diagnostic d'arthropathie nerveuse est plus vraisemblable. La tuméfaction inguinale est incisée ; il s'agit d'un hygroma communiquant largement avec l'articulation et dans lequel on trouve un gros ostéophyte libre.

Volumineuse tumeur sacro-coccygienne. — *MM. Rochet, Bonniard* et *Guérin*. *M. Sorrel* rapporteur. — Il s'agit d'une tumeur ulcérée et extirpée à la 24e heure de la vie. L'opération fut pratiquée sous anesthésie locale. La structure histologique était très complexe. Les auteurs sont partisans de la théorie par laquelle la tumeur est formée par le développement d'un être jumeau.

Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — *M. Basset* fait un rapport sur un travail de *M. Polony* (de Belfort). La statistique de cet auteur est de onze cas avec deux morts. L'une d'elles concerne une malade opérée à la 23e heure, l'autre a été due à une hématémèse foudroyante le 15e jour après l'opération.

Sept fois, la suture avec ou sans épiplooplastie a été faite. Quatre fois il a fallu joindre une gastro-entérostomie. Neuf malades ont été opérés avant la 10e heure. Neuf fois, les malades ont été drainés.

Purpura hémorragique récidivant. — *M. P. Duval* fait un rapport sur un travail de *MM. J. Quénu et Strianovitch.*

Femme de 29 ans ; purpura hémorragique récidivant. Le temps de saignement atteint parfois 60 minutes. Le nombre des plaquettes est zéro. Splénectomie. Le temps de saignement descend à 10 minutes, le nombre des plaquettes monte à 400.000. Dès le 9e mois, les hémorragies reprennent et malgré toutes les médications employées, la malade meurt 11 mois après la splénectomie.

Le rapporteur insiste sur la rapidité des modifications, après la splénectomie, du temps de saignement et du nombre des plaquettes.

Dans le cas de M. J. Quénu, avant l'opération, zéro ; à la 2e heure, 8.000 ; à la 6e heure, 50.000 ; en 24 h., 280.000.

La régénération des hématoblastes est donc extraordinairement rapide. Mais y a-t il, dans cette rapidité, un élément de pronostic ? Il semble que non, à l'heure actuelle. De plus, le chiffre définitif où se stabilise le nombre des plaquettes ne peut apporter aucun élément de pronostic.

M. J. Quénu a réuni 122 cas dans la littérature ; 20 morts et 85 opérés suivis. Dans un quart des cas, il y a eu reprise des hémorragies.

D'après Whipple et Spence, le purpura hémorragique est un « dérangement du système réticulo-endothélial ».

En résumé, la splénectomie est le traitement héroïque et le traitement de choix du purpura chronique récidivant.

Tumeur à myéloplaxes du tibia. — *M. Baumgartner* fait un rapport sur une observation de *M. Gouverneur*. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui présente une augmentation de volume de la partie inférieure de la jambe. L'auteur a fait le diagnostic de tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du tibia d'après les radiographies. Curage de la cavité et mise en place de greffes ostéopériostiques. Plâtre. On autorise la marche le 4e mois. Excellent résultat ; la cavité osseuse est comblée.

M. Ombrédanne dit qu'il faudrait employer le terme soit d'ostéite kystite soit de sarcome à myéloplaxes. De plus, l'intégrité de la corticale peut ne pas être conservée.

M. Mocquot rapporte un cas où il s'agissait d'une tumeur bénigne et où cependant la corticale n'était pas intacte.

M. Frédet rapporte un cas d'une tumeur à myéloplaxes enlevée chirurgicalement et qui récidiva. M. Frédet enleva la tumeur ; la corticale était rompue. Au bout de six mois, la cavité était comblée spontanément.

M. Dujarier a opéré dernièrement une tumeur à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur où la corticale était rompue.

M. Mouchet est du même avis.

G. MENEGAUX.

L'assurance obligatoire n'a su ni diminuer la morbidité ni améliorer la santé publique. Dans le domaine de l'hygiène publique, les Etats-Unis ont fait dans les dernières trente années, sans assurances sociales, des progrès beaucoup plus rapides que l'Allemagne avec son assurance. La mortalité n'a pas diminué dans ce pays dans les mêmes proportions qu'aux Etats-Unis. La situation des médecins allemands ne s'est pas améliorée ; au contraire, leur valeur morale a nettement baissé. La morbidité des salariés allemands n'a pas diminué. Le système a amené un affaissement de la morale sociale et personnelle, il a favorisé la fraude, le mécontentement et l'hypocrisie. »

HOFFMANN

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Cœur.

Les insuffisances cardiaques irréductibles (L. Trias de Bes, *Ars Medica*, août 1928) comprennent trois groupes : 1° Les insuffisances apparentes, dues à une mauvaise administration des cardiotoniques, qu'il s'agisse du choix du médicament, de la posologie ou de la voie d'administration ; 2° Les insuffisances temporaires, liées à un processus inflammatoire en évolution, qui ne sont pas influencées par les cardio-toniques, mais qui peuvent suivre une marche régressive sous l'influence d'une médication étiologique ; ce sont des endomyocardites évolutives, comprenant le rhumatisme cardiaque évolutif, l'endocardite maligne lente, l'endocardite secondaire (rhumatismale, syphilitique) ; 3° Les insuffisances essentielles, d'origine mécanique ou myocardique ; ce sont la symphyse péricardique, l'hyposystolie du mal de Pott et des déformations thoraciques d'une part, l'insuffisance cardiaque primitive (myocardique), l'insuffisance ventriculaire droite et l'insuffisance progressive à pouls régulier d'autre part ; ce sont des formes contre lesquelles échouent toutes les ressources thérapeutiques ; la marche implacable de cette insuffisance essentielle n'est modifiée ni par la réactivation de la digitaline par l'administration d'ouabaïne, ni par le renforcement de l'action digitalique par le calcium, ni par l'administration simultanée de digitaline et d'ouabaïne.

Pédiatrie.

Les porteurs de germes de diphtérie ne méritent ce titre que s'ils hébergent des bacilles virulents pendant trois mois au moins (W.-C. Harvey, *Lancet*, 14 juillet 1928) ; l'état général reste florissant, puisque les germes n'ont qu'une existence saphrophytique ; aussi ces enfants sont-ils très dangereux pour leur entourage ; le traitement de l'état général n'a guère d'intérêt ; le traitement local varie essentiellement suivant la localisation. Les amygdales les plus infectées sont cryptiques mais petites ; l'amygdalectomie, complétée ou non par l'adénoïdectomie, est l'intervention indispensable ; on opérera précocement, c'est-à-dire de six à huit semaines après le début de l'affection. La localisation nasale est plus difficile à combattre ; on est en présence d'une rhinite permanente, avec des croûtes ou un jetage séreux, parfois muco-purulent ; aucun antiseptique n'est actif, aucune méthode satisfaisante ; les vaccins échouent, mais la douche nasale à l'eau bicarbonatée donne des résultats parfois appréciables ; bien que les végétations soient souvent responsables, leur ablation ne semble donner aucun résultat.

Les porteurs de germes dans l'oreille sont encore plus difficiles à guérir, sans cause apparente et quel que soit le traitement ; la méthode courante consiste dans l'instillation d'alcool et le lavage à l'eau oxygénée ; dans bien des cas on n'a réellement à combattre que des bacilles pseudo-diphtériques.

Gynécologie.

La cure rationnelle ou anatomique du prolapsus utéro-vaginal comprend trois opérations que l'on pratique dans la même séance (Gérard de Muylder, *Le Scalpel*, 1er septembre 1928) : ce sont l'amputation haute du col, la colpopérinéorraphie postérieure avec suture soignée des releveurs de l'anus et la fixation utérine extra-péritonéale avec ou sans annexectomie double. Deux séries d'instruments sont indispensables et doivent être préparées d'avance sur deux plateaux séparés ; l'auteur commence toujours par l'amputation du col et la colpopérinéorraphie ; il change de blouse et de gants pendant que l'on place la malade en position de Trendelenburg léger ; avec la seconde série d'instruments il fait la laparatomie ; toute l'opération peut être terminée en une heure ; l'essentiel est de ne pas perdre de temps pendant le changement de position de la malade. Il n'y a pas de mortalité inhérente à l'intervention ; les résultats éloignés donnent un pourcentage excellent ; sur 35 malades opérées de 1916 à 1926, on compte 30 guérisons parfaites ; parmi les récidives, on constate 2 cas où il n'a pas été fait de colpopérinéorraphie, un cas de colporraphie simple sans suture des releveurs de l'anus et 2 récidives, l'une après 6 ans de guérison, l'autre mentionnée comme légère par la malade.

Maladies vénériennes.

La blennorragie a subi, au cours de ces dernières années, une évolution singulière, tout comme la pneumonie et la typhoïde (G. Franck, *Revue médicale de la Suisse romande*). Les symptômes d'autrefois ne se retrouvent que beaucoup plus rarement aujourd'hui ; le blennorragique *moderne* pisse du pus et a de l'écoulement, mais il ne souffre plus comme le *vieux* blennorragique d'il y a dix ans ; c'est à peine s'il accuse une légère sensation de picotement dans le canal. Dans la blennorragie aiguë postérieure, nombre de cas évoluent sans autres signes cliniques que la fréquence des mictions et l'écoulement urétral ; pas de douleurs, pas de phénomènes généraux ; l'association du sable urinaire à une urine trouble comporte un pronostic sévère quant à la durée. La gonococcie aiguë de la femme est rare aujourd'hui ; en pratique on ne rencontre plus que la femme à *pertes blanches* ; il faut, pour poser un diagnostic avec le maximum de garanties, tenir compte simultanément de deux facteurs, clinique d'une part, bactériologique d'autre part ; mais le stade initial, où le gonocoque est facilement reconnaissable, est de courte durée ; aussi le malade a-t-il rarement la chance de le rencontrer. A l'état chronique, il devient difficile, presque impossible de différencier ces cas de pertes blanches banales ; une femme peut du reste recéler des gonocoques sans présenter de symptômes cliniques ni de pertes ; il y a sans doute des *porteuses* de gonocoques saprophytes, ce qui nous oblige à réviser complètement les données classiques.

Psychiatrie.

Une statistique de 30 années à l'asile d'aliénés de Bratislava montre que le nombre d'aliénés augmente, mais sans parallélisme avec le développement de la population (Helena Wagnerova, *Gazette médicale de Bratislava*, octobre 1928). La Clinique psychiatrique de Bratislava a admis, du 1er janvier 1898 au 30 juin 1914, 621 malades, soit une moyenne annuelle de 40, et du 1er janvier 1919 au 1er janvier 1928, 494 malades, soit une moyenne de 55.

Le chiffre de la population augmentait chaque année de 468 âmes jusqu'en 1918 ; il augmente de 1631 par an depuis 1921. La population s'accroît donc dans une proportion trois fois plus forte qu'avant la guerre, tandis que le nombre des aliénés a augmenté seulement de 38 %.

Stomatologie.

La radiographie a une grande valeur dans le diagnostic des foyers infectieux dentaires occultes (J.-F. Brailsford, *British medical Journal*, 23 juin 1928). Les sujets, atteints d'infection dentaire, forment deux groupes : ceux qui souffrent et ceux qui ne souffrent pas. Le premier groupe s'adresse au stomatologiste, qui, dans le cas où la douleur est mal localisée, peut sacrifier une dent saine, incident pénible qu'éviterait une bonne radiographie. Le second groupe présente des accidents infectieux à distance, sur lesquels ont beaucoup insisté les écoles anglaise et américaine ; les rayons X seuls permettent de localiser à la ou aux dents infectées le foyer causal.

Les erreurs radiographiques sont dues à des fautes techniques (photographiques ou radiologiques) ou à une mauvaise interprétation.

Varia.

Pour un praticien qui voit 30 fracturés par an il y en a 28 qui relèvent des massages et de la mobilisation. Il faut savoir ce que l'on veut faire et ne pas mettre de plâtres à des gens qui n'en ont pas besoin (Blanchod, de la Société de médecine vaudoise).

Pendant longtemps on a considéré seulement le bacille de Koch dans l'infection tuberculeuse et on a un peu trop laissé de côté l'importance qu'ont les cellules des tissus dans la défense de l'organisme (A. Bruschettini, de Gênes).

Toutes les maladies aiguës laissent leur empreinte sur le muscle cardiaque et un examen sérieux du cœur est indispensable au cours de la convalescence. (Allan, Eustis, de New-Orleans).

J. LAFONT.



NÉCROLOGIE

G. BILLARD

1873-2 janvier 1929

La physiologie et la médecine françaises peuvent porter le deuil, ayant perdu une figure marquante en la personne de G. Billard. En pleine puissance de travail, il prenait quelque repos à Brassac-les-Mines pendant les dernières vacances universitaires ; il alla encore à la chasse le 31 décembre. Le lendemain il s'alitait et tombait aussitôt dans le coma. Le 2 janvier, après 24 heures de maladie, il mourait foudroyé par une méningite pneumococcique suraiguë.

Cela se passait dans la demeure familiale de feu son beau-père, qui avait exercé longtemps la médecine à Brassac. Il fut inhumé, par une lugubre matinée assombrie d'une abondante chute de neige, sans fleurs, ni couronnes, ni discours, comme il l'avait souhaité dans sa grande modestie de véritable savant. Toutefois le grand nombre de maîtres, praticiens et étudiants ses collègues et élèves, accourus de Clermont-Ferrand malgré l'heure matinale, les routes rendues impraticables aux automobiles et les difficultés de communication disait mieux que tout verbiage les regrets unanimes d'une séparation aussi brutale qu'imprévue.

A 24 ans, Billard terminait son internat des hôpitaux à Toulouse comme préparateur de physiologie lorsqu'il se présenta à l'agrégation de physiologie avec une dispense d'âge. L'un de ses juges d'alors me confiait personnellement il y a deux ans : « Nous ne l'avons pas nommé, sous prétexte qu'il était trop jeune et nous avons eu tort. » Le même maître s'offrait alors par compensation à patronner la candidature de Billard à l'Académie de médecine comme membre correspondant. L'élection se fit à une grosse majorité.

Arrivant à 24 ans comme chargé de cours de physiologie à Clermont-Ferrand, Billard ne fut titularisé qu'après avoir atteint « l'âge réglementaire », mais dès le début les étudiants avaient apprécié les extraordinaires envolées d'esprit, la profondeur, la nouveauté et la richesse des idées, et l'exceptionnelle érudition de celui qui leur enseignait à la fois comme physiologiste et comme médecin des hôpitaux. Parmi le public, la fraction instruite et éduquée l'avait non moins bien discerné comme praticien.

Il s'en suivit que parmi les médecins formés à l'école de Clermont, les uns avaient été si fortement imprégnés de son esprit scientifique et de sa discipline expérimentale que dans une très forte proportion nous les trouvons chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur ; les autres, praticiens en Auvergne, désirèrent recourir à Billard dans tous les cas difficiles, et notre ami d'être appelé en consultation dans un très vaste rayon, dans tout le Plateau Central.

L'activité de Billard a porté sur un nombre si considérable de sujets divers que le cadre d'un court article ne permet même pas d'en donner un bref aperçu.

Il me faut laisser à d'autres le soin d'en détailler l'ensemble. Après la paralysie du diaphragme, l'étude des lois de la tension superficielle a longtemps occupé le savant, et l'ont conduit à diverses méthodes propres à mesurer la toxicité des humeurs de l'organisme, et partant extrêmement précieuses pour le médecin, par la stalagmométrie, le temps de survie de certains poissons ou des puces d'eau. Ce furent encore l'autohématothérapie, le degré d'assimilation des albumines, la découverte de la péroxydase et du rôle antitoxique du suc d'autolyse hépatique, l'invention d'une sérothérapie contre le rhume des foins. Le premier et longtemps avant Widal, il a tout montré du rôle considérable de l'anaphylaxie dans la pathogénie humaine. Il était arrivé comme médecin physiologiste, c'est-à-dire en savant doublé d'un praticien, à condenser ses découvertes dans sa conception de la « Phylaxie ».

Déjà, elles avaient à ce point frappé par leur valeur et leur originalité les savants étrangers que Billard rédigeait, ces dernières semaines, à leur demande un volume sur ses conceptions personnelles au sujet de la « Phylaxie », travail, helas, anéanti par la mort prématurée du savant.

Ce sera un désastre si son livre sur la « Phylaxie » ne peut voir le jour ni en français ni en langue anglaise. Nous y trouverions, avec son style peut-être trop concis (1), le résumé par l'auteur d'une conception extrêmement neuve de la protection de l'organisme par les substances qui renforcent les défenses lipoïdiques des cellules nobles : savons à métaux bivalents ou trivalents, formol, etc.

Plusieurs de ses découvertes avaient porté sur les propriétés biologiques des eaux minérales, (action désanaphylactisante et sa preuve expérimentale sur les animaux de laboratoire, action phylactique vis-à-vis des toxines, alcaloïdes et venins, pouvoir ago-cytique, etc.) ; elles ont jeté un lustre singulier, sur l'école hydrologique française qui, grâce à Billard, se trouve actuellement bien en vedette. Que n'aurait pas produit un tel homme dans un cadre digne de lui, si nous considérons l'extrême importance de son œuvre accomplie n'ayant pour son laboratoire que des crédits absolument dérisoires, et pour collaborateurs certes dévoués, que de très jeunes étudiants, et, manquant du soutien moral qui eût été nécessaire ? Quelle figure n'aurait pas faite l'hydrologie française avec un Billard dans un institut d'hydrologie richement doté.

Hélas ! notre Maître et ami avait la modestie du vrai savant ; ennemi de toute réclame, ignorant tout de l'intrigue contemporaine, ennemi de l'arrivisme moderne, personne ne songeait à lui pour mettre l'homme là où il eût pu donner toute sa mesure.

Ses élèves, ses intimes, savent qu'il n'a publié qu'une très petite partie de ses résultats et de ses idées, car lorsqu'ils passaient à son laboratoire entre 8 h. et midi, entre 16 et 18 h., et parfois même le dimanche, ils ne manquaient pas de trouver le Maître, causant sans réticences de ses travaux inédits, de ses conceptions personnelles, de ses hypothèses de travail. Ce laboratoire était toujours ouvert à tous, et nul n'y est passé un seul jour sans recueillir un conseil thérapeutique précieux pour un malade indigent sans avoir beaucoup appris au point de vue expérimental.

Ce fut un grand biologiste, voyant la médecine dans le cadre de la biologie, mais n'oubliant jamais l'application de ses conceptions à la pratique de l'art de guérir ou de soulager. C'était aussi un excellent clinicien et un beau médecin.

Si je déplore la perte d'un fidèle conseiller scientifique, l'Ecole médicale Française tout entière porte le deuil, elle aussi.



(1) *Multa in paucis*, beaucoup d'idées, peu de mots.

BIBLIOGRAPHIE

Le renouvellement de l'organisme, par le Dr L. Dartigues. (Doin, éditeur Paris). 482 pages, 61 planches dont 26 en couleurs, 60 fr.)

Sous ce titre, le Dr Dartigues, *bien connu pour tous ses travaux et publications sur les greffes sexuelles et thyroïdiennes*, nous présente un véritable traité d'*endocrinothérapie chirurgicale* où il expose son expérience personnelle sur l'application de la greffe endocrinienne uni ou pluriglandulaire de l'animal à l'être humain.

C'est le premier traité d'endocrinothérapie chirurgicale générale qui ait paru dans la science. Ce livre manquait et était impatiemment attendu. Il sera des plus utiles à consulter, car il montrera au grand public médical ce qu'est devenue cette branche nouvelle de la chirurgie et ce qu'elle est dans son ensemble. C'est un exposé des techniques opératoires actuellement mises au point, pour les cas typiques et pour les cas atypiques, c'est-à-dire dans les anomalies, pour lesquels Dartigues a inventé des procédés personnels extrêmement originaux. Egalement sous le rapport opératoire, on y trouvera les techniques créées par Dartigues pour la chirurgie endocrinienne chez la femme. Cette chirurgie qui s'applique surtout à ce que Dartigues, a, le premier, appelé la revitalisation de l'organisme humain dans la lutte contre la sénescence et la présénilité, et à l'infragénitalité (impuissance, stérilité, anomalies sexuelles), a une étendue d'application de plus en plus grande. C'est ainsi que l'auteur a consacré des chapitres : à l'endocrinothérapie chirurgicale de la sénescence, l'endocrinothérapie de l'impuissance, l'endocrinothérapie des affections neuropathiques et psychopathiques, l'endocrinothérapie de l'inversion sexuelle, l'endocrinothérapie chirurgicale et la syphilis, l'endocrinothérapie chirurgicale dans l'obésité le diabète, l'hypertrophie de la prostate, le cancer... En style très clair, s'appuyant sur des observations nombreuses, très soigneusement et scientifiquement prises, Dartigues présente, dans ce traité, l'ensemble clinique des indications et résultats de la greffe. En un aperçu de très haute élévation, il montre toute l'importance de la question des greffes endocriniennes, non seulement au point de vue pratique et thérapeutique, mais au point de vue biologique et physiologique. Il montre que la prophétie du grand chimiste Berthelot sur le maniement de la substance vivante est près de se réaliser. Ceux qui liront ce livre, auront non seulement, le véritable aperçu de cette vaste question qui n'avait pas encore été abordée avec ce caractère scientifique, mais pourront, vu le nombre et le luxe des planches en couleurs, dessinées par l'auteur lui-même et reprises artistiquement par Frantz, apprendre réellement l'opération et apporter à leur tour des contributions nouvelles utiles dans ce domaine nouveau de la science ouvert sur les grandes horizons et sur les problèmes les plus hauts de la vie. Le renouvellement de l'organisme, par le souffle qui l'anime, par sa puissante conception, sa clarté, sa méthode et sa précision, et aussi par la manière matérielle dont il est présenté, fait honneur à la science française.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° : 3 fr. 50. Abonnement : France : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris,

Sommaire du n° du 15 janvier 1929 : **M. Poète** : L'Evolution des Villes (XII). La leçon grecque en urbanisme. — **H. Hauser** : Origines historiques des problèmes économiques actuels (I) : Problème monétaire et problème des prix. — **A. Jolinet** : Les drames de Strindberg (XI) : Mademoiselle Julie. — **A. Puech** : L'éloquence chrétienne au IVe siècle (VII) : Les homélies de Grégoire de Nazéance (suite). — **E. Souriau** : Philosophie des procédés artistiques. **G. Cohen** : Crestien de Troies : Sa vie et son œuvre (XXI) : Perceval le Gallois ou le Roman du Graal. — **A. Eckhardt** : variétés : Le Térence janséniste de Molière.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Viennent de paraitre :

Formulaire de médicaments nouveaux pour 1929, par R. Weitz, in-16, 400 p. : 20 fr. (Baillière).

Traité complet de thérapeutique homéopathique, par le Dr E. Cartier, 2 vol. in-8, 42 fr. (Baillière).

La dyspepsie des nourrissons, par le Dr A. G. Arlacon, in-16, 140 p. : 10 fr. (Baillière).

La myopie monolatérale, par le Dr A. Couadan, in-8, 170 p. : 25 fr. (Baillière).

NOUVELLES

Assistance Publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux. (Admissibilité).* — 22 candidats : MM. Thalheimer, Wilmoth, Reinhold, Bloch (René), Chassang, Gaume, Bernard (Raymond), Fèvre, Oberlin, Leibovici, Aurousseau, Welti, Huet, Ameline, Brouet, Chabrut, Marchant, Meillère, Chevallier, Raiga, Gueulette, Maurer.

Composition du jury : MM. les Drs Küss, Labey, Alglave, Hartmann, Mondor, Baumgartner et Arrou. — Censeurs, MM. Bloch, Moulonguet, Soupault et Bergeret.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 28 janvier. — M. GRASSET. Fonctionnement de la Maternité Baudelocque. — M. FÉLIX. Un cas d'ostéo-périostite du maxillaire inférieur.

29 janvier. — M. DEBON. Etude des rapports de l'encéphalite et de la gestation. — M. FIRBACH. Des lésions du nerf optique dans les fractures du crâne.

30 juillet. — Thèses vétérinaires. — M. MANGIN. Techniques opératoires et traitements nouveaux.

31 janvier. — M. HUARD. Les accidents de la cholécystectomie (technique pour les éviter). — M. COUDERT. Quand et comment convient-il d'opérer l'appendicite aiguë. — M. POTIER. Lipomes développés aux dépens du lobe aberrant axillaire de la mamelle.

5 février. — M. MARTIN. L'avenir génital des malades opérées de grossesse extra-utérine. — M. FAUCHER. Le traitement des péritonites tuberculeuses. — M. DUBOIS. L'ectodermatose érosine orificielle. — M. OMNES. Etude de la pyorrhée alvéolaire.

Association amicale des anciens mobilisés du Ministère de l'Intérieur. — La fête de nuit que l'Association amicale des anciens mobilisés du Ministère de l'Intérieur organise, au profit de sa caisse de secours, aura lieu, cette année, le samedi 9 mars prochain, à 21 h. 30, dans les salons du Ministère de l'Intérieur, place Bauveau (bal à deux orchestres, travesti facultatif, attractions sensationnelles). On trouve des cartes chez le concierge au siège social, 7, rue de Montyon, Paris-9e, et chez le concierge du Ministère de l'Intérieur (place Bauveau).

Concours de médecins suppléants au service médical de nuit. — Un concours sur titres, pour l'admission à des emplois de médecins suppleants au service médical de nuit, aura lieu à la préfecture de police le 15 avril 1829.

Le registre d'inscriptions est ouvert dès à présent à la préfecture de police (service du personnel) et tous renseignements seront fournis aux candidats. Il sera définitivement clos le 15 mars, à 16 heures.

La Faculté de médecine de Montpellier. — Une importante démarche a été faite le 30 janvier auprès du ministre de l'instruction publique en vue de sauvegarder l'importance de la Faculté de médecine de Montpellier, menacée par le projet de transformation en Faculté de l'Ecole de médecine de Marseille.

La cause de la Faculté de Montpellier a été plaidée auprès de M. Marraud par une délégation qui comprenait avec les députés et sénateurs de l'Hérault, le maire de Montpellier, le doyen de la Faculté de médecine M. Euzière, un professeur de la Faculté de médecine, M. Lisbonne, un professeur de la Faculté de pharmacie, N. Faucon, et les parlementaires de toute la région universitaire, auxquels s'était joint encore M. Emile Borel, député de l'Aveyron, qui est, on le sait, membre de l'Académie des sciences.

Une réunion préparatoire avait été tenue le matin au Palais-Bourbon. L'exposé de l'affaire y avait été fait aux parlementaires de la contrée par des élus de l'Hérault, notamment M. Alès, par le maire de Montpellier et par M. le doyen Euzières.

A 4 heures, la délégation se trouvait au grand complet rue de Grenelle, au ministère de l'instruction publique. Elle fut présentée à M. Marraud par M. Germain Martin en sa double qualité de député de l'Hérault et de membre du gouvernement.

M. Germain Martin fit un exposé très précis du problème. Après quoi, le ministre promit de donner satisfactian aux délégués dans la mesure du possible.

Au conseil supérieur de l'instruction publique. — La première session de l'année du Conseil supérieur de l'Instruction publique vient de prendre fin. L'assemblée était appelée à donner son avis sur dix-huit projets.

En ce qui concerne l'enseignement supérieur, le plus important des projets avait pour objet la réforme de l'agrégation de médecine. Le nouveau règlement auquel le Conseil a donné son assentiment, rétablit, dans une large mesure, un régime analogue à celui qui fonctionnait avant le règlement de 1924.

Le Conseil a approuvé un décret ouvrant l'accès des études dentaires aux titulaires des doctorats en droit, ès sciences et ès lettres et de l'agrégation de l'enseignement secondaire

Le Conseil a eu à statuer sur plusieurs demandes de dispense du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue de la licence. Il a donné son approbation à un projet accordant cette dispense aux titulaires du certificat l'aptitude à l'enseignement secondaire des jeunes filles (lettres).

Pour l'enseignement secondaire sept projets ont été présentés. L'un d'eux constitue une innovation ; il admet les jeunes filles au concours général des lycées et collèges et consacre en quelque sorte, par cette mesure, l'étroit rapprochement opéré entre l'enseignement secondaire des jeunes filles et l'enseignement secondaire des garçons par la réforme de 1925. Il a été adopté par le Conseil.

Hôpital Saint-Michel (33, rue Olivier-de-Serres.) — *Nomination à une place d'interne en titre, et une place d'interne remplaçant.* — L'interne en titre reçoit 300 francs par mois. Il est logé et nourri à l'hôpital.

L'interne remplaçant reçoit 150 fr. par mois, il est nourri à l'hôpital ses jours de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 10 février, au Dr DELORT, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel (prière d'indiquer sur l'enveloppe qu'il s'agit de cette demande). Elles doivent comporter l'indication de tous les titres du candidat. Elles seront classées par ordre de valeur des titres exprimés.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'hôpital Saint-Michel, à partir du 15 février. Les cinq premiers de cette liste seront appelés à se présenter dans le service par lettre individuelle.

Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément du Dr RÉCAMIER, médecin-chef de l'hôpital.

Société anatomique de Paris. — Maurice PARAT, assistant à la Sorbonne, fera, le jeudi 7 mars, à 17 heures, une communication-conférence sur le sujet suivant : *Les techniques applicables à l'étude des constituants cellulaires et leurs résultats.*

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Train rapide entre Boulogne et la Côte d'Azur

Un train rapide avec wagon-lits de 1e classe, lits-salons, couchettes, 1e et 2e classes et wagon-restaurant, circule tous les jours entre Boulogne, Paris P. L. M. et Vintimille, à l'aller ; Vintimille, Paris P. L. M. et Calais, au retour. Il constitue une excellente relation entre l'Angleterre et la Côte d'Azur.

Départ de Londres 14 h. ; de Boulogne 17 h. 58 ; de Paris P. L. M. 21 h. 50. Arrivée à Marseille 10 h. 30 ; Toulon 11 h. 50 ; Cannes 13 h. 59 ; Nice 14 h. 40 ; Menton 15 h. 51 ; Vintimille 16 h. 17.

En sens inverse : Départ de Vintimille 13 h. 24 ; Menton 13 h. 45 ; Nice 14 h. 52 Cannes 15 h. 35 ; Toulon 17 h. 57 ; Marseille-St-Charles 19 h. 20. Arrivée à Paris P. L. M. 8 h. 26 ; Calais 13 h. 25 ; Londres-Victoria 17 h. 15.

Une voiture directe de Boulogne à Hyères, avec retour d'Hyères à Calais, circule dans ce train jusqu'au 15 avril 1929.
Arrivée à Hyères 12 h. 59. Départ d'Hyeres 16 h.

NÉCROLOGIE

Le Médecin Inspecteur général DELORME

Le médecin Inspecteur général Delorme est mort à Paris, dans son appartement de la rue Claude-Bernard, comme si ce destin avait voulu que son dernier regard pût être pour le Val-de-Grâce qu'il avait honoré et qu'il fut permis à sa dépouille mortelle d'y faire une halte suprême.

Le professeur Edmond Delorme était de la grande lignée des Percy et des Larrey et avec lui disparaît à coup sûr le nom le plus marquant de la chirurgie militaire contemporaine.

Ses pairs, ses élèves l'ont rappelé ; on ne saurait mieux dire qu'eux. Et nous avons pensé rendre hommage à la mémoire du Médecin Inspecteur général Delorme en reproduisant, dans ce journal, qui reste fier de la sympathie qu'il lui témoignait, les discours prononcés par MM. Toubert et Rouvillois à la cérémonie du Val-de-Grâce.

DISCOURS DE M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL INSPECTEUR TOUBERT.

Le médecin général inspecteur Delorme était le doyen par l'ancienneté de grade et presque le doyen par l'âge des officiers généraux du Corps de Santé du cadre de réserve.

Il s'est éteint tout d'un coup, au cours de sa 82e année, alors que son activité restée juvénile faisait encore l'admiration de tous. Ainsi la déchéance terminale de la maladie lui a été épargnée. La mort l'a emporté au cours d'un persévérant labeur jamais interrompu.

Au nom du Corps de Santé de l'armée active, dont je suis devenu le doyen, le douloureux honneur m'échoit de rendre hommage à la mémoire du disparu.

Celui qui a écrit des pages inoubliables sur les grands chirurgiens qui ont le plus honoré la médecine d'armée aura sans doute un jour un historien digne de lui. Aujourd'hui, je ne dois rappeler que l'essentiel de la vie droite, laborieuse, débordante d'activité souvent combative, de celui qui fut un magnifique athlète, au physique et plus encore au moral, en même temps qu'un homme de science, un homme de pensée, un homme d'action.

Dévoué corps et âme à son pays, à l'armée, à son service, à ses élèves, à ses malades, tel fut, pendant un demi-siècle, le médecin général inspecteur Delorme.

Il appartenait, depuis 1866, à cette génération de médecins militaires qui sortit de l'école du Service de Santé militaire de Strasbourg pour faire la guerre de 1870-71, qui chercha plus tard dans le travail scientifique la consolation et aussi la revanche de la défaite et qui fournit ultérieurement à la médecine militaire des chefs dont elle s'enorgueillit aujourd'hui.

A 30 ans, il conquérait de haute lutte le titre de professeur agrégé du Val de-Grâce. A 40 ans, il s'imposait au choix du ministre comme professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale et blessures de guerre au Val-de-Grâce. De très nombreux travaux scientifiques marqués au coin de sa forte personnalité, qui lui valurent d'être 13 fois lauréat de l'Académie de médecine ou de l'Institut, une activité chirurgicale demeurée légendaire le signalèrent à l'attention de ses collègues civils. Il entrait à 45 ans à la Société nationale de chirurgie et à 50 ans à l'Académie de médecine. Il devint plus tard le président de ces deux savantes Assemblées.

Il a formé quinze générations d'élèves dans les salles de cliniques, les salles d'opérations, les salles de dissection, les salles de cours du Val-de-Grâce, toujours à l'avant-garde du progrès, n'hésitant pas à aller résolument et fougueusement de l'avant, dans des chemins encore à peine battus et qui ne furent pas toujours sans épines.

Les grandes questions d'organisation le passionnèrent également : hygiène des troupes, service de santé en campagne, installation, amélioration, développement des grands hôpitaux. Son passage à l'hôpital Bégin à Saint-Mandé, à l'hôpital du camp de Châlons, à la direction du Service de santé de la 18e Région, sa mission d'inspection du corps de débarquement du Maroc en 1908 ont laissé une impression qui n'est pas encore effacée aujourd'hui. Son passage à la présidence du Comité consultatif de santé, qu'il tint pendant trois ans, fut marqué par la puissante empreinte qui était sa caractéristique.

La création de la Société de médecine militaire française qui date aujourd'hui de 26 ans, est due à sa persévérante ténacité. En faisant renaître une organisation ébauchée par le grand Dominique Larrey en 1796, il a établi un lien puissant entre tous les médecins de l'armée, désireux de participer à une belle œuvre d'enseignement mutuel. Le 15 novembre dernier, il faisait à cette Société une intéressante communication sur certaines observations recueillies au cours de la grande guerre, discrètement intitulées par lui : « Souvenirs d'un chirurgien consultant de l'arrière ».

C'est qu'en effet, à l'appel aux armes du 2 août 1914, le Médecin général inspecteur Delorme, Lorrain de Lunéville, passé au cadre de réserve depuis deux ans, demanda, à l'âge de 67 ans, à reprendre du service. Et jusqu'en janvier 1916 il se donna corps et âme à sa mission. Aussi avait-il le droit d'écrire, tout récemment, à ce sujet : « Jamais, au cours de ma vie laborieuse, je n'ai été amené à faire des efforts aussi puissants, aussi soutenus, aussi lassants que pendant ces dix-sept mois. Mais aussi, de quelles satisfactions n'ai-je pas été récompensé ! »

En vérité, sa principale récompense fut la satisfaction que procure aux âmes généreuses l'accomplissement du devoir.

Et sa vie toute entièr nous apparaît ainsi comme une grande et impérissable leçon d'énergie, d'activité, de dévouement.

A la famille du Médecin Général Inspecteur Delorme, frappée par cette perte cruelle, à la compagne admirable de sa vie, à ses enfants, à qui il lègue le précieux héritage d'un magnifique passé, j'ai l'honneur d'adresser la sincère, l'affectueuse, la douloureuse expression des condoléances du Service de santé de l'Armée active. Qu'il me soit permis d'y joindre l'hommage personnel de gratitude et d'affection respectueuse dû par le disciple à l'un des vénérés Maîtres qui l'ont formé.

DISCOURS DE M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL ROUVILLOIS.

Au nom de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et de l'Hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce dont il a été directeur pendant 5 ans, j'ai le pieux devoir d'adresser un dernier adieu au Médecin Général Inspecteur Delorme avant qu'il aille reposer dans sa terre de Lorraine qui l'a vu naître.

C'est un fait d'observation courante que l'orientation de notre vie n'est pas sous la seule dépendance de nos tendances personnelles, mais qu'elle est surtout subordonnée aux circonstances les plus imprévisibles. Cette remarque s'applique à la carrière du médecin général inspecteur Delorme, car, il est vraisemblable que sans la guerre de 1870, le jeune étudiant en Médecine qu'il était alors, aurait fini par s'adonner à la peinture et au dessin pour lesquels il possédait des qualités exceptionnelles et il est à présumer qu'il aurait acquis dans cet art une notoriété aussi grande que celle qu'il a conquise dans le domaine chirurgical.

La guerre de 1870 le surprend élève de l'École du Service de santé de Strasbourg, et le met au lendemain de l'ouverture des hostilités, en présence d'une foule de blessés évacués des premières batailles de l'Armée du Rhin. Les blessures sont graves, les complications menaçantes et déjà existantes, il faut agir.

Débordés par un travail excessif, les chirurgiens d'alors laissent se développer l'initiative des jeunes et c'est ainsi qu'à l'Armée de Faidherbe, à Vermand et à Saint-Quentin, puis un peu plus tard à l'hôpital de Lille,

le jeune étudiant est appelé à jouer un rôle chirurgical disproportionné avec son expérience.

Appelé en 1871 au Val-de-Grâce, pour passer sa thèse à la Faculté de médecine de Paris, il donne ses soins aux blessés de la Commune et est désigné en 1872 pour l'Algérie où, à l'hôpital thermal d'Hammam Meskoutine, il peut étudier à loisir les suites éloignées des traumatismes dont il avait eu l'occasion de voir les manifestations immédiates au cours de la guerre.

Dès cette époque il avait trouvé sa voie ; il voulut être et resta jusqu'à la fin de sa vie un chirurgien d'armée, mais il ne perdit jamais aucune occasion de donner libre cours à son talent d'artiste, et il fut toujours aussi fier de son crayon et de son pinceau que de son bistouri.

Après trois ans de préparation, il est reçu, en 1877, professeur agrégé du Val-de-Grâce et, est appelé en 1887 à la Chaire de Clinique chirurgicale et de blessures de guerre.

Entre temps, la Société nationale de chirurgie et l'Académie de médecine avaient consacré sa carrière scientifique.

Arrivé à la limite de sa période d'enseignement en 1897, il dirige, tout en se réservant la conduite de leurs services de chirurgie, les grands hôpitaux du Camp-de-Châlons, de Versailles et de Vincennes.

Médecin inspecteur en 1903, directeur du Service de Santé d'un corps d'armée, directeur de l'Ecole d'application et de l'Hôpital d'Instruction du Val-de-Grâce, membre, puis président du Comité Technique de Santé, chargé d'études ou de missions officielles, son orientation scientifique change par la force des choses ; ses fonctions lui imposent de s'intéresser en particulier aux hautes questions d'hygiène et de l'épidémiologie des armées jusqu'au moment de son passage au cadre de réserve en 1912, date à laquelle il fut élevé à la dignité de Grand Officier de la Légion d'honneur.

La guerre de 1914 le surprend deux ans après la cessation de son service actif. Ce serait mal connaître le médecin général inspecteur Delorme, que de supposer qu'il pouvait se contenter d'une situation de second plan. Il reprend l'uniforme et obtient des missions d'inspection au cours desquelles il déploie une débordante activité et accumule une mine inépuisable de documents qui lui fournissent la matière de nombreuses et importantes publications.

Depuis la guerre, il était resté éloigné de Paris pour se consacrer à la reconstitution de sa maison à Lunéville qui avait été en partie détruite par l'envahisseur, et s'était consacré surtout à des études historiques et à l'aménagement du Musée de sa ville natale. Il venait de temps en temps à Paris, dans son appartement de la rue Claude-Bernard duquel il contemplait, non sans regret, le dôme du Val-de-Grâce, à l'ombre duquel il avait passé la plus grande partie de sa vie. C'est là que la mort est venue le surprendre brusquement, en pleine activité intellectuelle et physique, en plein labeur dont il avait continué jusqu'au dernier jour à donner les manifestations les plus variées.

***

L'œuvre du Médecin Général Inspecteur Delorme ne peut être jugée que si elle est envisagée en tenant compte des caractéristiques des différentes époques qui se sont succédé depuis 1870 jusqu'aujourd'hui.

Ce fut avant tout un chirurgien et il ne faut pas oublier qu'il a été un des acteurs de la véritable révolution qu'a subie la pratique de la chirurgie vers la fin du siècle dernier et il a apporté, avec tant d'autres, sa pierre à l'édifice, ainsi qu'en témoignent ses nombreuses communications aux Sociétés savantes. Dans un mileu encore mal préparé et mal pourvu, il a eu le grand mérite d'allier la prudence à la hardiesse pour pratiquer la cure chirurgicale des hernies, des laparatomies, des trépanations et des résections qui rentrent aujourd'hui dans le cadre de la chirurgie journalière mais qui étaient alors considérées comme des nouveautés dangereuses. Je crois pouvoir rappeler ici l'amitié toute particulière qui le liait à Lucas-Championnière.

Il faut donc admirer sans réserve la hardiesse de ce chirurgien qui dès 1893 n'avait pas craint d'aborder largement la poitrine en taillant un volet permettant d'ouvrir une voie d'accès commune pour les interventions intrathoraciques importantes. Le volet de Delorme fait partie des opérations brillantes, audacieuses et bienfaisantes qu'a autorisées la chirurgie du XIXe siècle. Il en est de même de la décortication pulmonaire qu'il eut l'audace de pratiquer avec succès dès cette époque et qui fut suivie lors de sa première intervention d'un résultat remarquable. C'est donc à juste titre que cette opération s'appelle aujourd'hui l'opération de Delorme.

Le chirurgien se doublait d'un professeur et d'un érudit de premier ordre. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler tous ses travaux ; la liste en serait trop longue. Il n'est pas de sujet qu'il n'ait abordé et l'esprit reste confondu en voyant leur ampleur, la minutie de leur rédaction, la richesse des détails et l'abondance de la bibliographie.

Ses travaux principaux se rapportent à la chirurgie d'armée et à ce point de vue il faut reconnaître que les circonstances l'ont peu favorisé. Moins heureux que les chirurgiens des guerres de la Révolution et de l'Empire qui ont puisé sur les champs de bataille les éléments de leur expérience et de leurs travaux, il n'a jamais eu l'occasion de donner sa mesure à une période favorable de sa carrière. Il n'a connu la guerre qu'à deux moments de sa vie : tout à fait à ses débuts, comme jeune étudiant en médecine alors qu'il n'était pas encore né à la chirurgie, et tout à fait à la fin, alors que sa carrière chirurgicale était à peu près terminée. Ces remarques expliquent pourquoi dans ses travaux de chirurgie d'armée il a réservé une si grande place à l'expérimentation qui nous a valu ses beaux chapitres d'anatomie pathologique des fractures par coup de feu qui ont d'ailleurs été confirmés dans leurs grandes lignes par les enseignements de la Grande Guerre. Il n'est pas douteux que si la grande tourmente était survenue au moment où il était dans tout l'épanouissement de son talent, il eût laissé une œuvre encore plus belle. Il n'en reste pas moins vrai que certains des travaux qu'il a publiés pendant la guerre méritent de ne pas être oubliés et que, en définitive, certaines de ses idées, jugées naguère comme subversives, tendent à se rapprocher peu à peu de celles qui sont admises aujourd'hui.

Le chirurgien, le professeur et l'érudit se doublaient d'un animateur et d'un organisateur de premier plan.

C'est lui qui en 1881 fut le fondateur et le directeur de la *Revue militaire de médecine et de chirurgie*, qui inspira les membres de la Commission de rédaction des *Archives de médecine et de pharmacie militaires* lorsqu'ils furent appelés à imprimer à cette publication une forme plus en rapport avec les exigences scientifiques du corps.

Nous le voyons, beaucoup plus tard, à la fin de sa période d'enseignement, laisser successivement aux hôpitaux du Camp de Châlons, de Versailles et de Vincennes, la trace profonde de son passage qui a été marqué par des initiatives heureuses et des organisations dont on retrouve encore la trace aujourd'hui.

Pour donner une tribune d'accès facile à nos jeunes camarades éloignés des grands centres, il crée en 1902 la Société de médecine militaire qui a contribué à resserrer les liens qui existent entre les médecins de l'armée dispersés dans la métropole et dans les théâtres d'opérations extérieurs.

Partout, en un mot, où des initiatives peuvent se manifester, il lève tous les obstacles et parvient à son but.

***

L'ensemble de la vie du Médecin Général Inspecteur

Delorme représente un labeur ininterrompu jusqu'à son dernier jour puisque, quelques heures avant sa mort, il travaillait encore à la préparation de travaux auxquels il attachait un grand prix.

Toute son œuvre est scellée de la puissante empreinte de la volonté et de la force, et sa religion du travail a été constamment et sans défaillance servie par ces quatre puissances que la sagesse antique considérait comme qualités cardinales de l'activité humaine : savoir, vouloir, pouvoir et oser. Nul obstacle n'a résisté à sa tenacité lorraine, à sa poussée patiente et obstinée qui lui a frayé partout un chemin à sa large mesure.

Le passage d'un tel homme n'a pas été sans provoquer des heurts d'autant plus inévitables que son abord était rude et qu'il avait parfois de sévères exigences mais ceux qui savent quelles exigences il avait pour lui-même le lui ont pardonné, car, au demeurant, le cœur était bon.

Quoi qu'il en soit, l'ardent effort de la longue vie qui vient de s'éteindre a été uniquement et passionnément consacré à la plus grande gloire de la médecine militaire à laquelle le Médecin Général Inspecteur Delorme avait voué un véritable culte qui a toujours été l'animateur de sa pensée et de son action.

Pénétré des lourdes obligations morales qu'impose un long passé, si riche en sacrifices héroïques et en exemples de vertus militaires, il s'est avant tout considéré, comme l'héritier et le continuateur responsable des grandes traditions, comme un anneau de la chaîne qui le reliait aux chirurgiens des armées de l'Empire.

Que le grand disparu reçoive ici à son tour le profond hommage du Service de santé militaire pleinement conscient de ce qu'il lui doit.

Puisse son impérissable souvenir, la haute dignité et l'absolu désintéressement de sa vie laborieuse, la grandeur de son idéal, satisfaire à son suprême désir en servant d'exemple à la jeune médecine militaire, réunie autour de ce cercueil, pour lui rendre un filial hommage et lui dire un dernier adieu.

A l'admirable compagne du Médecin général Delorme, à son gendre, à ses enfants et à ses petits-enfants, le Val-de-Grâce, par ma voix, adresse avec émotion, l'hommage de sa respectueuse et déférente sympathie.

Nécrologie : (Billard).

La notice insérée dans le précédent N° a été rédigée par le Dr A. Mougeot (de Royat) dont la signature a été omise.

NOUVELLES

Foire de Lyon 1929. — *Section d'art médical et pharmaceutique.* — Comme les années précédentes, pendant toute la durée de la Foire de Lyon, du 4 au 17 mars prochain, une importante exposition d'Art médical et pharmaceutique sera organisée au 2e étage du Palais de la Foire.

MM. les médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes, pourront visiter (sur présentation de leur carte) les galeries réservées, où sera groupé tout ce qui intéresse particulièrement leur profession : Spécialités thérapeutiques, diététiques, appareils de l'art médical, de chirurgie etc...

En quittant cette enceinte réservée, les visiteurs trouveront le grand Salon ouvert au public, de la pharmacie, de l'hygiène et de la parfumerie ; on y verra présentée dans un cadre élégant toute une gamme de nouveautés formant une documentation du plus haut intérêt.

Un salon de repos et de correspondance avec téléphone sera à la disposition des membres du Corps médical et pharmaceutique, auxquels seront réservés des cadeaux publicitaires appréciés.

Une visite s'impose à la Section d'art médical et pharmaceutique de la Foire de Lyon.

L'Office commercial pharmaceutique, 71 rue du Temple, Paris IIIe, qui organise cette manifestation avec un succès croissant depuis 1923, se fera un plaisir d'adresser une carte d'acheteur, donnant droit à l'entrée gratuite au Palais de la Foire, à toute demande qui lui en sera faite.

Nécrologie. — Médecin-colonel en retraite Reverchon, décédé à Dijon dans sa 81e année. — M. le Dr Danthony, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à Annonay dans sa 76e année. — M. Jacques Dubrac, externe des hôpitaux de Limoges, décédé à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone. — M. le Dr Lecadieu, de Caudry (Nord), décédé à l'âge de 65 ans. — M. le Dr Louis Borsh, ophtalmologiste de l'hôpital américain de Paris, officier de la Légion d'honneur, décédé subitement à l'âge de 55 ans. — M. le prof. Marcel Lermoyez, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé en son domicile, 20 bis, rue La Boëtie, à l'âge de 70 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

MALGAIGNE

(1806-1865)

Par M. **CH. LENORMANT**, secrétaire général.

Eloge prononcé à la Société de chirurgie de Paris le 16 janvier 1929.

Son nom figure, le neuvième, sur la liste des fondateurs de la Société de Chirurgie ; il lui a donné sa devise sous sa forme originelle : *Réalité dans la science, moralité dans l'art*. Pendant les quatre premières années d'existence de la Société, il est l'un de ses membres les plus assidus et les plus actifs. Et puis, brusquement, en 1847, il cesse de participer à ses travaux et bientôt il adresse sa démission. Que s'était-il passé ? C'est un mystère que je n'ai pu approfondir. Près de vingt ans plus tard, je trouve seulement une allusion, bien discrète et bien énigmatique, à cette démission : en 1865, Paul Broca, alors président, en annonçant la mort de Malgaigne à la Société, ajoute : « Depuis bien longtemps il s'était volontairement séparé de nous à la suite de quelques difficultés intérieures, purement administratives, dont je ne dois pas me faire juge. »

Tout cela, d'ailleurs, est bien lointain. Depuis longtemps, les auteurs ont disparu et nous avons oublié jusqu'aux causes de leurs dissentiments. Malgré qu'il ait déserté trop vite la Société de Chirurgie, Malgaigne lui appartient et nous avons le droit de revendiquer cet homme qui, par la seule force de son mérite, s'éleva aux plus hauts sommets de la hiérarchie médicale, fut professeur à la Faculté et président de l'Académie de Médecine, qui, par son activité intellectuelle, par ses idées souvent neuves, par ses innombrables travaux, occupa une place de premier plan dans la chirurgie du milieu du siècle dernier et exerça une influence indéniable sur son orientation et ses progrès. Sa figure manque dans la galerie d'ancêtres qu'ont peints vos Secrétaires généraux, mes prédécesseurs. Je voudrais aujourd'hui combler cette lacune.

⁂

Joseph-François Malgaigne est né à Charmes-sur-Moselle, dans les Vosges, le 14 février 1806. C'est un lorrain de pure race. Les Malgaigne avaient quelque parenté avec une autre famille lorraine assez illustre, celle des Poincaré. Lui, a toutes les qualités et les défauts de sa race : le solide bon sens, le goût de la justice, la ténacité et l'énergie persévérante, l'attachement profond et sincère à ses convictions, mais aussi un certain entêtement dans ses idées, de la violence pour les défendre, un manque de souplesse, un abord un peu rude qui, malgré sa bonté foncière, ont pu le faire passer pour un caractère difficile.

Il fait suite à deux générations de chirurgiens, mais de chirurgiens bien modestes. Son grand-père, qui s'appelait comme lui Joseph-François, né en 1740, avait été maître en chirurgie et avait servi dans les armées du Roi, avant de revenir s'installer à Charmes. Son père, François Malgaigne, était né en 1777 ; simple officier de santé, attaché à un régiment d'artillerie, il avait fait avec la Grande Armée les campagnes d'Autriche, de Prusse et de Pologne : rentré dans son pays natal, il avait épousé Marie-Madeleine Bocatte, fille d'un homme de loi. De ce mariage naquirent deux enfants, un fils Joseph-François et une fille Eugénie.

En 1813 des soldats français revenant de Russie apportèrent le typhus à Charmes. François Malgaigne, qui croyait à la contagion, voulait grouper ces évacués dans une maison isolée, hors du village ; il ne fut pas écouté, les malades furent disséminés chez l'habitant, et le résultat ne se fit point attendre : l'épidémie enleva le tiers de la population de Charmes ; les deux chirurgiens furent atteints, le vieux grand-père en mourut, son fils en réchappa.

La famille Malgaigne n'était pas riche et la clientèle de l'officier de santé lui permettait tout juste de vivre avec les siens. « Une maison, un jardin, quelques champs, dit Jarjavay, c'était là tout son patrimoine. » C'était la médiocrité, presque la gêne.

Le petit Joseph-François fréquenta d'abord l'école communale de Charmes et déjà il s'y fit remarquer par une intelligence éveillée, une grande ardeur au travail et aussi par une singulière ambition. Comme, un jour, sa mère se lamentait de ne pouvoir lui acheter un chapeau neuf pour la distribution des prix : « Qu'importe, répond l'enfant, puisque je reviendrai la tête couverte de couronnes. »

Après l'école primaire, le petit Malgaigne continua ses études dans un collège ecclésiastique voisin de Charmes : il y reçut la forte éducation classique qui devait faire de lui un grand érudit, un latiniste et un helléniste émérite.

A quinze ans, Malgaigne a terminé ses humanités et part pour l'Ecole de Nancy afin d'y conquérir le titre d'officier de santé, suprême ambition de son père. Il se met au travail avec ardeur. Les livres étaient assez rares à cette époque, et coûteux pour un étudiant pauvre. Les élèves y suppléaient en rédigeant très soigneusement et très complètement les cours de leurs professeurs. J'ai vu, chez notre collègue Lejars qui les garde pieusement, les cahiers de Malgaigne ; j'ai admiré cette écriture nette, régulière et fine, ces manuscrits sans rature, et j'ai pu constater quelle place prépondérante tenait la matière médicale dans l'enseignement des Ecoles, il y a un siècle.

Mais la médecine n'occupe pas tout entier le cerveau bouillonnant du jeune étudiant. Il s'y trouve place encore pour la littérature et pour la politique. Tous les adolescents de cette génération ont écrit leur tragédie : celle de Malgaigne a pour sujet la Conjuration des Espagnols contre Venise, d'après Saint-Réal ; et il la fait jouer à Charmes, par des ouvriers du pays, dans une boutique éclairée aux chandelles ! Il a aussi sa comédie, intitulée : « Les Caprices » et « dédiée aux Dames par un amateur de dix-huit ans. » Et il fonde un journal, *Le Propagateur de Lorraine*, dont la destinée fut éphémère : Malgaigne était libéral, on était aux beaux jours de la Restauration, le Préfet de Nancy eut vite fait de supprimer cette feuille perturbatrice. L'imprimeur, pour consoler Malgaigne de ce fâcheux évênement — car il comptait sur le journal pour se faire quelque revenu —, le plaça comme secrétaire auprès d'un M. de Villeneuve, qui s'occupait de travaux historiques et littéraires.

Il n'y resta pas longtemps, car ses études médicales allaient prendre fin. En 1825, à dix-neuf ans, il est reçu officier de santé. Et alors éclate le conflit inévitable entre le père, dont le seul désir est de voir son fils s'installer auprès de lui, l'assister d'abord, puis le remplacer dans son obscure besogne, et le fils qui a pu mesurer ses forces, qui brûle d'ambition et qui se sent de taille à briser tous les obstacles pour conquérir fortune et renommée sur un théâtre digne de lui. Ce fut la brouille complète, et le père coupa les vivres à son fils. Mais rien ne peut arrêter Malgaigne : sa décision est prise et, presque sans le sou, à la grâce de Dieu, il part pour Paris. Si son père reste inflexible, sa mère, elle, le comprend mieux, lui fait confiance et s'efforce de lui venir en aide : avec un admirable dévouement, elle se met au travail, accepte d'humbles besognes manuelles pour économiser un peu d'argent qu'elle enverra à son enfant.

Lorsque Malgaigne arrive, en 1825, à l'Ecole de Paris, toute la chirurgie y est dominée par la grande figure de Dupuytren. Il est à l'apogée de sa gloire ; il règne despo-

tiquement à l'Hôtel-Dieu sur le plus vaste service que jamais chirurgien ait eu à sa disposition ; il s'est débarrassé de tous ses rivaux, il a rendu la place intenable à ses chirurgiens en second ; il ne tolère autour de lui que des admirateurs et des élèves. Mais l'éclat de son génie, sa notoriété mondiale font accepter cette suprématie. Autour de lui, les chaires de la Faculté sont occupées par des hommes arrivés à la fin de leur carrière : à la Charité, Boyer, qui a soixante-dix ans, ressasse les vieilles histoires du siècle précédent et entrave sourdement les initiatives de Roux, son gendre et son chirurgien en second. Le vieil Antoine Dubois se prépare à la retraite. A Saint-Louis, Richerand, qui a été toujours plus idéologue qu'opérateur, se morfond de jalousie devant les succès de Dupuytren et se console en le criblant d'épigrammes. Marjolin, à Beaujon, ne fait guère parler de lui et se consacre à un enseignement sans éclat et à la clientèle. Tout disparaît dans l'ombre du maître de l'Hôtel-Dieu. Cependant, cette année même, la mort de Béclard vient de donner le poste de chirurgien en chef de la Pitié à un homme de trente-cinq ans dont les travaux ont déjà rénové la médecine opératoire et qui, par son habileté, son audace, la nouveauté de ses conceptions, peut aspirer à dominer à son tour la chirurgie : Dupuytren le sent bien, puisqu'il a employé tous les moyens, même les plus perfides, pour s'opposer à la nomination de Lisfranc. Et parmi les jeunes gens qui commencent à paraître dans la carrière, il en est deux, Gerdy et Velpeau, qui se tailleront rapidement leur place dans les hôpitaux et à la Faculté.

Dans la chirurgie militaire, les grands noms de l'époque napoléonienne s'obscurcissent : Percy vient de mourir et Larrey, disgracié par la Restauration, est relégué à l'hôpital du Gros-Caillou, sans enseignement officiel. Le Val-de-Grâce retentit des fureurs de Broussais ; auprès de lui, comme chirurgien en chef et professeur de chirurgie, un homme de second plan, Gama, qui va devenir le maître de Malgaigne.

Les débuts de Malgaigne à Paris furent effroyablement durs. Comme Velpeau, comme Jobert, comme d'autres encore, dont on n'admirera jamais assez le courage et la ténacité, il vécut presque dans la misère. Les quelques économies que lui avaient procurées son journal et son secrétariat auprès de M. de Villeneuve furent vite absorbées ; les pauvres subsides de sa mère, les leçons d'anatomie et de physiologie qu'il donnait par ci, par là, à des étudiants en mal d'examen, tout cela ne constituait qu'un budget bien aléatoire. Malgaigne dut vivre avec quelques sous par jour, confectionner lui-même ses repas — et quels repas ! —, travailler l'hiver dans son lit pour économiser le bois : il connut le froid et la faim. Mais rien ne peut abattre sa volonté, ni vaincre sa fierté. « En tout état de cause, écrit-il à sa mère, je vivrai et je mourrai à Paris. » Et encore : « je n'écris à personne qu'à vous... je n'écris point à mon père, il ne me répond pas ou il me cherche querelle ; il faut que je me justifie par des faits ; et chaque fois que j'écrirai à mon père, ce sera la nouvelle d'un succès. Ainsi il ne se plaindra pas que je l'oublie ; il ne veut plus rien faire pour moi ; et sans doute, il trouverait mauvais que je lui contasse mes besoins et mes peines ; il ne les saura point. »

Et voilà que les succès arrivent, conquis à force de travail et de privations. En 1826, il est nommé au concours élève de l'École pratique ; l'année suivante il est externe. Il entreprend des recherches personnelles, dissèque des larynx d'hommes et d'animaux, institue des expériences physiologiques et publie son premier travail, le mémoire *Sur une nouvelle théorie de la voix humaine*, œuvre fort remarquable pour un homme de vingt-et-un ans. Ce mémoire allait valoir à Malgaigne sa première récompense officielle. Aussi avec quelle joie écrit-il à sa mère : « Enfin, la Société d'Emulation vient de décerner ses prix : j'en ai un : c'est une médaille en or à l'effigie de Bichat : dans quinze jours a lieu la séance publique et je crois que je serai nommé membre correspondant. »

Mais les honneurs et les médailles ne suffisent pas pour vivre et la situation matérielle de Malgaigne restait toujours précaire. La médecine militaire lui offrait une solution de ce difficile problème : au Val-de Grâce, il aurait le vivre et le couvert, et il pourrait achever ses études sans la préoccupation angoissante du pain quotidien. Donc il prend son parti, quitte l'Hôtel-Dieu, renonce à l'internat et se présente au concours d'entrée du Val-de-Grâce en août 1928. Il y passa deux ans et y fut, quelque temps, chef de clinique de Broussais ; mais c'était la chirurgie qui l'attirait et il s'attacha surtout à Gama, alors chirurgien en chef, qui le prit en affection et auquel il garda toujours un souvenir respectueux et reconnaissant. On connaît encore Gama par d'assez étranges expériences sur la commotion cérébrale que citent tous les livres et qui m'ont toujours paru fort peu démonstratives ; mais ce que l'on sait moins, c'est l'originalité de sa thérapeutique : chez les blessés du crâne, pour éviter l'encéphalite — car nous sommes sous le règne de Broussais —, Gama avait imaginé la méthode des « sangsues permanentes » et appliquait jusqu'à 96 sangsues par jour ! Avec de tels maitres, Malgaigne aura vraiment du mérite à condamner, quelques années plus tard, l'emploi des émissions sanguines chez les amputés.

En 1829, Malgaigne obtenait le premier prix de chirurgie du Val — encore une médaille d'or, celle-là à l'effigie de Charles X — et était nommé sous-aide-major. Il était d'usage que le premier de la promotion restât au Val-de-Grâce pour y poursuivre ses études ; Malgaigne y comptait quand il reçut l'ordre de rejoindre un régiment : outré de ce passe-droit, il riposta en envoyant aussitôt sa démission et, renonçant à la sécurité matérielle que lui offrait la médecine militaire, il reprit sa vie d'étudiant pauvre, mais indépendant. Tout en donnant des leçons, il rédige un mémoire de physiologie, *Sur une nouvelle théorie de la vision*, qu'il présente en 1830 à l'Académie des Sciences, et il prépare sa thèse.

Il soutient cette thèse le 28 mars 1831 ; Orfila présidait le jury, où figuraient encore Dupuytren et d'autres dont les noms sont oubliés. C'est un ouvrage bien curieux que cette thèse, de 18 pages à peine. On y trouve déjà tout Malgaigne, avec l'imprévu et la nouveauté de ses conceptions, son goût des études historiques, son indépendance d'esprit, son irrespect de l'autorité. D'abord, le titre est assez surprenant : *Paradoxes de médecine théorique et pratique*. Le contenu ne l'est pas moins. Avez-vous entendu souvent un récipiendaire de vingt-cinq ans, parlant à des membres de l'Institut et de l'Académie de Médecine, leur glisser une phrase comme celle-ci : « On se plaint de l'inutilité de nos Académies, et ce n'est pas sans beaucoup de raisons » ? Malgaigne commence par démontrer la nécessité de l'enseignement de la littérature médicale, c'est-à-dire de l'histoire de la médecine, et par réclamer la création d'une chaire à cet effet. Puis, il discute un certain nombre de points d'anatomie, de physiologie et de pathologie, sans aucun lien les uns avec les autres, mais sur lesquels il a des idées personnelles. Il en est un à propos duquel il expose une conception bien singulière, mais à laquelle il tenait fermement, puisqu'il la reproduira encore dans son Anatomie chirurgicale. Il s'agit du liquide céphalo-rachidien que Magendie venait de découvrir. Malgaigne en nie l'existence, au moins chez les sujets normaux et bien nourris ; pour lui, il ne se rencontre que chez les cachectiques, et en voici l'explication simpliste : « dans l'émaciation générale, le cerveau maigrit comme les autres organes, mais le crâne ne pouvant le suivre dans sa rétraction et rester appliqué sur lui, il faut qu'il se sécrète quelque chose d'intermédiaire ».

Quelques semaines après qu'il eut obtenu son titre de docteur, Malgaigne s'engage dans une entreprise lointaine autant que généreuse. La Révolution de 1830 avait fait passer sur l'Europe entière un grand souffle d'indépendance, de libéralisme et d'espoir et, là-bas, aux confins orientaux, la Pologne tentait, une dernière fois, de sou-

lever la pierre de son tombeau et de reconquérir cette liberté et cette unité nationale qu'elle ne devait retrouver que près d'un siècle plus tard dans le bouleversement général des vieilles puissances. A son appel, comme quelques années plus tôt à l'appel de la Grèce, répondit tout ce qu'il y avait de jeune, d'ardent, d'idéaliste dans les nations occidentales, Malgaigne fut de ceux-là. En hâte, il recrute un personnel de neuf chirurgiens et de dix sous-aides, il rassemble un important matériel et offre ses services à l'armée polonaise. Bien des déboires l'attendaient dans cette expédition De grandes difficultés d'abord pour traverser l'Allemagne, où des Gouvernements de droit divin voyait d'un fort mauvais œil la révolte polonaise et opposaient mille obstacles aux secours qui lui étaient envoyés. Puis en Pologne même, le désordre et l'anarchie, l'hostilité à peine déguisée de certaines autorités militaires et surtout du Corps de santé, des médecins médiocres et infatués d'eux-mêmes, des chirurgiens ignares, vrais rebouteurs, qui accueillirent assez mal leurs confrères étrangers. La ténacité de Malgaigne triompha de tous les obstacles : il sut se faire accepter et respecter de tous. Cette ambulance de chirurgiens eut d'abord à combattre le choléra qui sévissait dans l'armée polonaise et c'est là que Malgaigne fit connaissance, pour la première fois, avec l'épidémie qui allait, dès lors, ravager périodiquement l'Europe. Elle eut aussi à soigner des blessés, et les résultats obtenus ne furent pas brillants ; Malgaigne perdit tous ses amputés. Il en fut d'autant plus frappé que les chirurgiens du premier Empire, les Percy et les Larrey, les Dubois et les Dupuytren, avaient publié de bien autres succès et posé en principe que les trois quarts des amputés devaient guérir. Cette question poursuivra Malgaigne pendant des années, l'amènera à s'occuper particulièrement des grandes amputations des membres et à en préciser par des chiffres indiscutables la gravité réelle.

Le courage ne supplée pas à l'organisation et à la méthode : la révolution polonaise devait être vaincue. En septembre 1861, suivant le mot célèbre de Sébastiani, « l'ordre régnait à Varsovie ». Malgaigne en était parti, au moment de la reprise de la ville par les Russes, fuyant à cheval, sous les balles. Il rapportait de cette expédition beaucoup de rancœurs, et la Croix du mérite militaire de Pologne qu'il porta fidèlement toute sa vie. Il laissait en Pologne un souvenir que les années n'ont pas effacé et, au cours d'un voyage récent, la petite-fille de Malgaigne a pu constater quel respect et quelle fidélité y entouraient encore le nom de son grand-père.

Rentré à Paris, Malgaigne s'y installe rue du Four-Saint-Honoré. Sa clientèle est modeste, mais elle suffit à écarter les soucis matériels qui l'ont tant préoccupé jusque-là. Il va pouvoir aborder en toute tranquillité d'esprit les grands concours qui mènent aux sommets de la carrière chirurgicale. Ecrivain infatigable, il devient rédacteur de la *Gazette médicale de Paris* et il y publie ses premiers travaux de chirurgie pure : un mémoire sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus et un autre sur les luxations du poignet et les fractures qui les simulent. Ce dernier mérite de retenir l'attention, car il marque une date dans l'histoire des fractures : la fréquence de la luxation du poignet était un dogme pour la chirurgie du XVIIIe siècle ; Dupuytren, malgré toute son autorité, n'avait pu ébranler ce préjugé ; c'est le mémoire de Malgaigne, modèle de critique savante et d'exposition claire, qui établit définitivement l'extrême rareté de cette luxation et la fréquence des fractures.

La terrible épidémie cholérique de 1832, la première qui ait atteint la France, vint pour un temps enlever Malgaigne à ses études chirurgicales. Comme tous les chirurgiens, ses confrères, il s'employa à lutter contre la maladie ; il la connaissait, l'ayant observée en Pologne l'année précédente. Il soigna beaucoup de cholériques avec dévouement et, si on l'en croit, avec succès. De Paris, l'épidémie s'étendit à toute la France ; au milieu de l'été, elle atteignit Charmes. Malgaigne écrivit alors à sa mère une lettre bien curieuse par les aperçus qu'elle donne sur les idées qu'on se faisait alors du choléra et de son traitement. Bien entendu, avec tous les médecins de son temps, Malgaigne nie la contagion. Il donne des conseils hygiéniques, dont les meilleurs sont d'éviter le froid et l'humidité, et de s'abstenir de salade et de radis ; il regarde toute mesure de désinfection comme parfaitement inutile. Il range les malades qu'il a observés en trois classes : malades par peur, malades par défaut de précautions, malades par excès de précautions. Il est si sûr de son fait qu'il demande à sa mère de faire publier sa lettre dans les journaux de la région. Et il termine ainsi : « Souvenez-vous de ceci que j'ai trouvé démontré à Paris plus encore qu'en Pologne, qu'on ne meurt du choléra que quand on le veut bien. « Quelques semaines plus tard, l'évènement lui donnait le plus cruel démenti : son père mourait, emporté par l'épidémie.

A la fin de cette même année 1832, un concours d'agrégation s'ouvrit à la Faculté. Malgaigne y prit part et eut à traiter comme sujet de thèse les *polypes utérins*. Les épreuves de Malgaigne furent particulièrement brillantes ; il y montra toute son érudition, son intelligence, sa clarté d'exposition. Il y montra aussi l'âpreté et la verdeur de sa critique : c'est dans ce concours, lors de l'argumentation publique des thèses, qu'il dit à l'un de ses concurrents la phase demeurée célèbre : « Il y a, Monsieur, dans votre travail, des choses qui sont nouvelles et des choses qui sont bonnes ; malheureusement celles qui sont nouvelles ne sont pas bonnes, et celles qui sont bonnes ne sont pas nouvelles. » La liste des élus de ce concours comprenait cinq noms : celui de Malgaigne n'y figurait pas. Ce lui fut une pénible déconvenue ; Il eut la consolation d'entendre le public siffler le jury lors de la proclamation des résultats, mais il venait de s'apercevoir pour la première fois que la justice absolue ne régit pas tous les concours.

Il n'était pas homme à se laisser abattre par un échec. Aux juges qui n'ont pas voulu faire de lui un agrégé, il répond en publiant, en 1834, le premier de ses livres didactiques, celui dont le succès sera le plus grand et le plus durable, le *Manuel de médecine opératoire fondée sur l'anatomie et l'anatomie pathologique*. Et, puisqu'on n'a pas voulu lui ouvrir les portes de l'enseignement officiel, il va faire pendant quatre ans, à l'Ecole pratique, un cours libre d'anatomie et de physiologie avec applications à la chirurgie, qui attirera de nombreux auditeurs.

En 1835, nouveau concours d'agrégation et nouvelle thèse, celle-ci sur le sujet suivant : *Quel traitement doit-on préférer dans la fistule lacrymale* ? Cette fois, Malgaigne ne fut pas discuté et il fut nommé avec Sédillot, Lenoir et Hippolyte Larrey. La même année, en juillet, il avait triomphé, toujours avec Lenoir, au concours du Bureau Central. Le voici donc entré du même coup à la Faculté et dans les hôpitaux.

Il est chargé presque aussitôt d'un service intérimaire à Saint-Louis et il y recueille matériaux et observations : il étudie les luxations de l'épaule, celle de la hanche et celles de la rotule ; puis ce sont ses travaux sur les variétés et le traitement des fractures des côtes, sur la rectocèle vaginale. C'est aussi à cette époque, en 1837, qu'il invente et applique pour la première fois sa fameuse griffe pour les fractures de la rotule.

A son tour de roulement, il est chargé du service des hernies au Bureau Central, service dont s'étaient désintéressés jusque-là les chirurgiens et où régnaient en maîtres tous les bandagistes de Paris. Malgaigne entreprend de chasser ces marchands du Temple, ou tout au moins de les y remettre à leur place : mais il faut, pour cela, connaître mieux qu'eux hernies et bandages : et voilà un nouveau sujet d'études où il se lance à corps perdu. Il fait en 1839 et 1840 un cours sur les hernies à l'amphithéâtre du Bureau Central. Il recueille les éléments d'une statistique « sur la fréquence des hernies selon les sexes, les âges, et relativement à la population », qu'il accompagne d'une « carte de la France hernieuse ». Et c'est de là encore que partiront ses mémoires à l'Aca-

démie sur « les doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies ».

Il est titularisé à Bicêtre en 1841 et y reste deux ans. C'est à Bicêtre que, chez un aliéné atteint de fracture de jambe et qui arrachait tous les appareils, Malgaigne tente avec succès de maintenir le fragment saillant au moyen d'une pointe métallique enfoncée dans ce fragment et maintenue par un arceau de fer. C'est à Bicêtre qu'il étudie les fractures du col du fémur et leur traitement, qu'il fait ses travaux sur la cataracte, dans lesquels il expose des idées nouvelles, très discutées d'abord, mais dont la plupart ont été reconnues exactes. Mais surtout à Bicêtre: où viennent échouer tous les déchets des hôpitaux, il peut constater les résultats lointains de bien des traitements chirurgicaux, et alors s'ancre dans son esprit cette idée si juste et qui le préoccupera toujours, qu'un malade n'est pas guéri quand sa plaie est cicatrisée et « qu'on ne connaîtra bien la portée de tant de procédés ingénieux de la chirurgie que quand on aura enfin des *observations complètes*, c'est-à-dire quand on reviendra étudier les malades longtemps après leurs prétendues guérisons » ; st il ajoute : « Bicêtre sert de retraite à une foule de malheureux dont les hôpitaux ordinaires ne veulent plus, soit parce qu'ils sont incurables, soit parce qu'ils sont *guéris* ».

Après un court séjour à Lourcine, Malgaigne passe, en 1843, à Saint-Antoine, puis en 1845 à Saint-Louis : c'est là que s'écoulera la plus longue période de sa vie hospitalière ; il y restera quatorze ans.

Cette époque, qui va de 1840 à 1850, est la plus remplie et aussi la plus agitée de la vie de Malgaigne. Il avait publié en 1838 son *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale* ; il publie en 1847 le *Traité des fractures*. Entre ces deux dates s'inscrivent d'innombrables mémoires qui témoignent de l'activité débordante de Malgaigne. Il a fondé en 1840 le *Journal de Chirurgie* ; il le rédige presqu'à lui seul et c'est là qu'il donne toute une série de travaux dont je ne puis citer que les principaux. Dans l'étude des tractures, qui tient toujours le premier plan dans ses recherches, ce sont les mémoires classiques sur la fracture du calcanéum par écrasement, sur les fractures du sacrum et du coccyx, sur les fractures des cartilages sterno-costaux. En médecine opératoire, c'est un travail consciencieux sur les résultats de l'amputation de Chopart ; c'est surtout la mémoire « sur une nouvelle amputation du pied pratiquée dans l'articulation astragalo calcanéenne », où Malgaigne trace de main de maître les règles techniques de la désarticulation sous-astragalienne qu'il vient d'introduire en France.

Il entreprend également des recherches d'ordre statistique qui, aujourd'hui encore, ne sont pas sans intérêt. C'était une nécessité pour l'esprit précis et inquiet de Malgaigne de s'appuyer sur des chiffres, et non sur des impressions : il a réuni les chiffres, les a retournés dans tous les sens et leur a fait dire tout ce qu'ils pouvaient dire. Jamais statistiques ne furent plus complètes, plus honnêtes, plus fouillées, mieux interprétées que les siennes. J'ai déjà signalé la grande statistique de hernies qu'il avait relevée à la consultation du Bureau Central ; de même la statistique très étendue de fractures et de luxations qu'il réunit en vue de son grand ouvrage : tous les traités modernes la citent encore.

Mais plus curieuses, parce qu'elles éclairent d'une façon singulière la pratique de la chirurgie au milieu du XIXe siècle, sont les études statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris. Malgaigne compulse les registres de tous les hôpitaux pour la période de 1836-1841 et relève toutes les opérations de hernies et toutes les amputations pratiquées ; quelques années plus tard, il complètera ces relevés par celui des opérations de taille et de lithotritie. Vous ne vous attendez pas à trouver dans ces statistiques des chiffres bien encourageants. Hélas ! ils sont plus effroyables encore que l'on ne peut l'imaginer : de 15 trépanés, pas un n'a survécu ; la kélotomie ne sauve pas beaucoup plus d'un tiers des opérés (87 sur 220), la taille n'en guérit que 3 sur 5 ; on perd 6 amputés de cuisse sur 10, plus de la moitié des amputés de jambe, presque la moitié des amputés du bras, et il n'est pas jusqu'aux amputations de doigts et d'orteils qui n'accusent près de 10 p. 100 de mortalité. Le doute qui poursuivait Malgaigne depuis son expédition de Pologne fut enfin calmé : il n'était pas le seul à voir mourir ses amputés !

J'ajoute que c'est dans ce mémoire sur les amputations que Malgaigne, rompant avec les enseignements de Broussais et de Gama, condamne les émissions sanguines et la diète chez les grands blessés : « Je ne les saigne, dit-il, qu'autant qu'il y a des indications pressantes..., je les alimente autant que leur estomac le demande ; après la fièvre des premiers jours, je commence même à leur donner du vin. » Et il rappelle à ce propos qu'en 18 4 la mortalité générale n'avait pas été inférieure à 10 p. 100 chez les blessés français, anglais et prussiens, soumis à une diète stricte, alors que les Russes, qui avaient conservé leur ration normale, y compris le vin et l'eau-de-vie, n'avaient perdu qu'un blessé sur 27.

Enfin, l'histoire de la chirurgie va tenir une grande place dans les travaux de Malgaigne. Sa curiosité et son érudition universelle, sa connaissance approfondie des langues anciennes, son goût pour les grandes vues d'ensemble devaient fatalement l'y conduire. En 1841, il fit à l'Ecole pratique un cours libre sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie. Dans les années suivantes, au milieu de ses concours pour le professorat et de toutes ses occupations, il trouve encore le temps d'écrire des articles sur l'anatomie et la physiologie d'Homère, sur la médecine grecque avant Hippocrate, sur la chirurgie dans la Bible, sur la médecine égyptienne. Mais son œuvre historique capitale, celle où il a vraiment donné toute sa mesure, c'est l'édition d'Ambroise Paré parue en 1840, qui, avec ses notes, avec son introduction où est exposé l'histoire de la chirurgie en Occident du VIe ou XVIe siècles, constitue le plus beau monument que l'on ait élevé au père de la chirurgie française.

Le 25 août 1843, à l'appel de Bérard, 17 chirurgiens, dont Malgaigne avaient fondé la Société de Chirurgie. Pendant quatre ans, il y est assidu, et il n'est guère de séance où il ne prenne la parole. Dès le 20 décembre 1843, il y avait décrit son procédé de cure de bec-de-lièvre. Il intervient dans des discussions sur les orchites, sur la cure radicale des hernies, sur l'inversion utérine, sur le traitement des plaies artérielles et des anévrysmes de la main, sur les fractures du rachis, sur la technique des amputations, sur la hernie du poumon, sur les blessures du poumon dans les fractures de côtes. C'est à cette tribune qu'il apporte ses observations curieuses — hypertrophie mammaire, emphysème traumatique spontané, qui n'est autre que la gangrène gazeuse — et ses opérations remarquables : astragalectomie, ligature de l'iliaque externe par anévrysme de l'aine, ligature de la carotide et de la sous-clavière par anévrysme innominé. En 1845, il avait été nommé membre du Comité de Publication avec Vidal et Chassaignac. Puis brusquement, au printemps de 1847, son nom disparaît des comptes rendus des séances, et, quelques mois plus tard, le 18 août, il envoyait sa lettre de démission.

Pourtant, la jeune Société lui avait donné tout son appui lors d'un incident qui fit grand bruit à l'époque et qui montre l'ardeur, parfois excessive, des polémiques scientifiques de ce temps. Je veux parler du procès intenté par Jules Guérin à Malgaigne et Vidal (de Cassis). C'est un personnage curieux, mais un peu inquiétant que ce Jules Guér n, intelligence remarquable et opérateur habile, mais dont la bonne foi scientifique n'était pas toujours au-dessus des soupçons. Il avait compris quel champ d'études et de recherches pouvait fournir l'orthopédie, longtemps abandonnée aux empiriques et aux fabricants d'appareils. Il avait compris la valeur des sections sous-cutanées qui, après Dieffenbach leur inventeur, avaient été employées par Bouvier, par Bonnet, par Duval :

mais il exagérait la méthode à l'extrême : n'avait-il pas coupé 19 tendons, muscles et ligaments chez une jeune fille, et 42 dans la même séance chez un malheureux estropié ! Dans sa maison de santé de la Muette, il réalisait, disait-il, des cures merveilleuses. L'Académie des Sciences lui avait décerné le prix Monthyon de Chirurgie et l'Académie de Médecine l'avait accueilli parmi ses membres. On lui reprochait bien de recourir à une publicité qui n'était pas alors d'usage, de remplir la grande presse du bruit de ses succès. On lui reprochait aussi — et c'est peut-être ce qui animait le plus les jeunes chirurgiens contre lui — de s'être fait créer, sans titre, sans concours, un service d'orthopédie aux Enfants-Malades.

Toujours est-il que, se sentant discuté, Guérin dut fermer la bouche à ses adversaires en publiant les résultats obtenus dans son service chez les sujets atteints de déviation rachidienne. Ces résultats étaient magnifiques : sur 57 malades ayant suivi le traitement complet, 24 guérisons, 28 améliorations, et seulement 4 échecs. Mais voilà qu'aussitôt Malgaigne se met en campagne : il compulse les registres de l'hôpital, relève les noms et les adresses des malades, part à leur recherche et en retrouve 24 qu'il examine ; sur le nombre, pas un seul n'est guéri, 2 sont franchement améliorés, 4 ont des améliorations partielles compensées par des aggravations partielles, le reste est dans le même état ou dans un état pire qu'avant l'opération. Nous sommes loin des chiffres triomphants de Guérin. Ainsi documenté, Malgaigne n'hésite pas : il attaque Guérin en pleine Académie. Il y vient lire, en effet, un mémoire sur la valeur réelle de l'orthopédie et spécialement de la myotomie rachidienne. L'Académie nomme une Commission chargée de contrôler les assertions contradictoires de Guérin et de Malgaigne ; mais on a l'impression que Guérin se dérobe : il promet de montrer des malades à la Commission, et ces malades n'arrivent jamais.

En même temps, s'engage entre les deux adversaires une violente polémique. Malgaigne avait *Le Journal de Chirurgie* ; J. Guérin, *La Gazette Médicale de Paris*. Les articles succédaient aux articles quand, en octobre 1843, J. Guérin se décida à porter la question sur le terrain judiciaire et à intenter un procès en diffamation à Malgaigne et Vidal, leur réclamant 20.000 francs de dommages-intérêts. Ce fut un scandale dans toute la presse et le monde médical. Si violente qu'eût été la discussion, elle n'était pas sortie du domaine scientifique et n'avait porté que sur des faits et des observations. L'action intentée par Guérin mettait directement en cause le droit de libre critique. La Société de Chirurgie, dans sa séance du 18 octobre 1843 — et ce fut là son premier acte public —, vota une déclaration très digne où elle rappelait que « son but est l'étude et les progrès de la chirurgie et que la libre discussion des faits en est la condition indispensable », et où elle protestait contre l'atteinte portée à ce droit.

Le procès vint néanmoins devant le Tribunal civil. Malgaigne ne pouvait manquer une si belle occasion de faire entendre sa voix : il se défendit lui-même, parla pendant trois heures et éclipsa les meilleurs avocats par son éloquence. Finalement, il fut acquitté, tandis que Vidal, moins heureux, était condamné à 100 francs d'amende et 500 francs de dommages-intérêts. Ce jugement fut confirmé, l'année suivante, par la Cour d'appel ; là encore, Malgaigne avait plaidé lui-même.

J. Guérin était donc battu dans l'opinion publique : il avait gagné, mais de bien peu, devant la justice ; il allait perdre encore devant l'Académie. Il était difficile à celle-ci de condamner formellement un de ses membres : mais n'était-ce pas condamner Guérin que de voter des remerciements à Malgaigne et d'insérer son mémoire dans le Bulletin de l'Académie.

Guérin conserva une rancune farouche de ces incidents. Quelques années plus tard, à propos d'une question qui n'avait rien à voir avec l'orthopédie, Malgaigne ayant parlé « des guérisons qui ne sont pas réelles », Guérin se crut visé et envoya ses témoins, Louis et Blandin, à Malgaigne, qui se contenta de hausser les épaules.

L'Académie de Médecine n'avait pas tardé à montrer à Malgaigne en quelle estime elle tenait ses travaux : le 23 juin 1846, elle l'avait élu, contre Robert et Manec. Un an ne s'était pas écoulé que Malgaigne apportait à la tribune académique une communication qui devait marquer une date dans la chirurgie française et qui est, à mes yeux, le plus beau des titres de Malgaigne : je veux parler de son mémoire sur l'éthérisation. La méthode était bien nouvelle. La première application chez l'homme en avait été faite en Amérique par Warren et Morton, le 16 octobre 1846 ; au début de décembre, Liston l'avait employée à Londres. A Paris, la première éthérisation appartient à Jobert qui la fit à Saint-Louis, le 22 décembre. Il dut être suivi de bien près par Malgaigne, puisque celui-ci, dans sa communication du 12 janvier 1847 à l'Académie, et dans celle qu'il fit le lendemain à la Société de Chirurgie, pouvait faire état de 4 cas personnels. En tout cas, ces deux communications sont la première publication française sur l'anesthésie, et le nom de Malgaigne doit rester lié à l'introduction dans notre pays de cet immense progrès qui allait transformer la chirurgie

L'année suivante, Malgaigne remonte à la tribune de l'Académie. Il s'agit, cette fois, de la discussion sur le traitement des plaies par coups de feu des membres, née au lendemain des Journées de Juin qui avaient rempli de blessés les hôpitaux parisiens. Contre le dogme de l'amputation primitive admis par les chirurgiens militaires depuis les guerres du Premier Empire, Malgaigne défend la chirurgie conservatrice ; il l'a employée chez ses blessés de Saint-Louis et il a guéri 2 fractures de cuisse sur 5, 4 fractures de jambe sur 8.

La même année, Malgaigne est désigné comme rapporteur de la commission chargée d'étudier les accidents de la chloroformisation. Une mort, survenue à Boulogne, avait fait grand bruit et le Gouvernement avait demandé à l'Académie son opinion sur les dangers du nouvel anesthésique. Malgaigne étudia consciencieusement les 6 cas alors connus de morts au cours de la chloroformisation et donna ses conclusions en février 1849 : pour lui, on se met à l'abri de tout danger à condition d'user de chloroforme bien pur et à des doses qui ne soient pas exagérées, de vérifier au préalable l'état des organes de la respiration et de la circulation, de prendre soin que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs de chloroforme pendant l'inhalation, de suspendre celle-ci aussitôt l'insensibilité obtenue, sauf à y revenir quand le malade se réveille avant la fin de l'opération.

Faut-il ajouter, pour être complet, la courte passade que Malgaigne fit, vers cette époque, dans la politique. Il y avait été amené par hasard : entré en curieux dans une réunion électorale, nommé président par des gens qui ne le connaissaient pas, il présida et parla si bien qu'il fut acclamé par l'assemblée. Après un premier échec, il fut élu, le 1er juillet 1847, député du IVe arrondissement de Paris. C'était le temps où Louis Philippe vieilli et son ministre Guizot, se raidissant dans un conservatisme farouche, accumulaient faute sur faute et préparaient à plaisir la tempête qui allait balayer la Monarchie de Juillet. Libéral indépendant, d'idées assez avancées, Malgaigne ne pouvait siéger que dans l'opposition. Il fit partie des commissions d'hygiène et d'instruction publique, où sa place était naturellement marquée. Il n'aborda qu'une fois la tribune, lors de la discussion de l'adresse. Sa carrière politique ne dura que quelques mois : la Révolution de février emporta la Chambre avec le Trône, et Malgaigne ne fut pas candidat aux élections pour la Constituante. Son programme était pourtant plein de bon sens ; il réclamait — déjà ! — la limitation du nombre des fonctionnaires, la liberté de l'enseignement sous le contrôle de l'Etat, et il écrivait cette phrase qui est encore d'actualité : « Je veux qu'aucun instituteur ne puisse devenir entre les mains d'un parti ou d'un autre un foyer de propagande contre nos institutions. »

Il avait une bien autre préoccupation en tête que la politique. Pendant dix ans, cet homme, chef d'un grand service hospitalier, auteur d'ouvrages qui faisaient autorité, académicien, député, fut en mal de concours ! A cette époque où les chaires professorales se donnaient au concours, la vie des chirurgiens se passait à écrire des thèses et à faire des leçons sur les sujets les plus inattendus, et il y eut des hommes de valeur qui usèrent à ce jeu toute leur existence sans jamais parvenir au but. Ces concours, il est vrai, s'entouraient d'une grande solennité : Un jury de quinze membres, dix désignés par la Faculté, cinq par l'Académie de Médecine : un public passionné qui remplissait le grand amphithéâtre et suivait ces joutes oratoires avec la même curiosité et le même enthousiasme que provoquent aujourd'hui un match de boxe ou une performance d'aviation : des épreuves qui se succédaient pendant plusieurs mois et dont les journaux médicaux donnaient un compte-rendu détaillé.

Du jour où il fut agrégé, Malgaigne prit part à tous les concours de chirurgie ouverts à la Faculté. Trois fois il échoua. En 1841, concours pour la chaire de médecine opératoire : Blandin est nommé. En 1842, concours pour une chaire de clinique : Bérard est nommé. En 1848, concours pour une autre chaire de clinique : Laugier est nommé. Je ne parlerai pas des thèses qu'écrivit Malgaigne pour ces trois concours, encore qu'elles soient consciencieuses et érudites ; mais quel intérêt trouver à des sujets comme *les appareils employés dans le traitement des fractures depuis Hippocrate jusqu'à nos jours* ou *l'irrigation en chirurgie*. Et la confusion était telle en pathologie que le travail de Malgaigne sur *les tumeurs du cordon spermatique*, question plus chirurgicale, nous paraît aujourd'hui illisible.

Son heure allait venir, enfin. En 1849, la mort de Blandin avait rendu vacante la chaire de médecine opératoire. Malgaigne avait quarante-trois ans, il était agrégé et chirurgien des hôpitaux depuis quatorze ans, membre de l'Académie depuis trois ans, lorsqu'il redescendit pour la dernière fois dans l'arène. Roux présidait le jury. Il y avait 10 concurrents, et quels concurrents : des vétérans comme Robert et Sanson, toujours candidats, jamais nommés : des hommes, Gosselin, Jarjavay, Nélaton, Richet, qui occuperont à leur tour les chaires de l'Ecole ; des chirurgiens, comme Chassaignac et Maisonneuve, que leur ingéniosité, leur audace, leurs découvertes ont mis au premier plan. Le concours se prolongea pendant quatre mois. Successivement, Malgaigne fit une composition écrite sur la valeur relative des moyens de réunion des plaies après opérations, des leçons sur les opérations applicables au traitement des tumeurs érectiles et aux anévrysmes des artères carotides, une thèse sur les diverses espèces de tailles. Comme il arrive parfois aux concurrents vieillis, ses épreuves furent, paraît-il, moins brillantes que dans les joutes précédentes : à l'épreuve pratique, qui était la résection du coude, après avoir longuement expliqué les précautions à prendre pour ménager le nerf cubital, il le trancha du premier coup de bistouri. Il fut nommé cependant, le 21 mars 1850, non sans peine, car il fallut deux tours de scrutin et Malgaigne eut tout juste la majorité : 8 voix contre 4 à Nélaton et 3 à Robert. Les étudiants, ratifiant la décision du jury, acclamèrent Malgaigne à la sortie du concours et le reconduisirent triomphalement chez lui, et, le lendemain, le nouvel élu put faire peindre sur les panneaux de sa voiture, aux lieu et place de blason, la toque professorale qu'il avait si longtemps convoitée.

Dès lors, l'activité de Malgaigne va se consacrer presque exclusivement à la Faculté et à l'Académie. L'hôpital n'y tiendra plus qu'une place de second rang. Il reste à Saint-Louis jusqu'en 1859, passe un an à Beaujon, va de là à la Charité, et enfin, en 1863, bien avant d'avoir atteint l'âge de la retraite, il démissionne pour ne plus s'occuper que de son enseignement. Il n'avait jamais été un passionné de l'hôpital, et moins encore de la salle d'opérations. « Malgaigne n'était ni un clinicien, ni un opérateur », a écrit Jules Rochard dans son Histoire de la Chirurgie française au XIX[e] siècle. Le jugement est sévère et excessif ; mais on le retrouve atténué chez les contemporains. « Il n'avait pas, dit Velpeau, un goût très prononcé pour les actions manuelles et le mouvement journalier de la pratique ». Et Jarjavay : « il n'avait ni le goût, ni la dextérité d'un opérateur : esprit subtil et profondément analytique quand il dépouillait les observations des autres, il perdait son avantage quand il devait prendre lui-même une observation ». Et l'on retrouve la même note dans les souvenirs de notre doyen, M. Guéniot, qui fut son externe et son interne : « le service, dit-il est d'une médiocre activité ; Malgaigne n'est pas un dévot de la chirurgie sanglante ; il préfère celle des fractures, des luxations et des hernies ». Mais, s'il n'avait pas l'amour de l'hôpital, Malgaigne n'en remplissait pas moins ses fonctions avec la conscience qu'il apportait en tout ; il soignait ses malades avec beaucoup de dévouement et d'ingéniosité ; les questions d'appareillage l'intéressaient particulièrement, et aussi celles d'hygiène hospitalière.

Dans le service, avec ses élèves, Malgaigne était, nous dit Guéniot, « un maître bienveillant et affable, mais qui savait marquer les nuances » ; pour ses internes, il avait de la considération, car leur succès au concours lui était une garantie de travail et de savoir ; mais les externes, qui n'avaient point encore fait leurs preuves, semblaient de peu d'importance à ses yeux et il ignorait même leurs noms. Il eut, d'ailleurs, comme internes, des hommes qui devaient s'illustrer à leur tour et, pour ne citer que les plus notoires, ce furent Broca, Follin, Verneuil, Guyon, Panas, Jaccoud, Guéniot ; parmi eux, il faut surtout mentionner Le Fort, qui, venu de Lille avec une recommandation pour Mme Malgaigne, fut accueilli comme un enfant, encouragé et aidé par lui, Le Fort qui s'attacha à lui d'une affection filiale et devint son gendre, Le Fort qui disait : « Pensez et écrivez de moi ce que vous voudrez, mais ne touchez pas à Malgaigne ! »

L'enseignement tenait une bien autre place que l'hôpital dans la vie de Malgaigne. Pendant quinze ans, jusqu'à sa mort, il resta fidèle à sa chaire de Médecine opératoire. Nous n'avons rien conservé de ses cours, sauf ses *Leçons sur l'orthopédie*, que Guyon et Panas publièrent en 1862 ; nous savons seulement qu'il suivait dans son enseignement le même plan qu'il avait adopté pour son Manuel opératoire, dont les éditions successives reflètent fidèlement les leçons faites à la Faculté. Les diverses interventions étaient décrites avec un grand luxe de détails et répétées sur le cadavre par le professeur ou ses préparateurs ; la description des instruments et des appareils ne tenaient pas moins de place et Malgaigne trouvait là une occasion de montrer son extraordinaire connaissance des époques anciennes de la chirurgie. Il était aidé dans cette tâche par le père Charrière qui assistait à toutes ses leçons, et, pour la circonstance, à côté des instruments modernes, tirait de son grenier les outils les plus hétéroclites et les appareils les plus étranges ; et Malgaigne, se tournant vers lui au cours de sa leçon, l'interpellait, suivant les occasions, d'un cordial « Monsieur le coutelier » ou d'un non moins sympathique « Monsieur le bandagiste » ; et le bon Charrière de se rengorger et de rougir de plaisir ! Les étudiants se pressaient en foule à ce cours : l'enseignement de Malgaigne fut toujours très populaire parmi eux. Il était d'une clarté limpide, simple, sans prétention, souvent empreint de bonhomie, et le professeur savait trouver, de temps à autre, le mot ou la phrase qui amusent l'auditoire, le font sourire et accrochent son attention.

Le professeur remplit aussi la tâche d'examinateur. Malgaigne n'y faillit point. Il appartenait à la classe des examinateurs bourrus, mais bienveillants, qui éclatent en invectives furibondes devant l'insuffisance des candidats, les foudroient de leur mépris, puis, quand vient le moment de donner les notes, font preuve d'une indulgence paternelle.

Malgaigne n'était pas moins assidu à l'Académie de

Médecine. Pendant vingt ans, sa personnalité puissante y a tenu une place de premier plan. Il aimait ce milieu, alors beaucoup plus combatif qu'aujourd'hui : il aimait se jeter de toute sa conviction et de tout son enthousiasme dans ces ardentes discussions. Il s'y sentait à l'aise, il s'y imposait par son éloquence et son autorité. A cette tribune, d'où il lançait foudres et anathèmes sur ses adversaires, il faisait figure de prophète de la chirurgie. Il ne se cantonnait point, d'ailleurs, dans les limites étroites de son art et, pendant quinze ans, il n'est pas de grande discussion académique à laquelle il n'ait pris part : il parle sur les déviations utérines et les kystes de l'ovaire, sur la trachéotomie et sur la méthode sous-cutanée, mais il parle aussi sur la syphilisation, sur le traitement de la surdi-mutité, sur la curabilité du cancer et sur la force vitale. Sa dernière intervention fut dans la discussion fameuse sur l'insalubrité des hôpitaux de Paris (1862), où, reprenant les idées de Tenon, il réclama la construction de pavillons isolés et à petit nombre de lits, où il qualifia Lariboisière, récemment édifié, de « Versailles de la misère », où il combattit la construction des hôpitaux en plein centre des villes, disant fort justement qu' « à vouloir abréger le chemin qui sépare le malade de sa famille, on risque d'abréger celui qui le sépare de la mort », où enfin il lança cette phrase, malheureusement exacte à cette époque, les hôpitaux de Paris sont les plus détestables de l'Europe », phrase qui provoqua les colères et les protestations de M. Husson, alors directeur de l'Assistance publique.

La force de Malgaigne, dans ces discussions, ne venait pas seulement de sa haute intelligence et de sa grande culture. Elle venait plus encore de ce qu'on le savait profondément convaincu. « Lorsqu'il apparaissait à la tribune, dit Jules Rochard, pour y fulminer quelques-uns de ces réquisitoires qui sont demeurés célèbres, on sentait qu'il y faisait monter la justice avec lui. » Sans doute s'est-il trompé parfois, car nul n'est infaillible, mais toujours sa bonne foi et sa sincérité furent éclatantes.

Il était servi par un remarquable talent de parole. « Son éloquence, a écrit Denonvilliers, était du genre véhément : les formes du langage qu'il affectait et qui lui étaient les plus familières étaient : l'interrogation, l'apostrophe, l'ironie, le sarcasme et même l'invective.., Comment reproduire, pour ceux qui ne l'ont pas connu, cette physionomie ardente et passionnée, ce visage animé et mobile jusqu'à la grimace, ce geste heurté et saccadé, ce tremblement du corps qui trahissait l'agitation intérieure, ce débit accentué et pittoresque. » Même le défaut de sa voix — il nasillait quelque peu — ne le desservait pas : cette voix forte, au timbre métallique, remplissait l'amphithéâtre ou la salle de l'Académie, et, quand le ton de la discussion s'animait, le nasillement de Malgaigne, en s'accentuant, ajoutait encore à l'ironie de son discours.

L'homme était de carrure vigoureuse et solide, de démarche un peu lourde, de corpulence moyenne, mais sans embonpoint véritable. La face large, aux reliefs accentués, était couronnée de cheveux plats et drus ; le teint bilieux et mat, la lèvre frémissante, le regard vif, les traits extrêmement mobiles, donnaient à la physionomie une expression, un caractère frappants.

Comme tous les grands bourgeois de ce temps, qui fut le règne de la bourgeoisie, Malgaigne affectait une correction de tenue allant à la sévérité. Toujours vêtu de noir, il apparaît sur ses photographies le torse sanglé dans l'habit à basques et le cou enfoui dans une haute cravate ; dans ses portraits officiels, il s'est fait peindre tantôt en robe professorale, tantôt en costume d'académicien ; et, toujours, à sa boutonnière, les deux rubans de la Légion d'honneur et du Mérite militaire de Pologne.

Toute son existence se concentrait dans le travail et la vie de famille. Il s'était marié assez tard, en 1843, et avait épousé Mlle Pommier, fille d'un de ses clients. L'année suivante, il avait eu deux filles jumelles. C'est dans ce cercle étroit que se concentraient ses affections et qu'il trouvait ses meilleures joies. Malgaigne n'était pas mondain. Il ne demandait à la clientèle que ce qu'il fallait pour subvenir à une existence honorable, mais simple, et il ne se laissa jamais absorber par elle.

Sa vie était parfaitement réglée. Il habita successivement rue de l'Arbre-Sec (c'est là que les électeurs du IVe arrondissement vinrent le chercher pour en faire un député), puis rue Bonaparte. Chaque dimanche, pendant de longues années, son vieux landau, armorié de la toque professorale, l'emmena, avec sa femme et ses filles, faire la promenade traditionnelle au Bois de Boulogne, autour des lacs. L'été, il allait en villégiature à Auteuil, qui était encore une campagne véritable, pleine de villas et de chaumières, de terrains vagues et de jardins, et où il habitait une maison qui, prétendait-il, avait été celle de Molière : à la fin de sa vie il eut une propriété un peu moins urbaine, à Saint-Gratien.

Il a peu voyagé. Mais, chaque année, il retournait avec les siens, dans son pays de Lorraine. Il aimait ce pays, il en aimait les traditions et l'histoire : j'ai vu, écrit de sa main, tout un volumineux dossier sur le Procès de Jeanne d'Arc. Il parcourait avec joie les routes de son enfance, les forêts des Vosges. Il retrouvait, comme compagnon de ses excursions de vacances, le plus ancien et le plus cher de ses amis, Chardin, notaire à Nancy, qui l'aimait d'une affection fraternelle et qui l'avait aidé aux jours difficiles de ses débuts.

Il y avait dans le masque froid et réservé, dans l'attitude assez distante que Malgaigne offrait à ceux qui l'abordaient pour la première fois, un certain degré d'affectation et de parti-pris. Pour ceux qui le connaissaient, pour ses amis, dans l'intimité familiale, il n'avait rien d'olympien : il se montrait plein de bonhomie, gai, affectueux, sans l'ombre de solennité.

Les joies de l'esprit étaient celles qu'il goûtait au suprême degré. Il avait une curiosité universelle et une érudition extraordinaire qui s'étendaient bien au delà des limites de sa science. Il avait reçu la forte éducation classique dont nous ne connaissons plus aujourd'hui que l'ombre et qui a nourri les hommes de son temps ; sa connaissance approfondie du latin et du grec, celle des langues étrangères ont grandement facilité ses travaux. Il avait tout lu en chirurgie, même les plus obscurs compilateurs du Bas-Empire et du Moyen-Age, et il avait beaucoup lu en dehors de la chirurgie. Il avait, d'ailleurs, la passion des livres, témoin cette phrase admirable par laquelle il terminait des conseils donnés à la fille de son ami Chardin pour le choix d'une bibliothèque : « Soignez vos livres comme des amis, et comme vous gardez vos amis pour vous, ne prêtez vos livres à personne. » Lui-même avait réuni une fort belle collection d'ouvrages rares sur la médecine et la chirurgie, et quelques-uns sont annotés de sa main. Un jour vint où il eut la curiosité de rechercher dans la Bible les traces de ce qu'avait été la médecine aux temps lointains du peuple d'Israël ; mais bien vite les traductions françaises, latines ou grecques, dont il dispose ne le satisfont pas ; il veut se reporter au texte original, et le voilà qui apprend l'hébreu ; et puis: entraîné par ces études, il entreprend un travail de critique historique et d'exégèse sur la Bible !

Classique par éducation et par tempérament, libéral et assez avancé en matière politique et religieuse, il met Voltaire au-dessus de tout : c'est pour lui le grand maître, et l'on peut, en effet, en choisir de pire. Il est grand amirateur des écrivains de l'antiquité et du XVIIe siècle ; mais il goûte également la littérature de son temps et ses préférences, parmi ses contemporains, vont à Walter Scott et à Henri Heine, à Lamartine et à Musset, à Mérimée.

L'activité de Malgaigne ne se ralentit pas pendant les années qui suivent sa nomination au professorat et elle ne se résume pas dans son cours et ses interventions à l'Académie. Il continue à publier et à entreprendre des ouvrages nouveaux. Depuis 1847, le *Journal de Chirurgie* était devenu la *Revue médico-chirurgicale de Paris*, et Mal-

gaigne continuait à y assurer presque toute la rédaction de la partie chirurgicale C'est là qu'il donne des mémoires sur les hernies crurales, sur un nouveau mode de traitement opératoire des anévrysmes artério-veineux, sur la déviation latérale du gros orteil (qui n'est autre que l'hallux valgus), sur le traitement des anévrysmes brachio-céphaliques, sur une variété de luxation de la hanche, sur la fracture des condyles du fémur, etc.

En 1855, paraît le *Traité des luxations*, et ainsi se trouve achevé le grand ouvrage de traumatologie que Malgaigne avait entrepris huit ans auparavant. Les *Leçons d'Orthopédie*, publiées en 1862, sont le dernier livre sorti de la plume de Malgaigne. Mais il projetait d'écrire une histoire complète de la Chirurgie et en avait, paraît-il, déjà tracé le plan. Il abandonna momentanément ce projet pour se donner entièrement à une étude d'ensemble sur les hernies, question qu'il avait étudiée pendant toute sa carrière. Malgaigne songeait alors à l'Institut et disait à Amédée Latour : « Ce n'est pas avec un livre d'histoire qu'on ouvre les portes de l'Académie des Sciences », et il méditait de faire pour les hernies ce qu'il avait fait pour les fractures et les luxations.

La mort ne lui laissa le temps, ni d'achever ce dessein, ni de parvenir à la consécration suprême qu'il ambitionnait. Malgaigne avait été élu, en 1863 vice-président de l'Académie de médecine et, l'année suivante, avait passé de droit à la présidence. Il prit possession du fauteuil au début de 1865 et, le 10 janvier, jour où il l'occupait pour la seconde fois, il fut, en pleine séance, foudroyé par une attaque d'apoplexie : cette intelligence si lumineuse s'éteignit d'un seul coup, le corps paralysé survécut encore quelques mois, et Malgaigne ne succomba que le 17 octobre, dans sa propriété de Saint-Gratien où il avait été transporté.

Les obsèques eurent lieu à Saint-Germain-des-Prés et l'inhumation au cimetière Montparnasse. Sur la tombe, des discours furent prononcés par Velpeau au nom de la Faculté, par Béclard au nom de l'Académie, par Broca au nom de la Société de Chirurgie.

* * *

Malgaigne meurt ainsi, avant soixante ans, laissant une œuvre immense et infiniment variée qui témoigne de sa puissance de travail et de l'activité infatigable de son esprit. J'ai cité, chemin faisant, ses publications les plus importantes, mais la liste est loin d'être complète. Encore me reste-t-il à indiquer les grandes lignes de cette œuvre, ce qui en fait l'originalité et ce qui en explique l'influence.

« Ce fut une des plus grandes intelligences qui aient été mises au service de la chirurgie. Personne n'a remué plus d'idées et soulevé plus de problèmes, personne n'a remis en question plus de vérités démontrées, et pressenti plus de vérités nouvelles ». Cette phrase est de Jules Rochard, qui pourtant n'a pas ménagé Malgaigne : et elle renferme beaucoup de vérité.

Malgaigne est un cerveau encyclopédique et un cerveau philosophique. Il sait beaucoup, mais plus que l'érudition il prise la méthode. Celle-ci seule peut diriger la science dans la bonne voie, et cette méthode, bien peu l'ont appliquée dans toute sa rigueur.

Dans son *Essai sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie*, Malgaigne écrit : « Quel que soit le dogme philosophique ou religieux sur lequel l'homme règle ses croyances, qu'il s'en fie à ses sens ou à son imagination, qu'il plie sous le joug de l'autorité ou se révolte au nom de la science pure, vous verrez la chirurgie dans sa sphère spéciale marcher dans la même voie, obéir aux mêmes impulsions, s'égarer dans les mêmes erreurs. » Ainsi donc la science vaudra ce que vaut le principe philosophique qui la dirige.

Et, partant de cette donnée, Malgaigne ramène toute l'histoire de la chirurgie à six époques, chacune dominée par une doctrine philosophique régnante et se résumant dans une méthode et dans l'œuvre d'un homme ; c'est la philosophie de Socrate et l'observation hippocratique, puis la philosophie de Platon et le dogmatisme de Galien : vient ensuite la période du Bas-Empire, des Arabes et des Arabisants du Moyen-âge, sous le seul principe d'autorité : « Il n'y a plus d'observateurs, dit Malgaigne, il n'y a plus de théoriciens, il ne reste que des compilateurs », et il renonce à trouver l'homme représentatif de cette époque de décadence. Puis vient la Réforme, avec la découverte des textes anciens, l'invention de l'imprimerie et l'œuvre d'Ambroise Paré. Et ce sont enfin les deux dernières époques, celle de la philosophie de Descartes et de la chirurgie de Jean-Louis Petit, bâties sur le raisonnement, — celle de la philosophie de Bacon et de la chirurgie de John Hunter, basées sur l'expérience.

On voit tout ce qu'il y a d'artificiel et de préconçu dans cette synthèse historique. Mais on devine aussi que, dans l'esprit de Malgaigne, l'évolution ne s'arrête pas là, que, derrière John Hunter, il faut voir toute la science moderne et Malgaigne lui-même, qui se réclament de l'induction baconienne et de la méthode expérimentale.

Etre baconien, dans l'esprit de Malgaigne, c'est tout d'abord rejeter tout ce qui vient de l'autorité ou du pur raisonnement ; et jamais, en effet, nul n'eut plus que lui de hardiesse de pensée, d'indépendance dans les idées, d'impatience de toute autorité traditionnelle. C'est ensuite n'accepter que les données de l'expérience et de l'observation, ce que Malgaigne appelait la *Réalité*. Il aimait ce mot ; il l'a pris pour épigraphe d'une de ses thèses de concours ; il l'a mis dans la devise de la Société de Chirurgie ; il le reproduit dans la préface de son *Traité des fractures* : « la réalité, tel est le grand caractère que je me suis efforcé de donner à cet ouvrage ». Toujours, il s'est déclaré un réaliste. Qu'entendait il par là ? Soumettre à une vérification exacte toutes les doctrines, toutes les hypothèses, ne retenir que les données établies avec une certitude indiscutable, ne croire qu'à l'expérimentation et aux faits bien observés. Tout ceci nous paraît aujourd'hui d'une telle évidence que nous comprenons mal qu'il ait fallu lutter pour faire triompher de tels principes qui sont la base même de la méthode scientifique. Mais, au temps de Malgaigne, les principes d'autorité et de raisonnement avaient encore leurs défenseurs ; toute l'œuvre de Boyer, encore classique à cette époque, ne consistait-elle pas dans l'exposé dogmatique des doctrines de l'Académie Royale de Chirurgie, considérées par lui comme la forme achevée et définitive de l'art ?

Malgaigne a deux bêtes noires contre lesquelles il ne cesse de vitupérer : Descartes et la chirurgie du XVIIIe siècle, car il les regarde comme le symbole des principes faux qu'il faut abattre. Et un jour, au cours d'une discussion sur je ne sais quelle obscure question, il lance de la tribune de l'Académie cette apostrophe virulente : « Voici que la lutte qu'on pouvait croire terminée recommence entre ces deux principes : c'est Descartes qui se met en révolte contre ; Bacon c'est l'évidence en matière scientifique opposée à la démonstration ; c'est l'imagination à la place des faits, le roman à la place de l'histoire : c'est le vieux spectre édenté et décrépit du XVIIIe siècle qui voudrait s'imposer à la génération virile du XIXe siècle » Le morceau a de l'allure, mais cette double haine de Malgaigne est profondément injuste, car le *Discours sur la méthode* n'a pas eu moins d'influence sur le développement de l'esprit humain que le livre de Bacon sur la *Dignité et l'Avancement des Sciences* et que le *Novum Organum*, et, par ailleurs, l'œuvre des chirurgiens du XVIIIe siècle est pleine d'observations exactes et certainement aussi « réaliste » que celle de bien des contemporains de Malgaigne, et parfois de Malgaigne lui-même.

Donc Malgaigne est baconien ; mais l'est-il autant qu'il le croit ? On pourrait en douter, car il est aussi vitaliste Sur ce point, il affirme ses convictions avec son éclat habituel : « la force vitale est ce qui domine dans la pathologie et plus encore dans la thérapeutique... La chimiâtrie, fille bâtarde de la chimie a conclu des corps

bruts aux corps organisés : c'est une erreur de logique. L'organicisme, prenant son point de départ dans l'anatomie pathologique, a conclu du mort au vivant : c'est une erreur de logique. Le vitalisme seul, en fondant ses prémisses sur l'observation du corps vivant, en a tiré les conclusions logiquement applicables au corps vivant. » Sans doute, mais le vitalisme, s'il est une hypothèse respectable, n'est qu'une hypothèse et l'existence de la force vitale n'a jamais, que je sache, été démontrée par l'expérience. En de telles questions, il faut, si l'on veut être réellement baconien, savoir s'abstenir, et le doute est la seule attitude vraiment scientifique.

D'autres fois encore — car il est bien difficile de toujours appliquer strictement les principes, même les meilleurs — Malgaigne s'est laissé entraîner par l'ardeur de ses convictions ; cette intelligence, si ingénieusement critique vis-à-vis des autres, n'a pas toujours été suffisamment critique envers elle-même et il a admis comme démontrés des faits qui ne l'étaient point. C'est que tout cerveau humain est faillible, et puis le scepticisme, le doute devaient être insupportables à un esprit aussi passionné que celui de Malgaigne.

Du moins, son amour de la réalité et son horreur de toute affirmation sans preuve ont-ils orienté ses travaux dans des voies singulièrement fécondes. L'arithmétique est la science exacte par excellence. Malgaigne a voulu l'introduire dans la chirurgie. Là où ses prédécesseurs apportaient des impressions, il a réclamé des chiffres et il est bien, comme on l'a dit, le créateur de la statistique chirurgicale. Celles qu'il a établies pour les fractures, pour les hernies, pour les résultats opératoires, sont des modèles et il est impossible de faire parler plus éloquemment les chiffres et d'en tirer plus d'enseignements utiles.

D'autre part, et c'est un point sur lequel il a bien souvent insisté, il s'est attaché à faire connaître les résultats à longue échéance des traitements chirurgicaux. Il proteste contre ces observations tronquées qui s'arrêtent à la cicatrisation de la plaie opératoire et ne disent rien de l'état définitif de l'opéré, contre les guérisons annoncées prématurément et que dément l'avenir. « Ce qui manque essentiellement à la chirurgie actuelle, écrit-il, ce qu'il faut se hâter de lui donner, si l'on veut assurer sa marche, c'est la science des résultats ». Ces principes-là sont toujours vrais, et il est encore bien des questions qu'il serait utile d'étudier dans le sens qu'indiquait si justement Malgaigne.

Connaissant ses idées directrices, voyons comment il les a appliquées dans ses principaux ouvrages. On peut les classer en trois groupes : les études historiques, les livres didactiques, les travaux de chirurgie pure.

Malgaigne a été, par goût, historien de la médecine et de la chirurgie : il réclamait déjà dans sa thèse en faveur de l'enseignement de cette branche de l'histoire et sans doute, s'il eût vécu, lui eût-il consacré ses dernières années d'activité. En tout cas, il s'en est toujours occupé et — il le dit lui-même — ce lui était un délassement au milieu de ses concours et de ses autres travaux. J'ai déjà signalé son *Essai sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie*, beau morceau d'éloquence académique, mais sans grande valeur historique. Je ne crois pas qu'il faille attacher beaucoup d'importance à ses articles sur la médecine et la chirurgie dans l'antiquité, sinon comme preuve de la vaste culture de leur auteur ; c'est un jeu qui nous semble un peu puéril que de chercher dans la Bible ou dans l'Iliade des exemples de plaies ou de maladies et d'en déduire des conclusions sur l'état de la science et de l'art à l'époque où s'édifièrent ces vastes compositions ; les découvertes de l'archéologie moderne et les progrès de la critique historique nous ont rendus plus difficiles.

En revanche, on ne saurait trop admirer et louer les notes et l'introduction dont Malgaigne a orné son édition d'Ambroise Paré. Cette histoire de la chirurgie en Europe occidentale depuis le haut Moyen-Age jusqu'à la Renaissance est un chef-d'œuvre d'érudition, que pouvait seul écrire un chirurgien doublé d'un chartiste et d'un philologue : pas un auteur, si obscur soit-il, qui ne soit cité et analysé, et quelle intéressante étude des origines de l'art, où l'on voit d'abord la décadence progressive de la science gréco-romaine, les compilateurs copiant les compilateurs et déformant peu à peu la doctrine, puis la chirurgie pratique naissant humblement des trousses des barbiers et des sacs des opérateurs ambulants, et les luttes des chirurgiens de robe courte, nos ancêtres, pour obtenir de l'Université un vague enseignement de l'anatomie et de la pathologie. Malgaigne a tout lu, tout compulsé, et il en tire un tableau d'un puissant intérêt.

Fort intéressantes également, parce que nourries de faits et écrites d'un beau style, les notices qu'il a consacrées à quelques chirurgiens de son temps : Astley Cooper, le vieux Boyer, Dupuytren qu'il n'aimait guère, Roux dont il a tracé un beau et sympathique portrait.

Malgaigne n'a écrit que deux ouvrages purement didactiques, s'adressant à la masse des étudiants, mais ces deux ouvrages ont eu un succès prodigieux. Le premier en date est le *Manuel de Médecine opératoire*. Ce n'était d'abord qu'un volume de 790 pages ; plus tard, il comporta deux volumes avec de nombreuses figures. Il ne se borne pas à l'exposé de la médecine opératoire classique, des ligatures et des amputations. Toute la chirurgie opératoire, y compris celles des spécialités, y est étudiée ; il y avait même, dans la première édition, des chapitres consacrés à l'art du dentiste et à l'art du pédicure, qui disparurent dans la suite. Et c'est vraiment une surprise que de trouver, dans l'édition de 1834, des descriptions un peu brèves, à la vérité, des opérations de goitre, de la gastrotomie pour corps étranger, de l'ovariotomie, à propos de laquelle Malgaigne cite Mac Dowell et Monteggia, de l'hystérectomie, dont il existait déjà une vingtaine d'observations avec quatre succès. Lorsque parut le manuel de Malgaigne, les élèves n'avaient à leur disposition que la vieille médecine opératoire de Sabatier, revue par Sanson, et celle plus récente de Velpeau. Le livre de Malgaigne éclipsa tous les autres : il eut sept éditions de son vivant et Le Fort en fit paraître encore deux après sa mort ; il fut traduit en anglais, en allemand, en italien, en russe et en arabe ; on peut donc dire que, pendant près de cinquante ans, c'est dans Malgaigne que tous les chirurgiens de France et beaucoup de chirurgiens de l'étranger ont appris la technique opératoire.

Le *Traité d'Anatomie chirurgicale* n'eut pas une aussi grande popularité et surtout dura moins, encore qu'il ait eu plusieurs éditions et qu'il ait été traduit en allemand et en espagnol. On lui a reproché d'être assez médiocre du point de vue de l'anatomie pure, et la chose n'est pas discutable. Malgaigne avait peu disséqué et son livre est l'œuvre d'un chirurgien, et non d'un anatomiste. « Il est, disait Velpeau, d'un intérêt palpitant, rempli de détails, d'aperçus fins et de vues pratiques extraordinaires. » Et puis, ce qui à mon avis, lui donne déjà une allure moderne, c'est qu'il est intitulé : « Traité d'Anatomie chirurgicale et de *Chirurgie expérimentale* » ; c'est que Malgaigne, baconien et vitaliste, y donne une place aux observations faites sur l'animal vivant, à côté de celles faites sur le cadavre. « La chirurgie expérimentale, écrit-il dans sa Préface, attendait encore qu'on réunit en corps de doctrine tous ses matériaux épars. Telle est d'abord la lacune que cet ouvrage a eu pour objet de remplir. Je n'ai pas voulu séparer les recherches expérimentales des études anatomiques.... J'ai donc fait marcher de front l'anatomie et ce qu'on pourrait appeler la physiologie chirurgicale. » Et, pour ce faire, il s'est adressé bien plus aux chirurgiens qu'aux anatomistes et aux physiologistes. Comme apport personnel, il donne le résultat de ses recherches sur la structure de la peau et des artères, sur l'anatomie de l'urètre, de ses expériences cadavériques concernant les luxations et les fractures, de ses expériences physiologiques sur la rétraction et la contraction musculaires et sur la compression cérébrale.

En chirurgie proprement dite, l'œuvre de Malgaigne



est très variée et touche à une infinité de sujets, mais il en est quelques-uns qui lui tenaient particulièrement à cœur et dont il s'est occupé toute sa vie. C'est de ceux-là seulement que je veux parler. L'énumération que j'ai faite de ses principales publications montre que ses études de prédilection ont porté sur les traumatismes des membres et sur les hernies.

Il a réuni et condensé les premières dans son *Traité des fractures et des luxations*, œuvre de premier ordre, dont bien peu de parties ont vieilli; malgré les découvertes modernes, source de documents innombrables à laquelle recourent encore tous ceux qui écrivent sur les fractures et les luxations. « Je n'ai rien affirmé, pouvait-il dire, qui ne fût appuyé sur des faits, soit de ma propre expérience, soit de l'expérience des autres ; là où l'observation clinique faisait défaut, j'ai cherché à suppléer par des expériences, soit sur le cadavre de l'homme, soit sur les animaux vivants. » Et il apporte dans ce sujet beaucoup d'idées alors nouvelles et qui sont restées classiques : l'importance et la gravité des fissures osseuses, l'étude approfondie des déplacements des fragments avec toutes leurs variétés, la description de la fracture double verticale du bassin et de la fracture par écrasement du calcanéum, la démonstration de l'existence des luxations incomplètes, la première étude d'ensemble des luxations pathologiques, etc. ; par-dessus tout, il est le premier à s'occuper du traitement consécutif après la levée de l'appareil ou la réduction de la luxation, le premier aussi à rechercher les résultats éloignés et à montrer l'adaptation anatomique et fonctionnelle dans les luxations non réduites.

Pour les hernies, Malgaigne n'a pas eu le temps de réunir dans un travail d'ensemble toutes ses observations et ses idées. Elles sont restées dispersées dans ses nombreux mémoires. Elles ont été plus discutées et, de fait, certaines etaient discutables. Il combattait sur trois points principaux les doctrines admises avant lui. Il niait l'existence de la hernie congénitale ou, comme il disait, *congeniale* ; il avait raison puisqu'il entendait par là que la hernie n'existe pas encore à la naissance; mais qu'elle est préparée par la persistance du canal vagino-péritonéal. Il niait l'existence de l'étranglement par les anneaux naturels, admis depuis J.-L. Petit qui en avait déduit, comme conséquence pratique, la nécessité du débridement de ces anneaux ; pour la hernie inguinale, Malgaigne croyait que l'étranglement est toujours au collet du sac, et là encore il avait raison ; pour la hernie crurale, il admettait l'étranglement par le collet ou par l'anneau du fascia cribriformis, mais rejetait l'étranglement par l'anneau crural, ce qui était une erreur évidente.

Mais c'est sur le troisième point que Malgaigne s'est trompé le plus gravement. Depuis la mémoire de Goursaud à l'Académie Royale, on distinguait deux variétés d'étranglement, l'étranglement aigu qui aboutit rapidement à la gangrène, l'étranglement à marche plus lente que l'on attribuait à l'engouement par les matières fécales. Malgaigne nie l'engouement — ce en quoi il n'avait pas tout à fait tort —, mais il nie aussi que ce prétendu engouement soit un début d'étranglement : pour lui, il s'agit de phénomènes purement inflammatoires et il en tire cette conséquence déplorable, qu'il faut savoir reconnaître ces hernies enflammées pour les traiter par le repos et la glace, et surtout ne pas les opérer. Le résultat pratique fut de laisser évoluer jusqu'à la gangrène bon nombre de hernies étranglées et, sans doute, étaient-ce les résultats lamentables alors de la kélotomie qui inclinaient Malgaigne à pousser ainsi jusqu'à l'absurde la thérapeutique d'expecatation.

Malgaigne, opérateur médiocre et peu enthousiaste, a eu cependant quelques idées nouvelles en médecine opératoire. Il a défendu l'astragalectomie et montré les beaux résultats qu'elle peut donner ; il est vraiment l'initiateur de la désarticulation sous-astragalienne car, si Textor père l'avait faite un peu avant lui, il l'a introduite en France et en a réglé, dans tous ses détails, le manuel opératoire, tel qu'il est encore appliqué aujourd'hui. Il a imaginé un procédé nouveau de cure du bec-de-lièvre, qui réalisait un grand progrès sur la simple suture pratiquée avant lui. Dans l'anévrysme artério-veineux, il a préconisé, d'après un succès personnel, la ligature à distance de l'artère au-dessus et au-dessous du sac sans toucher à celui-ci, ni aux veines.

L'application de la griffe aux fractures de la rotule, de la pointe aux fractures obliques de jambe peut être regardée comme une ébauche de l'ostéosynthèse à prothèse externe. En tout cas, de tels moyens étaient fort audacieux pour l'époque, et Malgaigne a su en tirer de beaux résultats : en 1846, il avait traité 13 fractures de jambe au moyen de la pointe, avec 12 guérisons et 1 mort.

A l'occasion, il ne manquait pas d'audace. Il avait fait avec succès la ligature de l'iliaque externe pour un gros anévrysme inguinal, et le récit de cette opération montre combien elle avait été difficile et dramatique. Dans un cas d'anévrisme du tronc brachio-céphalique, il n'avait pas craint de lier successivement la carotide primitive et la sous-clavière. A cette tribune il avait apporté un cas heureux de fermeture par suture immédiate d'une fracture compliquée, rappelant que pareille conduite avait été tenue par un obscur chirurgien du Moyen-âge, Hugues de Lucques ; et, un jour où Guersant présentait une fracture de jambe vicieusement consolidée, Malgaigne fut le seul à conseiller l'ostéotomie du cal.

Il accueillit toujours avec intérêt les idées nouvelles et n'accepta jamais qu'on les condamnât de parti pris sans les soumettre au contrôle de l'expérience. J'ai dit qu'il avait été, en France, le premier champion de l'anesthésie générale, et ce ne fut peut-être pas sans quelque mérite. La découverte de l'éthérisation ne fut pas accueillie comme vous pourriez le croire : beaucoup de médecins, presque tous les journaux ne lui témoignèrent que froideur et scepticisme : « hâtez-vous de vous servir de l'éther pendant qu'il insensibilise encore », imprimait l'un d'eux, en ajoutant que l'on n'en parlerait plus quelques mois plus tard. Et lorsque, quelques semaines après les communications de Malgaigne, Roux et Velpeau vinrent apporter à l'Académie des Sciences leurs premières observations d'anesthésie, Magendie, le plus grand physiologiste du temps, Magendie, le maître de Claude Bernard, déclara ces tentatives immorales, soutint l'utilité de la douleur dans les opérations et jeta cette parole impie : « Qu'un malade souffre plus ou moins, est-ce là une chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des Sciences ! »

Onze ans plus tard, Bouchut présentait à l'Académie de Médecine ses premiers essais de tubage de la glotte, et tous le condamnèrent. Seul Malgaigne refusa de se prononcer, réservant son jugement jusqu'à ce qu'il pût l'établir sur des faits et terminant par ces paroles prophétiques : « Si ces espérances venaient à se réaliser, le tubage accomplirait dans le traitement du croup la même révolution que la lithotritie dans le traitement de la pierre. »

Lui-même a eu parfois des vues inattendues que l'avenir est venu confirmer. Dans son *Anatomie chirurgicale*, ayant montré comment l'hémorragie s'arrête lorsque le poumon est comprimé par l'abondance de l'épanchement il se demande si l'on ne pourrait obtenir le même résultat sans laisser le sang remplir la poitrine, s'il ne suffirait pas de dilater la plaie ou de faire une contre-ouverture pour laisser pénétrer l'air extérieur. Et c'est toute l'action hémostatatique du pneumothorax, et c'est l'intervention que devait un jour pratiquer Delagénière sur un blessé du poumon.

Dans le même ouvrage, à propos des plaies des nerfs, ne prévoit-il pas la greffe nerveuse lorsqu'il dit : « en rattachant le bout supérieur d'un nerf au bout inférieur d'un autre nerf paralysé par une lésion locale située plus haut, on pourrait faire passer de l'un à l'autre l'agent nerveux et guérir la paralysie ».

En 1851, il avait proposé à l'Académie un nouveau traitement de l'ulcère tuberculeux du testicule ; entre l'abs-

NOUVELLES

Ve Congrès international de médecine et de pharmacie militaires de Londres, du 6 au 11 mai 1929. — Le Bureau du Ve Congrès international de médecine et de pharmacie militaires a reporté au 1er mars 1929, la date limite pour la réception des adhésions au Congrès.

Les tribunaux contre le médecin. — Le tribunal de Lille vient de rendre un jugement affirmant la responsabilité d'un médecin dans un cas particulièrement délicat.

En mars 1923, M. Jules Raka, tourneur à Warrain, était victime d'un accident de travail dans une usine de Haubourdain ; une courroie de transmission s'étant rompue, une agrafe de métal qui servait d'attache à cette courroie lui était entrée dans la cuisse. Il fut soigné par le Dr X. qui retira de la blessure un morceau de l'agrafe, puis recousut la plaie après l'avoir désinfectée. Quelques jours plus tard, la plaie suppurait ; le médecin l'ouvrit à nouveau et en retira un fragment de caleçon. M. Raka reprit son travail sans aucune incapacité. Or, en décembre 1926, M. Raka ressentit une violente douleur au siège de sa blessure. Le Dr X... diagnostiqua un phlegmon et le malade fut soigné par un autre médecin. Un an plus tard, c'est-à-dire en 1927, la radiographie révéla dans la plaie qui suppurait toujours, la présence d'un important morceau d'agrafe. M. Raka subit une nouvelle opération d'où il résulta une incapacité de travail de 20 %.

Dans son audience d'aujourd'hui, le tribunal a conclu à la responsabilité du médecin avec un certain caractère de gravité. En conséquence, X. est condamné à payer à M. Raka une rente annuelle viagère de 776 fr. 90 à partir du mois d'octobre 1927. (*Œuvre.*)

L'assurance-maladie obligatoire en Allemagne. — Deux grandes associations de médecins allemands s'inquiètent des conséquences qui vont résulter de l'extension de l'assurance-maladie obligatoire en Allemagne.

Actuellement, le nombre des assurés atteint environ 22 millions. Le gouvernement du Reich se propose d'augmenter encore ce nombre non seulement par le relèvement de la limite des salaires, mais par l'adjonction de nouvelles catégories de travailleurs et par la diminution des cas d'exemption à l'obligation.

Dans le cas envisagé, le nombre total des assurés atteindrait 30 millions.

L'assurance nécessiterait un budget annuel de 2 milliards 700 mille marks au minimum. En outre, l'assurance serait obligatoire pour les indigents pensionnés, et comme ils ne pourront payer leurt cotisations, dont les autres auront charge, on généraliserait ainsi l'assurance obligatoire générale.

Aussi, le rapport des médecins est-il très sévère sur les répercussions certaines qu'entraîneront les modifications proposées.

L'ensemble des sommes soustraites aux médecins, dit le rapport, atteindrait 170 millions de marks, qui iront désormais aux caisses d'assurances, et sur lesquelles le corps médical toucherait tout au plus 70 millions sous forme d'honoraires.

Les médecins allemands ne veulent voir, dans le développement projeté de l'assurance maladie que trois motifs primordiaux: financier, administratif, politique.

Le motif financier, c'est l'incorporation des travailleurs indépendants, des employés et des fonctionnaires qui augmentera considérablement les ressources des caisses.

Au point de vue administratif, c'est l'extension de l'influence des syndicats. Ceux-ci poussent au relèvement de la limite des salaires obligatoires des assurés. L'intervention des syndicalistes dans les caisses de remplacement vise souvent à l'agitation.

Le projet d'assujettissement à l'assurance-maladie des travailleurs indépendants et de leurs familles risque de mettre ces nouveaux groupements en minorité dans l'administration des caisses, et à la merci de leurs adversaires dans la lutte économique.

Quant au point de vue politique, les médecins déclarent que, dans les caisses locales de maladies, les syndicats socialistes assurent environ les 4/5 de la représentation ouvrière. La loi du 8 avril 1927 réorganisant la procédure des élections à l'administration des caisses-maladies, a encore renforcé la situation des syndicats.

Cette levée de boucliers contre les lois sociales en Allemagne, a évidemment renforcé celle qui s'est manifestée au sujet des assurances sociales (loi du 5 avril 1928), en France. (*L'Ami du Peuple.*)

Hôpitaux de Paris. — *Mutations de directeurs.* — M. Weill est chargé des fonctions de chef de service des hôpitaux.

M. Tremblay, directeur de la Charité, passe à Lariboisière.

M. Alajouanine, chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Broca, passe à la Charité.

M. Dértharé, économe à Hendaye, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Broca.

M. Durand est nommé directeur de l'hospice Debrousse.

tention et la castration, il voyait place pour une intervention plus efficace que la première, moins mutilante que la seconde. « La véritable indication est d'extirper tout ce que le tubercule a vicié pour sauver ce qu'il a respecté » : et c'était, en somme, l'épididymectomie d'aujourd'hui. L'opération nouvelle fut fortement combattue. Malgaigne, dans sa réponse à ses contradicteurs, insiste avec énergie sur l'utilité de la conservation du testicule, utilité non seulement morale, mais utilité physiologique, car « il n'en est pas du testicule comme des autres glandes, sa fonction ne consiste pas uniquement dans l'excrétion, elle est surtout dans la sécrétion même ». Ajoutez à sécrétion l'épithète *interne*, et la phrase est d'aujourd'hui.

Qu'a-t-il donc manqué à cet homme si intelligent, si érudit, si travailleur, si plein d'idées originales, pour être le plus grand chirurgien de son temps. Peut être un peu moins d'esprit de système, plus de critique vis-à-vis de ses propres conceptions, un moindre besoin d'affirmer et de démontrer, un peu plus de scepticisme.

Mais surtout il lui a manqué l'habileté manuelle et le goût de la chirurgie d'action. « On eût dit que les exercices de la main contrariaient en lui l'effort de la pensée.» Certes, il ne suffit pas d'être un opérateur adroit et entreprenant pour être un chirurgien complet ; il y faut aussi de l'intelligenee et du savoir. Mais n'est pas, non plus, un chirurgien complet celui qui se confine dans les travaux de cabinet et de laboratoire et ne prend le bistouri qu'à regret. Il faut savoir unir dans un ensemble harmonieux l'œuvre du cerveau et celle de la main. Malgaigne a été trop exclusivement un cerveau.

L'époque où il a vécu ne portait guère, en vérité, les chirurgiens à l'action. C'est la plus sombre de l'histoire de la chirurgie, celle où l'infection régnait en maîtresse dans les hôpitaux, où était exact le mot fameux que « toute incision faite à la peau est une porte ouverte à la mort ». On a vu, par les relevés mêmes de Malgaigne, quels étaient les lamentables résultats des interventions les plus banales. Pour rester un champion de la grande chirurgie, il fallait le tempérament d'un Jobert ou d'un Maisonneuve, leur ardente foi en eux-mêmes, leur audace, peut-être aussi quelque dédain du matériel humain ; et l'on comprend que des hommes d'un caractère moins rude, plus épris des choses de l'intelligence, se soient sentis plus attirés par les travaux d'érudition et d'enseignement que par la salle d'opérations, qu'ils n'aient point essayé de lutter contre ce qui semblait une fatalité inéluctable. Chose curieuse, dans l'œuvre immense de Malgaigne, il n'y a rien, sauf un court mémoire sur l'emphysème traumatique spontané, qui concerne les complications des plaies et les moyens de les éviter. La chirurgie est comme écrasée par une puissance occulte contre laquelle elle ne tente même pas de réagir. « Quelle est donc, s'écrie Malgaigne après avoir détaillé la terrible mortalité des amputations, cette fatalité mystérieuse qui pèse d'abord sur nos hôpitaux en général, et sur quelques-uns d'entre eux plus encore que sur d'autres ? » La réponse ne viendra que vingt-cinq ans plus tard, et ce ne seront pas les chirurgiens qui la donneront.

Malgré ses lacunes, l'œuvre de Malgaigne eut une grande influence sur les chirurgiens de son temps et sur leurs successeurs immédiats. Il a été, suivant le mot de Jaccoud, un grand réformateur ; il a soumis les idées et les opinions de ses devanciers à une critique implacable, quelquefois trop sévère, le plus souvent juste : il a détruit beaucoup de préjugés et de conceptions fausses : il a jeté dans la chirurgie des notions nouvelles, dont plusieurs devaient être fécondes. Par son *Manuel de Médecine opératoire*, il a éduqué des générations de chirurgiens. Il s'est trompé parfois, mais parfois aussi il a entrevu des vérités d'avenir. Cette œuvre a subi l'épreuve du temps : bien des parties se sont effondrées, mais il en est une au moins qui reste debout, le *Traité des fractures et des luxations*, et l'ensemble est digne d'admiration et de respect. Elle est, en effet, le témoin d'une vie de travail, d'une intelligence d'élite éprise de science et de vérité, d'un caractère très noble, passionné de justice. A ce titre, Malgaigne est une grande et belle figure de la Chirurgie du XIX[e] siècle, et la Société de Chirurgie peut se glorifier de le compter parmi ses fondateurs.

Malgaigne et les premiers essais d'éthérisation en France.

Au mois de décembre 1846 la nouvelle des résultats surprenants qu'on venait d'obtenir avec l'éther en Amérique et en Angleterre se répandit rapidement en France.

Et le 12 janvier 1847, Malgaigne fit à l'Académie de médecine la première communication scientifique dont l'éthérisation ait été l'objet en France.

Les journaux anglais et américains, disait-il, ont annoncé une propriété de l'éther qu'on ne lui connaissait pas ; ou si cette propriété était connue, on en a fait une application nouvelle. Ils ont dit, ces journaux, que la respiration, l'inhalation de l'éther endormait la sensibilité générale, tellement que les opérations chirurgicales pratiquées dans cet état ne causaient que peu ou point de douleur.

J'ai voulu savoir, ajoutait Malgaigne, à quoi m'en tenir. J'ai donc fait des essais à l'hôpital Saint-Louis, et c'est de ces essais que je veux parler à l'Académie.

Ils sont au nombre de cinq seulement.

Un jeune homme de dix huit ans, qui portait un phlegmon suppuré de la jambe, a été soumis à l'inhalation de l'éther. Au bout de deux minutes, assoupissement cataleptique ; j'ai fait une large incision ; deux minutes après, le malade s'est réveillé ; je lui ai dit que j'allais l'opérer. Je le veux bien, puisque c'est nécessaire, a-t-il répondu. Il n'avait rien senti.

Sur un Italien, il a fallu cinq minutes d'inhalation pour produire l'assoupissement. Je lui ai extirpé un ganglion du cou ; il n'a témoigné aucune souffrance.

Sur une jeune femme, l'inhalation n'a produit de résultats qu'après huit minutes ; alors je lui ai enlevé une tumeur du cou sans qu'elle en ait eu conscience.

Un homme s'est présenté, ayant eu la jambe écrasée par un wagon de chemin de fer. L'inhalation a duré quinze minutes, pendant lesquelles on n'a pu obtenir qu'un résultat incomplet. L'amputation me paraissait urgente ; je l'ai pratiquée au lieu d'élection ; le malade n'a accusé qu'une douleur très légère, qu'il comparait à la piqûre d'un canif.

Enfin, chez une jeune femme chez laquelle je voulais pratiquer l'opération du strabisme, l'inhalation après dix minutes n'a produit aucun effet.

Tels sont les résultats singuliers que j'ai obtenus, et dont j'ai voulu donner à l'Académie la première communication.

Nacquart lui ayant demandé le procédé dont il s'était servi, Malgaigne donna quelques explications.

En Amérique et en Angleterre, disait-il, on se sert d'un ballon à deux tubulures, dans l'intérieur duquel est une éponge mouillée d'éther sulfurique. L'un de ces tubes est introduit dans la bouche du malade, et l'autre est en communication avec l'air. N'ayant pas un appareil semblable à ma disposition, je me suis servi d'un simple tube, dans lequel j'avais mis une certaine quantité d'éther et que j'ai introduit dans une des narines, tandis que l'autre était bouchée. J'avais soin de faire faire l'inspiration la bouche étant fermée et de faire faire l'expiration la bouche ouverte. Au bout de peu de temps les malades saisissaient très bien cette petite manœuvre.

Le 19 janvier, Malgaigne ajoutait quelques détails à sa communication du 12 janvier.

Il avait tenté, disait-il, de nouveau les inhalations d'éther dans le but de rendre les malades insensibles à la douleur ; les unes ont réussi, les autres ont échoué. M. Malgaigne en dira ultérieurement les remarques, et cherchera la raison des insuccès observés. Pour le moment il ne veut faire que deux remarques : la première est relative aux effets consécutifs ; on avait exprimé des craintes à ce sujet ; rien jusqu'à présent n'est venu la justifier, et même s'il fallait en juger par un seul

malade, la réaction serait moindre qu'elle ne l'est ordinairement ; c'est ainsi que chez un amputé, il n'y aurait presque pas eu de fièvre. La seconde remarque porte sur cette particularité, que les malades soumis à l'action de l'éther, auraient conservé la sensibilité générale tout en cessant de percevoir la douleur, comme si la sensibilité générale et la douleur étaient deux choses distinctes et indépendantes l'une de l'autre. M. Malgaigne ne donne cette remarque que comme un simple aperçu, une conjecture à vérfier, et qui, si elle était fondée, soulèverait un grand problème psychologique.

Mais, si à Malgaigne revenait l'honneur de la première communication sur l'éthérisation, il n'avait point été le premier à l'appliquer. C'est Jobert, de Lamballe, qui, le 15 décembre 1846, avait fait à l'hôpital Saint-Louis, avec l'assistance d'un jeune médecin américain, un premier essai qui échoua par suite de l'imperfection de l'appareil ; deux jours après, il fut plus heureux et réussit complètement.

Il prit la parole à la séance du 2 février 1847 ; entre temps Boulay, Chevallier, Gerdy, Roux, Velpeau (1), Laugier avaient présenté d'autres communications. Mais celle de Jobert présente un intérêt particulier puisqu'il fut le premier à essayer l'éthérisation.

Il commence, lit-on, dans le compte rendu des séances, par exposer les faits qu'il a observés. Son premier essai remonte au 15 décembre. Entrepris sur les indications d'un jeune médecin américain au moyen d'un flacon à double tubulure, il ne réussit pas.

A quelques jours de là, M. Jobert fit une nouvelle expérience sur une femme de trente-cinq ans : elle fut endormie en quatre minutes. Affectée d'une névralgie jambière, elle devait subir l'application du cautère actuel. On trace plusieurs raies de feu, la malade ne manifeste aucune souffrance. Revenue à elle, elle déclare que, loin d'avoir souffert, elle a fait un rêve agréable. On note l'accélération du pouls et le relâchement des muscles. La nuit suivante, agitation légère ; le surlendemain, attaque d'hystérie ; d'ailleurs aucune autre suite.

On expérimente le même jour sur un homme atteint d'une tumeur enkystée : le pouls s'accélère, la parole devient incohérente, les muscles se relâchent : il s'endort en dix-sept minutes. Un trocart plongé à deux reprises dans la tumeur, ne cause aucune douleur ; à son réveil le malade dit avoir fait un affreux rêve : agitation la nuit, complètement dissipée le lendemain.

Pour ces essais, M. Jobert n'avait à sa disposition qu'un flacon à double tubulure ; il emploie pour les suivants l'appareil de M. Charrière.

Une femme atteinte de deux fistules recto-vaginales consécutives à une maladie du rectum est soumise, durant quatre minutes, aux inspirations d'éther ; elle s'endort ; les muscles se relâchent ; la tête tombe sur la poitrine ; le visage pâlit et paraît se refroidir. Une double cautérisation avec le fer rouge est pratiquée : pas de douleur. La malade déclare à son réveil, n'avoir ressenti qu'une piqûre, et avoir été très heureuse pendant son sommeil. Remise dans son lit, elle éprouve un violent mal de tête ; la nuit est calme ; tout est effacé le lendemain.

Autre expérience : luxation de l'épaule sur un homme fort. Les inspirations d'éther commencent par accélérer le pouls, et amener une gaieté folle ; les muscles se relâchent ; perte de connaissance ; sommeil. On tente la réduction : cri violent. Le membre était remis. Revenu à lui au bout de quelques minutes, le malade ne se souvient de rien, il n'a rien senti.

On expérimente sur un homme atteint d'une fistule à l'anus : il éprouve du malaise ; il s'impatiente et refuse de continuer. On y renonce. Il éprouve le reste de la journée une agitation générale, des secousses dans les muscles, mal à la tête, phénomènes qui persistent pendant plusieurs jours.

Une femme avait un cancer du sein. Soumise à l'action de l'éther pendant treize minutes, il survient de l'agitation, de l'exaltation, mais pas de sommeil ni d'insensibilité ; elle souffre pendant l'opération. Le lendemain et les jours suivants, grand mal de tête, douleur à la gorge et chaleur dans la poitrine ; malaise général. Un érysipèle se déclare dans le dos ; elle meurt le douzième jour. A l'ouverture du corps, on trouve de la rougeur dans les bronches et un état d'engouement du poumon.

Sur une autre femme affectée d'une tumeur blanche du genou, quatre minutes d'inspiration produisent un état d'agitation d'abord, du sommeil ensuite, puis le relâchement des muscles et un froid prononcé. La malade est comme un cadavre : on pratique l'amputation à lambeaux ; on fait la suture, on panse, elle ne sent rien. Trois heures se passent sans qu'elle reprenne connaissance. Le soir, le pouls est encore peu sensible ; il y a mal de tête ; les bronches sont irritées. La nuit est mauvaise : réaction traumatique faible.

Cancer encéphaloïde du coude sur une femme. Sept minutes d'inspiration ; affaiblissement, puis abolition complète de l'intelligence, sommeil, insensibilité absolue, relâchement général des muscles. On ampute le membre. Au moment où on divise les chairs la malade se dresse tout à coup, mais machinalement et sans volonté. Revenue à elle, elle déclare n'avoir pas souffert ; elle ne se souvient de rien.

Un jeune homme, atteint d'une tumeur blanche du genou, devait subir l'amputation de la cuisse. M. Jobert le soumet aux vapeurs d'éther pendant quinze minutes : rien, de l'agitation seulement et beaucoup d'anxiété. On insiste. Au bout de vingt et une minutes, sommeil, amputation à lambeaux, ligature des vaisseaux, suture de la peau, pansement. Revenu à lui le malade dit qu'il a ressenti comme un coup violent ; mais il n'a pas souffert. Pas de réaction ; la plaie se réunit par première intention.

Aujourd'hui, M. Jobert a opéré l'enlèvement d'un sein cancéreux. Rendue insensible au moyen de l'éther, la malade n'a pas eu conscience de l'opération.

Après avoir ainsi raconté les faits qu'il a observés, M. Jobert en résume les circonstances. L'action de l'éther est constante et ne manque presque jamais. On peut toujours produire le sommeil ; mais il faut plus ou moins de temps, selon les individus et l'appareil employé. On peut, jusqu'à un certain point en graduer les effets depuis l'excitation jusqu'à l'exaltation et la stupeur. Ces effets présentent dans leur progression trois périodes : la première est marquée par une certaine agitation et l'accélération du pouls, la toux que provoque l'éther par son action sur les bronches ; la deuxième par de l'exaltation, de la loquacité et de l'incohérence dans les paroles, quelquefois le rire sardonique ; la troisième par un sommeil plus ou moins profond, une insensibilité absolue, le refroidissement, le relâchement musculaire, la petitesse du pouls ou son absence.

Tout porte à croire que l'éther inspiré agit sur le sang et le système nerveux. Pour M. Jobert c'est une véritable intoxication.

Ces conditions posées, M. Jobert demande quelles sont les opérations où il convient de recourir aux inspirations d'éther. Il les écarte pour les petites opérations, les opérations sans importance et peu douloureuses ; il n'en voit pas la nécessité : l'éther pourrait avoir plus d'inconvénients que les opérations elles-mêmes. Il les écarte également pour les opérations très longues : les effets de l'éther auraient disparu que l'opération ne serait pas encore terminée ; insister sur l'éther pour en prolonger les effets serait dangereux. Restent les opérations ordinaires, d'une durée moyenne et connue d'avance ; c'est à celles-ci que Jobert restreint les inspirations d'éther ; et encore faut-il y mettre une certaine réserve et éviter, autant que possible, d'aller jusqu'à la troisième période, à la période d'insensibilité absolue : il faut opérer à la fin de la seconde période, au moment de l'engourdissement : on évitera ainsi des malheurs possibles ».

Après d'autres communications de Blandin, Bouvier, Ferrus, Renault, Roux, Oudet, Malgaigne donna de nouvelles précisions.

« Sans doute, disait-il, les phénomènes ne sont pas absolument instantanés. Ils vont croissant jusqu'à ce que l'assoupissement soit produit, mais ils ne suivent pas une progression rigoureuse. Il est prudent d'éviter le degré extrême, ce degré où les malades ivres-morts semblent passés à l'état de cadavre. Il faut s'arrêter au simple sommeil.

Est-il vrai qu'il y ait une période d'hilarité ? M. Malgaigne ne l'a pas observée ; le sommeil est toujours le phénomène dominant.

(1) Velpeau, qui avait eu le premier connaissance de la découverte, mais qui avait refusé d'employer un moyen offert sous la condition d'un marché et sans qu'on lui en indiquât la nature, Velpeau, qui avait accueilli la communication de Londres avec la réserve que lui imposaient son âge et sa haute position scientifique, vint solennellement à l'Académie des sciences le 1er février 1847, en proclamer l'exactitude et l'importance et signaler les services qu'elle avait déjà rendus.

On ne parle que de succès : il faut cependant avouer qu'il y a des insuccès ; c'est-à-dire des cas où l'éther ne fait rien, même avec les meilleurs appareils. Dans ces cas, insister serait imprudent ; si au bout de vingt minutes on n'a pas d'effet, il faut y renoncer.

M. Malgaigne reproduit ici les remarques qu'il a présentées dans une autre séance, touchant l'état de certains malades, état singulier dans lequel la sensibilité générale étant conservée et la connaissance entière, il y a cependant insensibilité à la douleur.

Du reste, ajoute M. Malgaigne, il en est de l'éther comme du vin : l'ivresse qu'il produit varie infiniment, gaie ou triste, loquace ou taciturne, douce ou furieuse, etc. . selon les individus. Il n'y a pas deux cas semblables ; impossible dès lors de classer.

On avait dit que les yeux était largement ouverts pendant l'ivresse de l'éther, et on y voyait déjà un avantage pour certaines opérations. Malheureusement il n'en est rien ; s'ils sont ouverts quelquefois, ils sont fermés souvent.

Il en est de même de la résolution des muscles ; elle est loin d'être constante.

Il y a peu de réaction après les opérations, même les plus graves : ce point est un des plus importants à noter.

On a parlé de cas dans lesquels la sensibilité aurait été augmentée par l'éther. M. Malgaigne n'a rien vu de pareil ; il croit qu'il y aura eu erreur à cet égard.

M. Malgaigne termine par quelques considérations sur les appareils proposés ; il donne la préférence aux plus petits. Il faut avoir soin de renouveler l'éther chaque fois ; autrement on s'exposerait à n'avoir pas d'effet ; l'éther paraît y subir une décomposition ».

A partir de ce moment, l'usage de l'éther se répandait dans tous les hôpitaux de la capitale ; les doyens de la chirurgie, J. Cloquet, Roux, Laugier furent les premiers à donner l'exemple de l'enthousiasme,. Quelques voix discordantes cherchèrent bien à troubler ce concert d'éloges, mais elles ne furent pas entendues. De Paris, le mouvement se transmit à la province, les expériences furent partout répétées et donnèrent partout le même résultat. Alors une véritable fièvre de recherches et de publications s'empara du Corps médical ; les communications de tout genre allèrent pleuvant et, durant toute l'année, la presse médicale et les société savantes n'eurent d'autres préoccupations.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier 1929.

Fractures du calcanéum. — *M. Schwartz* rappelle que dès 190?, Morestin avait proposé l'intervention sanglante, sinon l'emploi de greffes ou de prothèse métallique.

Perforation de la vésicule biliaire. — *MM. Lamare et Larget* ; *M. Jean Berger* rapporteur. — Les auteurs communiquent une observation de perforation de la vésicule biliaire. Le diagnostic d'appendicite est posé. A l'ouverture du péritoine, de la bile s'écoule. MM. Lamare et Larget abordent alors la vésicule par une incision horizontale et par une cholécystostomie. Guérison en 25 jours.

Pseudarthroses traitées par des greffes. — *M. Dujarier* rapporte trois observations de *M. Aumont* (de Versailles). — Le premier cas concerne une femme opérée peu de temps après l'accident pour une fracture de jambe. Pseudarthrose. M. Aumont interpose un fragment de péroné entre les fragments tibiaux et fait une greffe ostéopériostique complémentaire. Pas de consolidation. Greffe d'Albec avec un fragment du péroné dédoublé. Greffe ostéopériostique. Consolidation.

Dans le 2e cas, M. Aumont, après une pseudarthrose à la suite d'ostéosynthèse de la diaphyse fémorable, reintervient par double greffe et guérit son blessé.

La 3e fois, il a utilisé encore la greffe mixte (Albee et Delagenière) et n'a pas encore, à l'heure actuelle, obtenu la consolidation.

M. Dujarier n'est pas partisan des greffes mixtes ; il ne croit pas utile d'ouvrir le canal médullaire pour obtenir la consolidation.

Gangrène par ligature de la fémorale commune. — *M. Moure* rapporte une observation de *M. Leibovici*. — Celui-ci est appelé après le début de la gangrène. Il décide l'expectative et voit se produire un sillon d'élimination sur l'avant-pied. Une opération de Syme suffit à guérir le malade, malgré la nécrobiose aseptique du triceps sural.

M. Leibovici dit qu'il semble que la gangrène frappe électivement certains groupes musculaires. L'opération économique tardive lui paraît donc préférable.

M. Métivet a observé dans un cas un peu analogue une nécrobiose complète du soléaire avec intégrité à peu près complète de tous les autres groupes musculaires du membre inférieur.

Rupture pathologique de l'artère iliaque externe. — *M. Moure* rapporte une observation de *M. Ferrari* (d'Alger). Le diagnostic de hernie étranglée est posé par le médecin. M. Ferrari incise une suppuration de la fosse iliaque. Une hémorragie se produit que l'auteur est impuissant à arrêter. L'autopsie montre la lésion.

M. Basset a vu un cas analogue et a pu sauver son malade.

A propos du couteau diathermique. — *M. Gernez* rappelle les différentes étapes franchies, depuis l'instrumentation de Doyen jusqu'au couteau actuel à ondes entretenues, qui supprime tout effet faradique.

M. Proust a vu Hanolley faire l'ablation typique du sein et il a pratiqué lui-même par ce moyen une opération de Halstedt, qui a malheureusement été suivie de phlébite.

M. de Fourmestreaux (de Chartres) a utilisé la diathermio-coagulation dans des cancroïdes superficiels, dans des cancers de l'utérus inopérables, et comme premier temps vaginal de l'hystérectomie élargie.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 janvier 1929.

Le reflexe glossique chez les pronogrades et les orthogrades. — *M. Pierre Robin* constate que le réflexe glossique labio-pharyngien chez les pronogrades est devenu, au cours de l'apparition du langage parlé, pharyngo-labial chez l'homme. Ce réflexe, un des plus récents dans l'évolution phylogénique, devient facilement déficient, déterminant ainsi la glossoptose dès le début de la fatigue ordinaire ou pathologique, asthénie, intoxication, asphyxie.

La séroréaction de Botelho dans le cancer. — *M. Jean Gagey* signale que la séro-réaction de Bothelo donne, tout particulièrement dans les cancers internes, des renseignements interessants. Il a constaté qu'après le traitement, l'état clinique a toujours coïncidé avec l'état sérologique chez un certain nombre de malades qu'il a suivis. Mais la réaction est fort délicate, et il y a quelques causes d'erreur.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes. — *M. Laquerrière*, dans une deuxième note, montre que les ondes alternatives à longues périodes qu'il a créées, excitent électivement les muscles les plus malades sans augmenter la tonicité des muscles sains ; qu'elles ne donnent que des excitations espacées, ce qui évite la fatigue ; enfin, qu'elles occupent le temps de repos par le passage d'un courant continu ayant une action puissante sur la respiration élémentaire du muscle et sur sa nutrition. Elles forment donc une gymnastique électrique du muscle très malade présentant des qualités tout à fait particulières.

Extraction de calculs de l'uretère par les voies naturelles. — *M. Luys* montre par des projections les différents procédés d'extraction des calculs de l'uretère par les voies naturelles. Grâce à la sonde urétérale « à ailettes » qui, introduite fermée audessus du calcul, peut alors s'ouvrir par un mécanisme spécial, il a pu, en retirant cette sonde, dégager de l'uretère un volumineux calcul et l'attirer dans la vessie d'un malade dont il rapporte l'observation.

A. Debidour.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 janvier 1929.

Eloge d'Alphonse Huguier, par M. *Jean Lanos*.

A propos de l'administration du sérum hyperchloruré par voie rectale. — M. *R. Bonneau*, après avoir communiqué un nouveau cas de guérison des grands vomissements post-opératoires par les injections intra veineuses de sérum hyperchloruré et rappelé la théorie de Blum de l'hyperazotémie venant compenser l'hypochlorurémie consécutive aux grands vomissements, montre par trois observations que le sérum hyperchloruré est mal toléré par le rectum.

Parasites intestinaux et colibacillurie. — M. *Léo* rappelle ses travaux antérieurs sur ce sujet et expose le traitement à appliquer en cas de lamblias.

Volumineux diverticule vésical infecté. Ablation. Guérison. — M. *Iselin* fait un rapport sur une observation de M. *Nora* (de Paris) dans laquelle on retrouve les signes cardinaux de cette affection d'origine congénitale : latence jusqu'à l'apparition d'un accident (dysurie ou infection) à un âge avancé ; miction en deux temps ; aspect cystoscopique particulier ; cystographies démonstratives. Dans son cas, l'auteur trouva un diverticule droit et postérieur qu'il extirpa par cystoscopie et voie extra-vésicale. Guérison en un mois.

Forme latente fébrile du cancer du gros intestin. — M. *H. Blanc* en communique deux observations et insiste sur l'intérêt qu'il y a à signaler cette forme pour éviter des erreurs de diagnostic et permettre d'opérer en temps utile.

Sur un cas de duplicité du bassinet et de l'uretère. — M. *Le Fur* communique l'observation d'une malade atteinte de cette malformation : seul le bassinet supérieur présentait de l'infection colibacillaire ; le bassinet inférieur donnait au contraire des urines absolument aseptiques. La malade guérit par la vaccination locale (bouillons-vaccins déposés directement au niveau du bassinet de la vessie malade).

Ablation d'un fibrome de 3 kgs 200 sur un utérus gravide de trois mois et demi. Continuation de la grossesse. — MM. *Devraigne* et *Arviset* communiquent cette observation. Le fibrome, largement sessile, remontait jusqu'à l'appendice xiphoïde. Guérison opératoire. La grossesse continue normalement.

Prix de la Société. — 1° Le prix *Dartigues* (prix de chirurgie générale) a été attribué à : M. *Antoine Damon* pour son travail intitulé : « *Etude d'un cas de rupture spontanée de l'artère fémorale après sympathectomie péri-artérielle.*

2° Le prix *Paul Delbet* (prix de chirurgie gynécologique) a été attribué à M. *Fritz Busser* pour son travail intitulé : *Sur un procédé simplifié d'hystérectomie abdominale.*

Elections. — Le Bureau de la Société est ainsi composé pour 1929. Président : M. *Blanc* ; Vice-président : M. *Lavenant* ; Secrétaire général : M. *Buizard* ; Secrétaire général adjoint : M. *Haller*, Secrétaire des séances : M. *Gresset*, M. *Le Gac* ; Trésorier : M. *Planson* ; Trésorier adjoint : M. *Burty* ; Archiviste : M. *Dufourmentel*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1929.

Spirochétose ictéro-hémorragique mortelle d'origine hydrique. — MM. *Aubertin* et *Poumailloux* rapportent l'observation d'un jeune homme de 17 ans qui, neuf jours après avoir passé plusieurs heures pieds nus dans un étang des environs de Paris, fut pris de fièvre et de courbature ; le lendemain survient l'ictère, puis six jours plus tard des hémorragies multiples (épistaxis, hématémèses et mélæna) avec purpura et retard considérable de la coagulation ; il existait de plus une azotémie de 3 grammes et un syndrome méningé avec réaction lymphocytaire ; la mort survint moins de 48 heures après le début des phénomènes hémorragiques. Le séro-diagnostic pratiqué par M. Petit, fut positif. Le foie était gros et d'un jaune foncé. Ce cas se distingue par sa gravité de la plupart des cas d'origine hydrique récemment publiés. La date de la contamination permet de fixer à neuf jours environ la durée de l'incubation. L'étang en question étant infesté de rats, l'origine murine ne peut toutefois être écartée. La recherche des spirochètes dans l'eau de l'étang n'a donné à M. Petit que des résultats négatifs.

Polynévrite pseudo-myopathique : déformations et troubles moteurs du type myopathique réalisés par une atteinte névritique diffuse prédominant au niveau des groupes musculaires lombo-dorsaux. — MM. *Th. Alajouanine*, *Marcel Thomas* et *M. Gopcevitch* présentent un jeune homme dont l'aspect morphologique rappelle celui des myopathiques (taille de guêpe, déformations du thorax, scapulæ alatæ) ; de même les troubles de sa démarche, sa façon de se redresser ou de se relever de la position couchée ressemblent de très près aux troubles classiques considérés comme caractéristiques de la myopathie progressive. Mais l'anamnèse, l'examen neurologique minutieux, l'examen électrique, permettent de rejeter le diagnostic de myopathie et de porter celui de névrite périphérique. En effet le début a été rapide après un épisode infectieux avec algies lombo-cervicales et ultérieurement des troubles moteurs ont commencé à régresser. D'autre part l'examen montre une parésie diffuse des muscles des quatre membres, plus marquée au niveau de la racine, très intense au niveau des muscles abdominaux, sacro-lombaires et cervicaux. Enfin l'électro-diagnostic révèle une réaction de dégénérescence diffuse, dont l'intensité correspond à la topographie de la paralysie. Les auteurs insistent sur cet aspect « pseudo-myopathique », de certaines névrites périphériques (que l'on peut observer aussi dans certaines poliomyélites) sur les raisons physiologiques de cette ressemblance morphologique, sur l'intérêt diagnostique et pronostique de tels faits, parfaitement curables. Ils discutent enfin l'étiologie de cette affection, qui s'apparente aux névraxites périphériques.

Sur un type clinique spécial en rapport avec une lésion progressive de la calotte du mésocéphale et de la région juxta-quadrigéminale. — MM. *Georges Guillain* et *N. Peron* présentent une malade dont l'affection se caractérise par un syndrome cérébelleux bilatéral progressif, ayant débuté il y a plusieurs années, où les troubles de la kinésie prédominent sur les troubles de la statique, par des mouvements involontaires myocloniques de la face et du petit doigt à gauche, par une paralysie des mouvements de l'élévation des yeux et des mouvements de convergence, par l'abolition des réflexes ponto-quadrigéminaux (réflexe optico-palpebral à la lumière et à l'approche d'un objet, réflexe cornéen). On ne constate aucun trouble pyramidal, aucun trouble sensitif, aucun trouble psychique. L'ensemble de ces symptômes se rapporte à des lésions du système dento-rubrique et de la région juxta-quadrigéminale. Les auteurs insistent sur l'abolition du réflexe optico-palpébral à la lumière et à l'approche d'un objet. Le réflexe optico-facial qui nécessite pour sa réalisation normale l'intégrité de la voie d'association unissant le relai des voies optiques au niveau des tubercules quadrijumeaux et le noyau du facial plus bas situé. L'abolition de ce réflexe optico-facial a une valeur localisatrice pour les lésions de la calotte pédonculaire juxta-quadrigéminale.

Dans le cas actuel, l'affection peut être considérée comme une atrophie progressive du système dento-rubrique avec lésions de la calotte mésocéphalique juxta-quadrigéminale.

Dosage colorimétrique des sels biliaires dans la bile et le liquide duodénal. — MM. ***M. Chiray, L. Cuny*** et ***A. Margotte***. — Afin d'instituer une méthode simple et rapide de dosage des sels biliaires dans la bile et le liquide duodénal, les auteurs ont étudié la réaction colorée décrite par Herzfeld et Haemmerli. Après avoir vérifié que, dans certaines conditions, cette réaction pouvait servir de base à des déterminations quantitatives, ils l'ont utilisée moyennant une purification convenable des milieux examinés, pour l'analyse de la bile et des liquides de tubage. De nombreuses expériences de contrôle ont montré l'intérêt des renseignements que la technique décrite permettra de recueillir.

Rhumatismes gonococciques traités par les lysats-vaccins. — MM. ***Besançon, Comte, Duchon, Bocquay*** rapportent une série de 26 observations de rhumatismes gonococciques relevées dans différents services de l'hôpital St-Antoine et toutes traitées par les lysats-vaccins, méthode vaccinothérapique étudiée par l'un deux.

Ces observations portent sur toutes les formes de rhumatisme blennorragique : formes arthralgiques, formes hydarthrodiales, formes plastiques de polyarthrites et pseudo-phlegmoneuses, arthrites purulentes.

De l'ensemble de ces observations, on peut déduire tout d'abord une activité incontestable sur l'élément douleur : la douleur, sous l'activité de la vaccinothérapie, s'atténuerait rapidement, l'immobilisation, de ce fait, se trouve raccourcie, et les mouvements spontanés réapparaissent rapidement, la tendance ankylosante se trouve, de ce fait, sensiblement réduite. De ces observations, une seule se termina par ankylose.

Les tumefactions se modifient, elles aussi, avec une certaine rapidité, toutefois, à cet égard, les formes hydrarthrodiales, plastiques ou suppurées réagissent de façons variables.

Si nous pouvons relever une activité incontestable, rapide pour les premières et pour les formes suppurées peu ou pas septiques, celles ou les gonocoques végètent en abondance répondent plus lentement.

Dans les arthrites suppurées septiques, il y a donc lieu d'envisager l'association de l'intervention chirurgicale et de la vaccinothérapie.

Dans les formes sévères, l'intervention des massages et de la mobilisation a toujours été associée dans la convalescence, et les auteurs soulignent l'importance de ces méthodes.

Toutefois, si la précocité de la mise en œuvre de ces méthodes leur paraît de toute première importance, le moment reste un point délicat : trop tôt, et l'on s'exposerait à réveiller l'état aigu, on risquerait des reprises ; trop tard, les difficultés de la « restitutio ad integrum » seraient plus grandes.

L'immobilisation pendant la phase aiguë leur semble indispensable, mais immobilisation surveillée qui permet de fixer l'heure de l'intervention des méthodes adjuvantes.

M. Jausion considère le lyso-vaccinothérapie comme une méthode très intéressante. Toutefois M. Jausion critique le rythme des injections. En pratiquant une injection tous les cinq jours au lieu de tous les jours, il a obtenu des résultats très satisfaisants.

M. Dufour rappelle que dans les formes avec hydarthrose, il a obtenu d'excellents résultats par l'injection de liquide retiré par ponction.

Accidents hémophiliques graves (hématome rétro-orbitaire, hématome du plancher buccal) arrêtés par la transfusion sanguine. ***M. P. Emile Weill*** rapporte l'histoire d'un grand hémophilo-hémogenique qui fit au cours d'une grippe deux hémorragies graves et spontanées à localisations exceptionnelles. L'une de ces hémorragies était un hématome du plancher buccal qui empêchait la déglutition, l'articulation de la parole et déterminait même de la gêne respiratoire. L'autre était un hématome rétro-orbitaire des deux yeux, qui étaient exorbités et dont la vision était presque supprimée, le malade percevant seulement la lueur du jour. Grand retard de coagulation et augmentation forte du temps de saignement. Grâce à une transfusion sanguine de 225 ccs., l'arrêt de ces hémorragies put être obtenu et tout rentra dans l'ordre en quelques jours. Le malade guérit en gardant la vision de ses deux yeux, dont l'un ne fut préservé de l'ulcération cornéenne et de la fonte purulente que par une tarsorraphie momentanée. Ce résultat est tout à fait remarquable, car l'hématome rétro-orbitaire des hémophiles entraîne pour ainsi dire fatalement la perte de l'œil, par lésion du nerf optique comprimé. Mais le traitement nécessaire (transfusion, ou injection de sérum) doit être appliqué le plus tôt possible après le début lent mais progressif de l'hémorragie.

Un cas d'érythème noueux avec phlycténisation et ulcération des nouures. — M. ***Marcel Garnier*** et ***H. Bardet*** rapportent l'observation d'un cas d'érythème noueux au cours duquel plusieurs nodosités se recouvrirent d'une bulle contenant des caillots sanguins et un liquide puriforme stérile. Sous les bulles apparurent des ulcérations peu profondes. Ces ulcérations guérirent rapidement et l'évolution de la maladie se fit dans les délais habituels. Ecartant l'idée d'une complication, les auteurs incriminent une intensité particulière du processus local.

Séance du 1er février 1929.

Sensibilisation au chloroplatinite de potassium. Accidents graves de choc survenus à la suite d'une cuti réaction avec ce sel. — ***MM. Pasteur Vallery Radot et Pierre Blamoutier*** rapportent un cas d'anaphylaxie au chloroplatinite de potassium. Ils présentent un homme de 45 ans qui manipule du chloroplatinite de potassium pour la fabrication des cônes de fumivores. Pendant quatre annees cet homme manipula ce sel sans présenter aucun symptôme anormal. Il quitta l'usine pendant deux ans. Puis il y revint. Deux mois après son retour, il eut de l'eczéma des mains et du cou, et, six mois après, des crises d'asthme avec hydrorrhée nasale et toux spasmodique, alors que sept autres personnes manipulant le chloroplatinite de potassium comme lui, dans le même atelier, étaient indemnes. Une cuti-réaction avec une solution alcoolique de ce sel à 1/50 donna une réaction ortiée de 3 cm. de diamètre. Une crise d'asthme violente put être déclenchée expérimentalement en faisant inhaler au malade de la poudre contenant la substance sensibilisante. Il s'agit donc bien d'un cas d'anaphylaxie au chloroplatinite de potassium.

Quelques jours après le déclenchement expérimental de la crise d'asthme, une nouvelle cuti-réaction fut pratiquée. Sur une petite scarification qui ne saigna pas on déposa 0 gr. 02 de chloroplatinite de potassium dilués dans une goutte d'eau. Trois minutes après le malade eut un goût amer dans la bouche. Il pâlit, eut une sensation très penible d'angoisse précordiale et l'impression de mort prochaine. On ne sentait plus son pouls. Bientôt sa peau se couvrit de sueurs. Il y eut une érection des pilo-moteurs sur toute la surface cutanée, qui s'accompagna de prurit généralisé. Puis se déclencha une crise d'asthme des plus pénibles. Sous l'influence d'injection d'adrénaline et d'huile camphrée éthérée faites dès le début de la crise, les phénoménes s'apaisèrent au bout de vingt minutes. Une heure après, la crise était complètement terminée.

Les auteurs insistent sur ces accidents dramatiques survenus à la suite de l'application de quelques milligrammes de la substance sensibilisante sur une scarification de la peau. Ils montrent avec quelle prudence il faut pratiquer les tests cutanés chez les malades sensibilisés ; on doit s'abstenir systématiquement des tests par injections intradermiques qui, dans un pareil cas, auraient provoqué un désastre et, *a fortiori*, ne jamais faire des injections désensibilisantes quand le malade présente une sensibilité particulièrement accusée au produit anaphylactisant.

M. Jausion signale qu'en injectant des doses thérapeutiques d'émetine à des infirmières sensibilisées à ce produit, on ne constate pas d'accident.

M. Flandin conseille d'employer des méthodes de désensibilisation générale.

M. Alajouanine rapporte son observation personnelle qui

montre qu'un sujet sensibilisé à une substance pendant plusieurs années peut se désensibiliser sans qu'il soit possible de savoir sous quelle influence.

M. Pagniez rappelle que l'administration de doses infinitésimales peut provoquer une réaction alors que de fortes doses ne provoquent aucun accident.

La méthode de Whipple comme thérapeutique adjuvante dans le traitement de l'hépatite aiguë amibienne. — *M. Vialard* signale les bons effets de la méthode de Whipple sur l'anémie qui accompagne l'hépatite aiguë amibienne.

Hyperchlorhydrie globulaire, hyperchlorhydrie bulbaire et acidose rénale. — *MM. H. Bénard, J. Lenormant et F. P. Merklen* étudient comparativement les modifications du rapport $\frac{\text{chloro globulaire}}{\text{chlore plasmatiques}}$ et de la réserve alcaline au cours des néphrites azotémiques :

a) Au cours des néphrites azotémiques, la diminution de la réserve alcaline, l'elevation du rapport chloré sanguin et l'hyperchlorhydrie bulbaire vont souvent de pair, mais il n'existe entre ces différents éléments aucun parallélisme rigoureux.

b) Au point de vue pronostic, l'élévation du rapport $\frac{\text{chloro globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ est loin d'avoir la valeur de l'abaissement de la réserve alcaline et de l'hyperazotémie.

c) Si l'augmentation du rapport chloré est dans nombre de cas un témoin commode de l'hyperchlorhydrie tissulaire au cours de l'acidose, elle ne nous semble pas un critérium certain de l'intoxication acide et elle ne permet pas à elle seule de juger de l'importance, ni même de l'existence d'une acidose rénale ; les variations notables de ce rapport chez les sujets normaux rendent par ailleurs difficile l'appréciation de ses variations pathologiques.

d) Dans certains cas, il y a discordance complète entre la surchage chlorée des hématies et celle du bulbe, l'hyperchlorhydrie bulbaire s'étant montrée plus constamment réalisée que l'hyperchlorhydrie globulaire au cours de l'acidose rénale.

Allocution de M. Bezançon à l'occasion du décès de M. Sicard.

René Giroux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1929.

La rage du coq. — MM. *Remlinger* et *J. Bailly* (de Tanger.) — Le coq est susceptible, après une période d'incubation qui peut être très courte ou très prolongée, de contracter la rage. Celle-ci peut se manifester sous les deux formes principales classiques, la forme furieuse et la forme paralytique. Il existe en outre, de nombreux cas frustes. Au cours de la rage furieuse le coq peut attaquer ses congénères, des animaux d'autres espèces ou même l'homme, et par ses coups de bec transmettre la maladie. On agira donc sagement en faisant suivre le traitement antirabique aux personnes mordues. Notons que la survie du coq est fréquente et n'est pas une preuve qu'il n'a pas été atteint de la rage.

Pancréas et activité cérébrale. — MM. *Santenoise, Vare Verdier* et *Vidacovitch.* — Les expériences des auteurs confirment que le pancréas exerce une action régulatrice sur la chronaxie des centres psycho-moteurs par l'intermédiaire du pneumogastrique et de l'appareil thyroïdien.

Esérine et appareil thyroïdien. — MM. *Régnier, Santenoise, Vare* et *Verdier* exposent des expériences étayant la conception de l'existence d'une innervation pneumogastrique de l'appareil thyroïdien

La fièvre typhoïde au Havre en 1928. — MM. *Loir* et *Legangeux* relatent une épidémie de fièvre typhoïde observée au Havre l'été dernier. Cette épidémie semble due à la consommation des moules crues dont la nocivité paraît bien démontrée. Sur 56 cas on a noté 21 décès. Cette forte mortalité constatée montre la virulence de la flore bactérienne développée dans ces moules. Des expériences de laboratoire pourront montrer dans quelles conditions cultive le bacille dans les moules.

De l'action de la substance thyroïde sur les organes féminins. — M. *Harno Hayashi,* doyen de la Faculté de médecine de Tokio, expose ses recherches expérimentales sur la question. Il traite de l'intoxicaution causée par la substance thyroïdienne, c'est à-dire de l'altération morbide des organes féminins due à l'hyperthyroïdisme expérimental, tout particulièrement de l'altération produite sur l'ovaire et la glande mammaire. Une petite quantité de substance thyroïde provoque au début une augmentation du poids de l'ovaire, mais son usage prolongé provoque ensuite son atrophie.

M. Hayashi pense que l'interruption de la grossesse et l'avortement précoce doivent avoir une relation avec la dégénération du corps jaune à la suite d'administration de thyroïde.

S'appuyant sur les travaux de MM. Mizuno et Asada, il conclut que le corps jaune n'a aucune action sur le cycle sexuel et qu'il en a plutôt sur le développement du fœtus. Cependant les travaux de M. Pierre Gley, dont M. Hayashi. a pris connaissance pendant son séjour en France seraient peut-être de nature à modifier son opinion.

Séance du 29 janvier 1929.

Transfusion du sang dans le cœur pour une entérorragie typhoïdique. Guérison. — MM. *Achard, Cournaud* et *Mlle Pichot* rapportent l'observation d'une femme de vingt-huit ans, atteinte d'une fièvre typhoïde dont le séro-diagnostic ne devint positif qu'au 52e jour, pendant une seconde rechute. Des hémorragies étant survenues au cours dé la première rechute, on avait fait des injections de sérum artificiel. Puis l'état devenant alarmant, on prépara une transfusion sanguine. Comme le collapsus des veines empêchait l'introduction veineuse et que la malade était mourante, 400 cc. de sang citraté furent injectés dans le cœur, au 3e espace, près du bord gauche du sternum. Le pouls reparut et l'amélioration fut rapide. On continua les injections de sérum artificiel et la malade guérit.

Ce mode de transfusion ne saurait être évidemment qu'exceptionnel et ne convient qu'en cas d'extrême urgence.

La fièvre typhoïde en 1928. Le rôle des champs d'épandage dans la propagation de cette maladie. — *M. Brouardel* présente des observations sur les cas de fièvre typhoïde qu'il a observés en 1928 : ces cas ont été plus fréquents chez la femme, ils ont atteint presque exclusivement les sujets non vaccinés antérieurement — le bacille d'Eberth a été seul en cause dans tous les cas depuis le mois de juin.

Le Dr Brouardel incrimine, comme cause d'une grande quantité de ces cas, des légumes cultivés dans les champs d'épandage de la banlieue, légumes destinés à être mangés crus ou cuits (la contamination est alors indirecte). Il rappelle, à ce sujet, qu'au début, l'épandage ne devait être fait que dans des terrains destinés au pâturage ou à des vergers, mais que peu à peu, en raison du gain formidable que comportait la culture des légumes, celle-ci se trouva généralisée.

Il mentionne l'enquête que fit le Dr Marchoux en 1928, et l'enquête qu'il fit lui-même pendant ces derniers mois et il rappelle la déclaration véhémente que fit Pasteur au Conseil d'hygiène de la Seine, le 9 mars 1888, alors que les champs d'épandage n'étaient encore qu'en projet. Pasteur déclara qu'au lieu de penser à détruire les germes, on proposait — non de les conduire à la mer où ils ne pourraient plus nuire — mais de les accumuler dans des champs situés aux portes de la grande ville et destinés à être cultivés. « Encore, si vous les laissiez stériles ! s'écriait Pasteur, vous ne seriez pas exposés à ramener les germes dans Paris ! »

Cette déclaration de Pasteur de 1888 est encore d'actualité ; M. Brouardel termine en déclarant qu'à son avis, les champs d'épandage devraient être supprimés, car ils constituent un grave danger pour la santé publique.

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Fractures.

Résultats comparés des traitements des fractures de la diaphyse fémorale par les méthodes non sanglantes et l'ostéosynthèse.

Si la thérapeutique de la plupart des fractures est actuellement fixée, le traitement des fractures de la diaphyse fémorale reste encore discutable. M. Cotta-Corda vient d'exposer (*Gazette des Hôpitaux*, 22 décembre 1928) les résultats de son expérience et voici ses conclusions :

1° Dans la réduction des fractures diaphysaires de cuisse, on doit viser à rétablir l'intégrité de l'axe du membre, mais aussi à empêcher le décalage par rotation externe du fragment inférieur.

2° Les éléments d'évaluation de l'incapacité peuvent se ranger sous les chefs suivants :

A. Eléments directement en rapport avec l'état anatomique;
Déformation ;
Raccourcissement.

B. Eléments résultant du retentissement de la fracture sur le membre :
Atrophie musculaire ;
Articulation du genou ,
Articulation de la hanche ;
Articulation du cou-de-pied.

C. Elément complexe dépendant des deux précédents :
La marche.

D. Eléments indépendants de la fracture :
Lésions associées ;
Age du sujet.

Le raccourcissement ne peut être inférieur à 3 centimètres qu'avec l'ostéosynthèse, mais il est un élément parfaitement corrigible et secondaire par rapport à l'atrophie musculaire et à l'état des articulations et surtout celle du genou.

L'atrophie musculaire et constante est toujours importante bien que difficilement mesurable.

Les lésions du genou sont fréquentes. Elles vont de l'ankylose et plus souvent de l'enraidissement à la laxité articulaire avec quelquefois association paradoxale des deux ordres de lésions.

La marche est un élément complexe dans lequel intervient l'état anatomique et fonctionnel du membre mais aussi l'etat psychique du sujet.

3° L'ostéosynthèse avec des résultats anatomiques parfaits donne un état fonctionnel souvent déficient.

On ne doit pas negliger qu'elle se grève de désastres, le plus souvent dus à des osteomyélites fracturaires persistant quelquefois après l'ablation du matériel de synthèse.

Elle donne :

A. Taux moyen d'incapacité : 48,6 p. 100, avec un taux de 36 à 40 p. 100 dans les cas avec raccourcissement nul.

B. Durée moyenne de la consolidation juridique : treize à quatorze mois.

4° Les méthodes non sanglantes (extension ou appareil plâtré), souvent appliquées de façon défectueuse, donnent dans l'ensemble de bien meilleurs résultats :

1° Taux moyen d'incapacité : 36,8 p. 100.
Ce taux s'abaisse à 30,3 p. 100 dans les cas non compliqués.
2° Durée moyenne de la consolidation juridique : sept mois.

D'ailleurs, lorsque le traitement est surveillé, et ici il faut rappeler l'utilité de l'appareil plâtré, il donne des resultats infiniment supérieurs.

5° Il n'est donc pas exagéré de conclure que l'ostéosynthèse dans les fractures diaphysaires de cuisse ne doit s'adresser qu'aux cas où les méthodes ordinaires échouent.
Irréductibilité.
Interposition musculaire ou fibreuse.
Fracture complexe à déplacements multiples.

Gynécologie.

De la conservation des connexions tubo-ovariennes dans le traitement des oblitérations du pavillon tubaire.

D'après MM. Villard et Labry (*Paris médical*, 15 décembre 1928) :

Il ne faut pas, au cours d'une intervention pour infection annexielle aiguë ou subaiguë, se hâter d'enlever les trompes si celles-ci sont encore perméables, car il s'agit de lésions inflammatoires susceptibles de régression et de guérison.

La salpingolysis devra être pratiquée de préférence à la salpingostomie toutes les fois que les conditions anatomiques le permettront et que le décollement des franges tubaires sera possible. En cas de lésions inflammatoires encore en évolution, l'asséchement de la trompe par aspiration sera particulièrement utile. Il y aura le plus grand intérêt à conserver au maximum les connexions tubo-ovariques.

Lorsque la salpingostomie sera seule réalisable, elle devra se rapprocher autant que possible de la salpingolysis, en s'efforçant de créer la néostomie au niveau de la cicatrice oblitérante du pavillon, et en conservant ou reconstituant une connexion tubo-ovarienne muqueuse.

Thérapeutique.

L'acétylcholine dans les sueurs des tuberculeux.

L'acétylcholine, est d'après MM. Villaret et Even (*Presse médicale*, 8 décembre 1928), la médication la plus puissante que nous ayons actuellement à notre disposition contre le sueurs persistantes des tuberculeux.

MM. Villaret et Even conseillent les petites doses : deux centigr. leur paraissent la dose habituellement suffisante, cinq centigr. celle à ne pas dépasser, si on ne veut pas obtenir un résultat contraire à celui qu'on recherche.

Donc, commencer par 2 centigr., pour les deux premières injections : si on n'obtient aucun résultat, passer à 5 centigr., pour les deux dernières.

Après la quatrième injection, si aucun résultat n'a été obtenu, il est inutile de continuer la médication.

Comme technique : dissoudre l'acéthylcholine, très fraîche et conservée en tubes scellés, dans 5 cmc. d'eau distillée, et pratiquer l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, de préférence une ou deux heures avant l'apparition présumée des sueurs.

Aucun incident n'est à craindre, à condition d'éviter l'introduction dans la voie sanguine. Aucune contre-indication.

Cœur.

Radiothérapie sympathique dans certaines affections cardiaques.

MM. Pruche et Bienvenue (*Bulletin médical*, 5 janvier 1929) ont enregistré quelques insuccès, surtout dans le cas où il existe un barrage pulmonaire (sclérose, emphysème) contre lequel il est impossible d'agir efficacement.

Il leur paraît actuellement hors de doute que :

1° La radiothérapie sympathique, appliquée suivant la méthode et la technique de Gouin et Bienvenue, est le traitement de choix de certaines formes de névroses cardiaques, celles qu'on appelle sympathiques, c'est-à-dire celle que l'on observe chez les sujets à réactions neuro-végétatives circulatoires franchement sympathicotoniques ;

2° La même radiothérapie sympathique agit efficacement sur la tonicité du myocarde : elle agit souvent seule et, dans tous les cas, renforce l'action de la digitale ou resensibilise le myocarde à l'action de ce médicament.

La radiotéhrapie de l'angine de poitrine.

Il est de règle, disent MM. Lian et Marchal (*Paris médical*, 1er décembre 1929), que la radiothérapie produise rapidement une grande amélioration de l'angine de poitrine.

La technique de choix consiste à faire des séances rapprochées (trois par semaine) où l'irradiation porte sur un champ étendu, intéressant deux séances sur trois la région du cœur et des gros vaisseaux, une séance sur trois les régions paravertébrales cervico dorsales ; les séances d'abord courtes (cinq minutes), atteindront peu à peu vingt minutes de durée.

Les contre-indications sont le mauvais état général, la grande insuffisance cardiaque, l'âge avancé. Toute exaspération des douleurs angineuses doit entraîner l'interruption ou la cessation du traitement.

Dans tout l'arsenal thérapeutique médico-chirurgical de l'angine de poitrine, la radiothérapie bien conduite paraît être la prescription qui a le plus de chances de provoquer rapidement une sédation importante et durable des crises angineuses.

Syphilis

La valeur des réactions sérologiques dans la syphilis.

Elle est très discutée, sinon niée par M. Flandin (*Presse médicale*, 8 décembre 1928).

« Jusqu'ici, dit-il, nous n'avons aucun test de laboratoire, aucun critérium clinique permettant de mesurer l'intensité d'une infection syphilitique, encore moins de prévoir son évolution. En un mot, contrairement aux illusions de Vernes, la syphilimétrie n'existe pas encore.

La seule chose que nous apprenne l'expérience, c'est que le traitement fait disparaître les accidents évolutifs et exerce une action préventive certaine.

Les réactions sérologiques apportent une aide précieuse pour dépister la syphilis ; à cela se réduit leur rôle et c'est déjà très beau. Mais se baser sur elles pour porter un pronostic et régler un traitement serait leur demander trop.

En face d'un malade, sachons ne poser le diagnostic de syphilis qu'à bon escient ; mais, ce diagnostic une fois établi, comme nous n'avons aucun élément de pronostic certain, proposons-nous, d'abord de le rendre non contagieux, ensuite de préserver son avenir. Aussi, après un traitement intensif, entretenons l'immunité par des traitements successifs, à intervalles convenables, sans jamais cesser complètement.

Cette conduite donnera moins de déceptions que l'affirmation d'une guérison dont nous ne possédons encore aucun critérium ».

La stovarsolthérapie dans la paralysie générale.

D'après MM. Sézary et Barbé (*Presse médicale*, 2 janvier 1929) c'est une méthode simple, dépourvue de danger, qui amélior les malades dans une proportion de 68, de 58 ou de 26 p. 100 des cas selon que l'on s'adresse à la forme avec excitations, avec affaiblissement intellectuel ou démence complète.

Elle provoque des modifications importantes des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien, réduit la réaction de Wassermann dans 34 pour 100 des cas, fait diminuer la leucocytose dans 73 pour 100 des cas et l'hyperalbuminose dans 47 pour 100 des cas. Mais l'amélioration ne porte pas toujours parallèlement sur les trois anomalies et rarement elle ramène le liquide céphalo-rachidien à un état complètement normal.

Et, fait curieux, les modifications biologiques n'ont aucun rapport constant avec les modifications cliniques.

L'échec des traitements arsenicaux prophylactiques.

Pour réunir les grandes chances de succès dans un traitement prophylactique, dit Gougerot (*Bulletin médical*, 26-29 décembre 1928) :

I. — Il faut un traitement intense à doses fortes allant jusqu'à 0,90 de 914 ou de sulfarsénol (0,015 milligr. par kilo de malade), espacements courts de 3 à 7 jours, doses totales fortes de 6 à 7 gr. si possible (0 gr. 100 par kilo de malade), arrêt aussi court que possible de 3 à 4 semaines, deuxième cure arsenicale, puis cure de bismuth et de mercure de 6 mois pour consolider. En un mot, nous l'exigeons aussi intense, aussi prolongé que si le chancre existait déjà. Il ne faut plus se contenter de ces traitements arsenicaux courts, préconisés au début, de 4 à 6 piqûres de 914, ne dépassant pas 2,50 à 3 grammes de 914.

II. — Il faut, dès le début, pour éviter les arséno résistances, associer autant que possible le bismuth à l'arsenic, par exemple faire dès la première cure une à deux injections bismuthiques entre chaque injection arsenicale et plus tard associer ou alterner bismuth et mercure dans les cures de consolidation.

III. — Il faut une surveillance prolongée, clinique et sérologique, des sujets ayant reçu les traitements prophylactiques de 2 à 4 ans suivant la date du début du traitement, donc aussi longue que si le chancre était apparu ; par exemple Bordet-Wassermann mensuel la première année, puis trimestriel la deuxième année ; il ne faut plus se contenter d'une surveillance de quelques semaines.

Car les observations de M. Gougerot lui ont prouvé que la syphilis traitée avant le chancre peut n'être pas éteinte et être simplement retardée, que l'on peut avoir tous les degrés de ces syphilis primaires retardées : — chancre habituel complet, c'est-à-dire avec adénopathie et Bordet Wassermann positif, — chancre, petit, sans ganglion, — adénopathie sans chancre, — séroréaction positive sans chancre ni adénopathie, etc. : il faut insister sur l'importance de ces syphilis décapitées.

Les observations de M. Gougerot prouvent aussi que cette surveillance doit être non seulement clinique, mais aussi sérologique, une observation montre qu'il faut pratiquer la réactivation avant d'assurer l'avortement de la syphilis ; il ne faut pas se contenter de Bordet Wassermann négatifs, même en série.

Ponction lombaire ou ponction sous-occipitale ?

M. Clément-Simon (*Bulletin médical*, 26-29 décembre 1928) a eu l'occasion de visiter à Rio le dispensaire Gaffrée-Guinle où l'on soigne exclusivement les malades atteints ou suspects de complications nerveuses de la syphilis.

Là, dit M. Clément-Simon, tous les dimanches, on examine le liquide céphalo-rachidien de 40 à 50 malades, après l'avoir recueilli non par ponction lombaire, mais *par ponction sous-occipitale*. Le spectacle n'est pas banal Les malades montent sur une table, se couchent sur le côté droit, la tête fortement fléchie de façon que le menton touche le sternum tout en restant bien exactement dans le plan sagittal. On touche la région à la teinture d'iode, sans raser les cheveux. Les points de repère sont pris. Ils sont faciles : on réunit par une ligne horizontale idéale les pointes des deux apophyses mastoïdes, et pas une ligne idéale verticale la protubérance occipitale externe et l'apophyse épineuse de l'axis. Le point d'intersection est le point où l'aiguille doit pénétrer. En voyant opérer le Dr Pires, on a l'impression que l'opération est facile. Il a bien voulu me prier d'opérer moi-même et je crois pouvoir dire, bien que j'aie manqué la première, que la ponction sous-occipitale est beaucoup plus facile que la ponction lombaire. L'aiguille doit être introduite obliquement en avant et en haut à la recherche du trou occipital. « Une fois la première résistance vaincue (septum médian séparant les muscles de la nuque), on rencontre une seconde résistance (la membrane atloïdo occipitale interne) A partir de ce point, Eshuchen (le promoteur de la méthode) conseille de ne pas introduire l'aiguille à plus de 1 cm. 1/2. La sensation est plus précise que lorsque l'aiguille traverse la dure-mère au cours de la ponction lombaire. Quand on perfore la membrane, les patients accusent, les hommes principalement, un mouvement presque convulsif, signe évident que l'on est en pleine citerne. Il est prudent d'arrêter la ponction si l'on ne rencontre pas avec l'aiguille le contact de l'occipital qui constitue le repère capital (Nonne). Pour Nonne et H. Hartwick, l'aiguille doit s'enfoncer à une profondeur qui varie de 3 à 8 cm., dont 1 cm. 1/2 pour la lumière du ventricule. Pour éviter que l'aiguille s'introduise trop loin, Nonne recommande de graduer l'aiguille en centimètres. *On doit absolument éviter de dévier de la ligne médiane.* »

Une fois le liquide retiré, le malade se lève et va se coucher sur le ventre pendant une heure, puis il retourne à ses occupations. »

Les accidents paraissent rares.

Un seul cas de mort a été signalé par Nonne qui avait fait 310 ponctions sous-occipitales. Il s'agissait d'une mort par hémorragie consécutive à l'atteinte de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, qui, au lieu d'être latérale, était flexueuse et déviée sur la ligne médiane, chez un vieillard de 79 ans, artério-scléreux.

L'hémorragie de la paroi, fréquente dans la ponction lombaire, est rare dans la ponction sous-occipitale. Pires ne l'a observée que 7 fois sur 405 cas et Nonne 5 fois sur 310.

Pour l'Ecole brésilienne le problème est résolu. La ponction lombaire est abandonnée au profit de la ponction sous-occipitale. Celle-ci est faite ambulatoirement sans aucun désagrément.

Pourquoi cette tolérance extraordinaire des malades pour la ponction sous-occipitale ? se demande M. Clément-Simon.

C'est probablement, dit-il, parce que la région sous-occipitale se prête moins à un drainage que la région lombaire. La dure-mère y est moins tendue et la pression y est basse, parfois négative dans la position assise ou debout, ce qui ne favorise pas l'écoulement subséquent du liquide. Cette pression négative est mise en évidence quand on pratique la ponction dans la position assise, car alors il faut aspirer le liquide.

Pires a fait des analyses comparées entre les liquides extraits par ponction lombaire ou par ponction sous-occipitale. Les résultats sont exactement concordants pour la réaction de Wassermann, les réactions colloïdales et les globulines. Quant à l'albuminose et à la lymphocytose, elles sont plus élevées dans le liquide lombaire, probablement par un phénomène de sédimentation.



NOUVELLES

Confédération des Syndicats médicaux français. — Le Dr Cibrie, secrétaire général, a adressé aux députés la lettre suivante :

Monsieur le Député,

Nous sommes avisés par nos Syndicats que de nombreux parlementaires declarent avoir voté la loi sur les Assurances sociales en mars 1928, d'accord avec le Corps médical en ce qui concerne l'assurance-maladie.

Ces parlementaires mal informés paraissent avoir été abusés par les déclarations faites à la tribune par les rapporteur et président de la Commission des Assurances sociales de la Chambre.

Quoi qu'il en soit, cette affirmation d'accord est totalement inexacte.

Au moment du vote de la loi, ministres et rapporteur ont supplié la Chambre d'approuver le texte élaboré par le Sénat sans y changer une virgule, afin d'éviter, avant les élections une « navette » qui n'eût pas permis de voter un texte avant la consultation du corps électoral.

Mais, ministres et rapporteur avaient promis de présenter, dès la rentrée des Chambres, un texte « rectificatif » dans lequel le Corps médical organisé espérait voir inscrites ses revendications essentielles.

Les rapporteurs affirmaient, par ailleurs, que ces revendications pourraient être inscrites dans le Règlem nt d'administration publique.

Or, les études préliminaires à l'élaboration de ce règlement, poursuivies par la commission nommée par le Ministre, ont démontré qu'il y avait incompatibilité e tre les dispositions de la loi et les désider ta reconnus légitimes du Corps médical. Et il semble bien (*Journal Officiel*, séance du 11-1-29) que ces dispositions ne soient pas inscrites dans le texte qui va être présenté au Parlement.

La Confédération des Syndicats médicaux français qui groupe les 17.000 médecins syndiqués de France et des Colonies a pour devoir de défendre la médecine et les médecins. Elle a conscience ce faisant, de défendre le malade, l'assuré futur, à qui elle veut que soit fournie une médecine probe.

Elle veut éviter que se reproduisent — multipliés — les scandales de la loi des Pensions ou des Accidents du travail.

Lors de la discussion à la Chambre, M. le Dr Gadaud, député — aujourd'hui sénateur — avait déposé les textes d'amendements qui modifiés sur certains points eussent donné toute satisfaction au Corps médical.

Alors la loi eût obtenu de nous tous une collaboration franche et totale.

Nous voulons espérer qu'une Chambre mieux informée modifiera — non certes dans l'intérêt pécuniaire du médecin —, mais dans l'intérêt de la valeur scientifique et morale de la médecine française et dans l'intérêt évident de l'assuré, la loi sur les Assurances sociales.

Dans le cas contraire, conformément aux décisions prises par le Congrès du 30 novembre 1927 et l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français du 7 décembre 1928, je suis mandaté pour vous informer que le Corps médical syndiqué, refusera sa collaboration à une loi qui, bonne dans son essence, est viciée à notre avis dans ses modalités d'application.

Nous vous supplions M. le Député, d'étudier attentivement cette importante question — vous verrez vite les motifs très noble qui ont déterminé les résolutions du Corps médical — et nous affirmons à nouveau que les conditions que nous exposons étant réalisées, notre collaboration sera toute acquise.

Elle sera, dans le cas contraire, refusée.

Hôpital Saint-Antoine. — En février et mars M. Ph. Pagniez fera chaque semaine, le samedi à 10 heures, une leçon dans son service.

Les trois premières seront consacrées à la pathogénie et au traitement de l'épilepsie. La première leçon aura lieu le 2 février 1929.

Union des médecins mutilés de guerre. — Le 16 décembre se sont réunis les membres de l'Union des médecins mutilés de guerre à l'effet de procéder au renouvellement du Bureau. Ont été élus : Président : Dr Landolt ; vice-présidents : Drs Schneider, Leroux, Villetard de Laguérie ; secrétaire général : Dr Fassina.

A l'unanimité, le camarade Landrin qui ne se présentait pas est nommé président fondateur honoraire.

Après la rapport du secrétaire général et le discours du camarade Landolt, qui remercie les membres de l'U. M. M. G. de l'avoir élu président, le Dr Ménétrel, trésorier, donne lecture du compte rendu financier.

Il remercie le trésorier-adjoint, Garnier-Claudon de son concours, et porte à la connaissance des membres présents que depuis la création de l'association, des secours assez nombreux ont été accordés à des camarades dans le besoin et à des veuves de médecins.

L'ancien bureau expose le résultat de ses démarches au Ministère des pensions, en faveur des emplois réservés aux médecins mutilés, et les membres présents décident de soutenir toutes les revendications des médecins mutilés de guerre.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — En ouvrant la session du Conseil supérieur, M, Pierre MARRAUD, ministre de l'Instruction publique, a prononcé l'éloge de M. Fernand Widal, membre de la section permanente du Conseil.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Dieudonné Fauvel (de Villeneuve-sur-Lot.)

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Delteil (de Saint-Pierre-d'Oléron), Quantin (de Toussieu), Malon (du Teilleul), Thibout (d'Epinay-sur-Seine.)

MARINE. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Bruhat.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Lelaidier et Pache.

— Réserve. *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Madon.

Au grade de chevalier. — M. le médecin de 2e classe Cumin.

COLONIES. — *An grade de chevalier.* — Titre indigène : M. Le Van An, médecin principal de l'Assistance médicale de l'Indochine.

AGRICULTURE. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Chambrin (de Plancoët.)

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — *Résultats du concours d'internat.* — Ont été nommés internes titulaires MM. DARNIS, DÉSORMEAUX, ASSELIN DE WILLIENCOURT, GAUTHIER, AMIARD et internes provisoires, MM. PHILIPPE et JAFFRÉ.

Questions traitées : 1° Epreuves écrites : *a*) Configuration extérieure et rapports de la vessie chez la femme : *b*) Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du col de l'utérus ; *c*) Symptômes, disgnostic et traitement de l'œdème pulmonaire aigu.

2° Epreuves orales : *a*) Fièvre typhoïde au 8e jour ; *b*) Pyélonéphrite gravidiqne. — Conduite à tenir en présence d'un blessé du crâne.

LES AFFICHES ILLUSTRÉES DES CHEMINS DE FER DE L'ETAT

Poursuivant leur effort pour le développement du tourisme dans les admirables régions qu'il desservent, les chemins de fer de l'Etat viennent de faire éditer une nouvelle série de six affiches artistiques, dont la désignation suit :

Rouen (*La grosse Horloge*) ; *Dieppe* (*Le Port*) ; *Lannion* (*Escalier de Brélevenez*) ; *Pornic* (*La Côte de Jade*) ; *La Rochelle* (*Entrée du Port*) *Bagnoles-de-l'Orme* (*Suisse Normande*).

Exécutées par des artistes de valeur, ces affiches, véritables tableaux, reproduisent des coins charmants de nos vieilles provinces si réputées de Normandie, de Bretagne et de Saintonge.

Ces affiches sont mises en vente au prix de cinq francs l'exemplaire, au Service de la Publicité des Chemins de fer de l'Etat, 20 rue de Rome à Paris, au Bureau des Renseignements de la gare de Paris-St-Lazare et dans les Bureaux de Tourisme des gares de Paris (St Lazare et Montparnasse).

En outre, le Service de la Publicité envoie gratuitement, à toute personne qui en fait la demande, la liste détaillée des affiches pouvant être vendues. Elles sont adressées à domicile contre l'envoi préalable de leur valeur, augmentée du prix du colis-postal, en mandat-carte.








JEMALT
WANDER

Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. — Cette Société a été fondée en 1914, année au cours de laquelle elle a reçu l'approbation ministérielle. Elle reste directement sous le contrôle de l'Association générale et de la Société centrale des médecins de France.

Président d'honneur : M. le professeur QUÉNU ; Président : M. le Dr SIREDEY ; Vice-présidents : Mme JAYLE et M. le Dr DARRAS ; Secrétaire général : M. le Dr APEL WATELET ; Secrétaire : Mme MARGAIN-POULALION.

Il y a deux catégories de membres participants : une première qui cotise pour la retraite pour la vieillesse, une deuxième qui ne cotise pas pour la retraite, ne paye aucun droit d'entrée et n'est tenue de verser qu'une cotisation annuelle de 10 francs.

Tous nos sociétaires qu'ils soient cotisants ou non cotisants pour la retraite et du fait qu'ils appartiennent à la famille médicale civile ou militaire, ont droit en cas d'infortune, de solliciter le secours de la Société. La Société leur donne toujours l'appui matériel et moral dans toute la mesure où il est possible de le faire.

Notre Société recueille chaque année un certain nombre d'orphelins de médecins desquels elle assure jusqu'à l'âge de 18 ans la totalité des frais d'instruction et d'éducation.

D'autre part certaines veuves de confrères laissées dans une situation particulièrement difficile touchent des subventions annuelles allant suivant les cas jusqu'à 1.500 francs pour une cotisation annuelle de 10 fr.

Nos ressources diverses comprennent les cotisations des membres bienfaiteurs, versement : 500 fr. ; membres honoraires perpétuels : 100 fr. ; membres honoraires, cotisation annuelle : 10 fr., et principalement les recettes du bal annuel de la médecine française qui assure la majeure partie des secours versés. Ce bal aura lieu cette année dans les salons de la mairie du Xe arrondissement.

Institut d'hydrologie et climatologie médicales de la Faculté de médecine de Lyon. — *Enseignement de l'hydrologie et de la climatologie médicales. Cours de perfectionnement.* — L'Institut d'hydrologie et de climatologie médicales organise un cours de perfectionnement d'hydrologie et de climatologie destiné :

1° Aux étudiants en médecine ou en pharmacie désireux de compléter leurs études sur ce point de thérapeutique.

2° Aux docteurs en médecine se spécialisant dans les cures climatiques ou hydro-minérales.

L'inscription est gratuite et comporte seulement l'engagement de l'assiduité aux différentes leçons et démonstrations pratiques.

Cet enseignement aura lieu du 15 au 27 avril 1929 et sera complété par un voyage d'études à Vichy et un autre voyage aux stations hydro-minérales et climatiques des Pyrénées-Orientales.

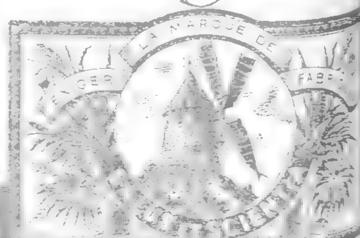
Les cours théoriques sont libres et ouverts à toutes les personnes s'intéressant aux questions d'hydrologie et de climatologie.

Quatre bourses de voyage de 400 francs seront accordées aux étudiants en médecine ayant suivi avec assiduité cet enseignement, après examen si le nombre des candidats est supérieur au nombre des bourses allouées.

Le programme détaillé est arrêté comme suit : 1° Semaine du 15 au 20 avril inclus : *Hydrologie et climatologie générales*. — Prof. BARRAL : Potabilité des eaux minérales, pollution, embouteillage. Analyse des eaux potables. Opérations chimiques effectuées à la source. Détermination rapide de la nature d'une eau minérale. Analyse chimique des eaux minérales (5 leçons avec démonstrations pratiques). — Prof. J. CLUZET : Etude physique des eaux minérales. Radio-activité des eaux minérales. Méthodes physiothérapiques employées auxiliairement dans les stations thermales, électrothérapie, électrodiagnostic, radiodiagnostic, radiothérapie, mécanothérapie, massages, (photothérapie, thermothérapie) (5 leçons avec démonstrations pratiques). — Prof. P. COURMONT : De la protection hygiénique des stations hydrominérales. Inspection et règlement d'hygiène des stations hydrominérales (2 leçons). — Prof. A. DOYON : Notion de physiologie indispensables à l'étude de l'action des eaux minérales (4 leçons avec démonstrations pratiques). — Prof. agrégé ROCHAIX : Des conditions de la pureté bactériologique des eaux minérales (2 leçons avec démonstrations pratiques). — Dr MILHAUD : Les gaz des eaux minérales : origine, composition, actions physiologiques et thérapeutiques (2 leçons).

2° Semaine du 22 au 27 avril inclus : *Hydrologie et climatologie thérapeutiques*. — Prof. F. ARLOING : L'anaphylaxie et son mécanisme. Anti-anaphylaxie. Maladies par anaphylaxie et cures hydrominérales (2 leçons avec démonstrations pratiques). — Prof. G. MOURIQUAND : Action des eaux minérales dans les maladies de la croissance, de l'enfance, des glandes endocrines. Action des eaux minérales dans les maladies de la nutrition (4 leçons). — Prof. A. PIC : Climats de montagne (grande et petite altitude), climats de plaine. Influences sur l'organisme, indications et contre-indications. Les stations de grande altitude, les sanatoriums d'altitude. Les stations de petite altitude (2 leçons). — Prof. PIERY : Effets et contrôle des cures hydrominérales. Action et contrôle de ces cures dans les maladies de l'appareil cardio-vasculaire. Echanges nutritifs et eaux minérales. Métabolisme des albuminoïdes et cures thermales. Les effets et le contrôle des cures climatiques. Cures climatiques et tuberculose pulmonaire. Le choix d'une cure hydrominérale dans la pratique médicale (exercices cliniques) (5 leçons). — Prof. P. SAVY : Les cures hydrominérales dans les maladies de l'estomac et de l'intestin. Les cures hydrominérales dans les maladies du foie et des voies biliaires. Héliothérapie, climat marin. Thalassothérapie (4 leçons). — Dr BONNAMOUR : Les cures hydrominérales dans les maladies de la cinquantaine (2 leçons). — Dr IMBERT : Pharmacologie des eaux minérales transportées (1 leçon).







BIBLIOGRAPHIE

La liberté en médecine depuis Louis XV jusqu'à nos jours, par Pr. GUERMONPREZ, 1 vol. in-8° raisin de 314 pages, Prix : 35 francs. Améd e Legrand. éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VI[e]).

A une époque, où les médecins, partout en France, se préoccupent d'une menace de fonctionnarisation, ce livre est une «leçon de chose ». Jamais les recherches historiques n'avaient été orientées dans ce sens. On savait que la liberté professionnelle avait subi des vicissitudes ; mais ce n'est pas sans surprise qu'on apprend les aventures, les secousses et surtout les grands exemples qui se sont succédés au cours des trois derniers siècles. Les contemporains sont tellement habitués aux cliniques dans les hôpitaux, que la genèse de ces institutions fondamentales est devenue trop lointaine pour être bien jugée. C'est la fondation de l'Académie royale de chirurgie qui a préludé à l'innovation des premiers lits de clinique. Les documents sont précis pour établir qu'il n'y a guère que cent cinquante ans ! D'autres renseignements montrent de quelle importance a été la Société royale de médecine. Un chapitre impressionnant explique ce qu'a été le bouleversement révolutionnaire pour tous les membres de la profession. Les faits et les textes sont palpitants. On s'intéressera naturellement à ce qui s'est fait au sortir du chaos de la Révolution. Dans un autre chapitre on apprend comment s'affirme le besoin de la liberté de l'enseignement et celui de la pratique de la médecine. C est presque une révélation de retrouver le principe dans la constitution de 1848, puis les controverses ardentes, passionnées, de 1849 et les grandes commissions de cette époque agitée. Tous ces grands souvenirs reprennent vie dans les controverses actuelles. Il faut les bien connaître pour comprendre ce qui se passe.

Livret de santé individuel, modèle du D[r] Armand BÉRAUD, médecin de la Crèche des hospices civils de la Rochelle, in-12, 80 pages sous pochette, 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6[e]).

Le *Livret de santé individuel* du D[r] Armand BÉRAUD, sera, sous une forme *simple*, un instrument précieux de documentation générale (avec ses courbes et barèmes normaux) et particulière, mis à la disposition des médecins d'administrations, d'œuvres, de stations climatiques, de pouponnières, d'écoles, de familles. *Avec sa pochette de protection et ses timbres de fermeture paraphés des médecins* il répond aux exigences du *secret professionnel*, mettant les renseignements confidentiels que contient le livret à l'abri des regards indiscrets quand il n'est plus dans les mains des parents ou de l'intéressé adulte.

D'un *format pratique et réduit* contenant pages 1 et 25 une courte notice explicative, avec ses *schémas* et ses *courbes de température* facile à annexer à l'*histoire médicale du sujet* (15 pages réservées) avec ses pages destinées aux examens spéciaux, sa pochette pouvant aussi abriter des feuilles d'analyse, lettres, etc... il est vraiment *complet et pratique*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Problèmes sociaux et biologie, par H. DAMAYE. in-16 : 12 fr, (Alcan)

La psychoanalyse des névroses et des psychoses. Les applications médicales et extra-médicales, par E. REGIS et A. HESNARD. 3[e] édit, revue. in-16 : 25 fr. (Alcan).

Conférences de clinique médicale pratique, par le D[r] Louis RAMOND. 7[e] série ; in-8, 480 p. : 30 fr. (Vigot)

Conférences d'hépatologie. Les grands syndromes, par le D[r] PARTURIER, in-8, 260 p. : 25 fr. (Vigot).

Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier, par le D[r] LIEK. Préface du D[r] G. WEISS, in-8 : 18 fr. (Payot).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 février. — M. Lieutaud. Les péricystites phlegmoneuses.

7 février. — Thèses vétérinaires. — M. Dervaux. L'élevage des animaux domestiques en Annam. — M. Rémy. Les intoxications d'origine alimentaire.

13 février. — Thèses vétérinaires. — M. Ferez. De l'importance de l'exploration rectale dans les coliques du cheval. — M. Dubois. Etude des fractures des phalanges chez le cheval.

14 février. — M. Chapireau. La loi allemande pour la lutte contre les maladies vénériennes. — M. Klein. Traitement de l'endocervicite chronique.

Le médecin et le fisc. Au Conseil d'Etat. — Le Dr Jeanx X., médecin sanitaire maritime au service d'une compagnie transatlantique avait demandé au Conseil de préfecture de la Seine-Inférieure, décharge des impositions locales établies au titre de la contribution des patentes auxquelles il a été assujetti sur les rôles de la ville du Havre.

Le Conseil de préfecture ayant refusé d'accorder la décharge de l'imposition, le Dr X défera la décision au Conseil d'Etat, qui faisant droit à sa requête, a annulé la décision du Conseil de préfecture. Donc, un médecin, commis à gages, qui n'a pas de clientèle particulière ne peut être imposé au titre de la contribution des patentes.

La gangrène. — *Le Temps* a publié à propos des scandales touchant les accidents du travail, les réflexions d'un médecin sur ce sujet à l'ordre du jour : « la gangrène médicale ».

Elle ne date pas d'hier, dit le correspondant du *Temps*. Voilà des années que des cliniques douteuses pullulent dans les quartiers industriels des grandes villes. Voilà longtemps — et cela bien avant la guerre, — que des médecins ne vivent que de l'exploitation éhontée des accidents du travail. Qu'a-t-on fait pour combattre cette exploitation ?

Les compagnies d'assurances avaient un rôle capital à jouer ; chaque jour il apparaît tel davantage. Ce serait leur faire injure que de prétendre qu'elles peuvent se désintéresser du péril. Sans doute, en face d'exigences et de frais de plus en plus élevés, elles ont la ressource d'augmenter leurs tarifs. Les surcharges retombent sur les industriels. Mais ils risquent d'en être écrasés et, si l'on n'y prenait garde, d'inéluctables solidarités économiques feraient expier l'erreur commise par de téméraires indifférents. Si toutes les prévoyances ne se liguent pas pour la lutte indispensable, la gangrène continuera de s'étendre, menaçant tout le corps social. Nul n'est à l'abri des répercussions d'une crise véritable des consciences.

Quelles dispositions sont à prendre ? Il n'est aucunement besoin d'un contrôle exercé par ces compagnies, fonctionnant de façon simultanée, permanente et minutieuse, dans toute la France. Un organisme d'exploration fortement constitué suffirait. Mobile, il agirait région par région.

Il dépisterait les fraudes. Il ferait le départ des médecins qui sont corrects, de ceux qui ne le sont pas et de ceux qui le sont le moins ; repérerait en même temps les faux accidentés ou les trop souvent accidentés ; il signalerait aux établissements toute intensité anormale, les mettrait ainsi opportunément en mesure, s'il y avait lieu, de mieux protéger contre les machines le personnel.

Grâce à cette enquête, mise au point tous les quatre ou cinq ans, par exemple, un fonds d'informations précises serait formé, où puiseraient les agents ordinaires des compagnies. Celles-ci, munies de ces renseignements, et résolues à les utiliser pour le bien public, engageraient facilement les poursuites nécessaires. Les cas ayant été judicieusement choisis, elles obtiendraient des sanctions décisives. Quelques affaires judiciaires énergiquement menées retentissant dans chaque région, feraient beaucoup pour la moralité générale.

D'autre part, les médecins corrects sont-ils toujours encouragés et soutenus comme ils devraient l'être ? La valeur du temps de guérison peut varier du simple au triple et au delà selon l'ardeur à remettre sur pied le blessé dans le minimum de temps. Qu'est-il fait pour stimuler ou pour récompenser cette ardeur ? A quand un appui pour des médecins ou des chirurgiens d'hôpitaux qui soignent tous les plus graves accidentés du travail, non seulement sans le moindre honoraire, même sans le moindre témoignage de reconnaissance ?

Où existe-il une publication largement répandue qui vulgarise dans le milieu médical les meilleures méthodes de traitement des accidentés alors que la moindre firme pharmaceutique distribue gratuitement des journaux bien rédigés ? Où la chaire de faculté, subventionnée par des compagnies d'assurances, qui étudie, enseigne, contribue à perfectionner ces méthodes ? A quand la diffusion des appareils de traitement modernes, nés de la guerre ?

Que de choses j'aurais à dire sur la façon dont les pouvoirs publics entretiennent et favorisent la gangrène, par des lois qualifiées de « sociales », oublieuses ou dédaigneuses de cette condition primordiale de tout exercice consciencieux de notre profession : le secret médical !

Dans vingt ans il faudra être riche pour s'assurer le secret médical : les pauvres n'y auront plus droit. Et, dans quarante, il faudra être malade très riche ou, politiquement, très pistonné pour obtenir le médecin fonctionnaire « quand il ne sera plus de service », ou « quand il aura tiré ses huit heures... » Mais ce serait trop long d'aborder ces questions.

Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance. (Hospice des Enfants Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — *Cours de perfectionnement* (*Pâques*, 1929), du 21 au 29 mars, sous la direction de M. le Professeur Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, médecin des hôpitaux, et des chefs de cliniques et assistants du service : Les notions actuelles en hygiène et pathologie du premier âge.

Chaque jour, de 9 h. 30 à 10 h. 45 : Visite des salles par M. le professeur Lereboullet ; à 10 h. 45, 16 h., 16 h. 45, leçons avec présentation de malades et exercices pratiques.

Programme des leçons. — Jeudi 21 mars, 10 h. 45, M. Lereboullet : Les lois générales de la physiologie et de la pathologie

du nourrisson ; 16 heures, M. SAINT-GIRONS : La coli-bacillose du nourrisson ; 16 h. 45. M. CHABRUN : La diphtérie du premier âge.

Vendredi 22 mars, 10 h. 45, M. CATHALA : Les classifications des affections digestives et des troubles de la nutrition ; 16 heures, M. CHABRUN : Les troubles digestifs des enfants nourris au sein ; 16 h. 45, M. BOHN : L'asthme des nourrissons. — Samedi 23 mars, 10 h. 45, M. LELONG : Les troubles digestifs des enfants nourris au lait de vache ; 16 heures, M. BOHN ; Les broncho-pneumonies du nourrisson et leur traitement actuel ; 16 h. 45, M. SAINT-GIRONS : L'anaphylaxie alimentaire et les troubles liés à l'abus des farines. — Lundi 25 mars, 10 h. 45, M. LEREBOULLET : La aténose du pylore du nourrisson ; 16 heures, M. LELONG : Hyperalimentation et hypoalimentation : les régimes carencés ; 16 h. 45, M. BRIZARD : Les eczémas du nourrisson. — Mardi 26 mars, 10 h. 45 : M. CATHALA : Indications et mode d'emploi des différents laits dans la diététique du premier âge ; 16 heures, M. GOURNAY : Le diabète dans la première enfance : 16 h. 45, M. DETROIS : Les selles du nourrisson. Etat actuel de la question. — Mercredi 27 mars, 10 h. 45, M. LELONG : Les formes cliniques et le diagnostic de la tuberculose du nourrisson ; 16 heures, M. BRIZARD : La syphilis du nourrisson (première leçon) ; 16 h. 45, M. ROUDINESCO : Spasmophilie et tétanie. — Jeudi 28 mars, 10 h. 45, M. CATHALA : Le problème de l'alimentation sans lait dans la première enfance ; 16 heures, Mme DOLLFUS ; Notions récentes sur le rachitisme (étiologie et pathologie) ; 16 h. 45 : M. CHABRUN : Les infections aiguës du premier âge et leur prophylaxie. — Vendredi 29 mars, 10 h. 45 : M. LELONG : La tuberculose du nourrisson : le B. C. G. ; 16 heures, Mme DOLLFUS : Les traitements du rachitisme ; 16 h. 45 : M. BRIZARD : La syphilis dn nourrisson (deuxième leçon.)

N. B. — Les leçons porteront surtout sur les progrès récents réalisés dans les divers sujets traités ; elles seront complétées par l'exposé quotidien fait au cours des visites par le professeur Lereboullet et par l'examen direct des malades. Un certificat sera délivré à la fin des cours. S'inscrire à la faculté (le droit à verser est de 250 fr.)

La grippe en Angleterre. — En raison de l'épidémie de grippe en Angleterre, les compagnies d'assurances font des affaires d'or, disent les journaux quotidiens. Elles ont décidé d'élever les primes d'assurance à 2 shillings 6 pences, soit un peu plus de 15 francs ; moyennant cette somme, toute personne assurée recevra 5 livres sterling (625 francs) par semaine, pour une période ne dépassant pas quatre semaines, en cas d'incapacité de travail résultant d'une attaque de grippe.

Dans la dernière semaine de janvier, on a enregistré 652 décès dus à la grippe contre 321 la semaine précédente. Les journaux quotidiens disent également qu'on vient de reprendre une ancienne cérémonie du culte de Saint-Blaise, ce saint étant, dit-on, « protecteur de la gorge », des centaines de gens se présentent à l'église de Saint-Blaise ; l'église de Saint-Ethocreda, pour s'y faire bénir la gorge !

Comité consultatif de santé militaire. — La composition du Comité est fixée ainsi pour 1929 :

Président : M. le médecin général inspecteur TOUBERT.

Membres titulaires : MM. les médecins généraux inspecteurs LANNE, DOPTER, MAROTTE, BARON, AUDIBERT, les médecins généraux SACQUÉPÉE, SAVORNIN, ROUVILLOIS, BOYÉ ; le pharmacien général GAUTIER.

Membres consultants : MM. les professeurs ROGER, QUÉNU, WALTHER et BEZANÇON.

Membres militaires : MM. LAHAUSSOIS, RUBENTHALER, PLISSON et BRETEAU.

Facultés de médecine. — Sont nommés, à compter du 1er février 1929, professeurs des facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités des départements ci-après désignées :

Lille. — Chaire de thérapeutique : M. INGELRANS.

Montpellier. — Chaire d'oto-rhino-laryngologie : M. TERRACOL ; chaire de gynécologie : M. RICHE.

Association amicale des anciens médecins des corps combattants. — L'Assemblée générale de l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants se tiendra le samedi 16 février, à 18 h. 30, au Foyer médical international, 10, avenue d'Iéna, et sera suivie d'un dîner qui sera présidé par M. Scapini, président des aveugles de guerre.

Pour tout renseignement, s'adresser au Dr Rémy NÉRIS, secrétaire adjoint, 74, rue du Rocher, Paris-9e.

Hôpital Saint-Louis. — *Conférences de clinique chirurgicale pratique.* — Le Dr F. M. CADENAT commencera une série de leçons cliniques pratiques avec présentation de malades et schémas.

Ces leçons se feront dans le service, le samedi, à 11 heures. La première aura lieu le samedi 2 février.

Les « pharmaciens bibliophiles ». — Fondé sous les auspices de la Société d'histoire de la pharmacie, le nouveau groupe des « Pharmaciens bibliophiles » vient de se donner un président : M. Léon COMAR ; deux vice-présidents : MM. BEYTOUT et André BERTAUT ; un secrétaire : M. E.-N GUITARD ; un trésorier : M. L. SERGENT ; deux commissaires : MM. OLIVIER et TORAUDE. Il publiera tous les ans pour ses membres, dont le nombre est strictement limité, un bel ouvrage de luxe. On parle, pour le premier de la série, d'une comédie de Molière richement illustrée.

La librairie Guitard, 6, passage Verdeau, Paris-9e, répondra à toute demande de renseignements concernant la Société d'histoire de la pharmacie et l'Académie des pharmaciens bibliophiles.

Hôpital Saint-Michel. — L'hôpital Saint-Michel fait paraître, à partir de janvier 1929, sa revue.

Elle publiera tous les deux mois un compte rendu de la vie si active de cet important centre hospitalier, des articles originaux, une importante revue des livres, des Sociétés savantes, des revues. Secrétaire général : Dr Maurice DELORT ; secrétaire de la rédaction : Dr MARQUER.

Associations des Médecins des corps combattants, des Médecins de l'avant et de l'Union des médecins mutilés de guerre. — Ces associations nous adressent le communiqué suivant :

Les représentants des Associations suivantes : Association des anciens médecins des corps combattant; des Médecins de l'avant, de l'Union des médecins mutilés de guerre, réunis le 18 novembre 1928, regrettent que les fondateurs de l'Association dénommée : « Association nationale des médecins mutilés et réformés de guerre » se soient laissés aller dans leurs communiqués d'assemblée générale, à des propos malveillants contre des confrères qui auraient dû leur inspirer sinon de la considération, mais tout au moins une affectueuse estime.

Fidèles au souvenir de leurs camarades tombés au champ d'honneur à leurs côtés et dont ils veulent être les représentants, animés de l'esprit qui guide tous les anciens combattants, fiers d'avoir été au feu, ils conserveront jalousement à leurs Associations le caractère *particulariste* qui leur est reproché, et que justifierait, à défaut de ces obligations, les abus que peut parfois couvrir l'application de la loi sur les pensions.

Cependant, médecins avant tout, ils témoigneront toujours leur sympathie et leur dévouement à toutes les victimes de la guerre.

Ils s'étonnent donc qu'une société, dont la plupart des membres avouent n'avoir été mobilisés qu'à l'intérieur, prenne le titre d'Association de mutilés de guerre, et risque ainsi de créer une équivoque devant le corps médical et devant tous les anciens combattants, équivoque dont pourraient être victimes les véritables mutiles.

Le président de l'Association des anciens médecins des corps combattants : Dr Clovis VINCENT ; pour le président de l'Association des médecins de l'avant : Dr de MÉDEVIELLE ; le président de l'Union des médecins mutilés de guerre : Dr LANDOLT.

Nécrologie. — M. le Dr Georges LECLON, médecin radiologiste depuis vingt-six ans à la Conception, vient de mourir, après de longues souffrances, victime des rayons X. M. Ferdinand Bouisson a demandé à M. le Ministre du travail d'accorder à ce médecin, victime du devoir professionnel, à titre posthume, la croix de la Légion d'honneur. — M. le Dr JULLIARD, de Châtillon-de-Michaille (Ain), président de l'Association générale des médecins de l'Ain, décédé à l'âge de 75 ans.

BIBLIOGRAPHIE

La réaction thermidorienne, par Albert MATHIEZ. Un volume in-8° carré (14×22) 328 pages, 16 planches hors texte en phototypie, Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris, V°. Broché 40 fr.

Pour la première fois, dans ce livre, on trouvera un exposé d'ensemble, complet et fouillé, des quinze derniers mois de la Convention nationale, sacrifiés d'ordinaire par les historiens de la Révolution.

M. Albert Mathiez, avec sa clarté coutumière, a retrouvé le fil des intrigues et des entreprises des partis qui se sont heurtés dans une mêlée tumultueuse. Il montre comment et pourquoi les Thermidoriens ont détruit peu à peu, pour des fins personnelles, l'œuvre du grand Comité de Salut public, comment et pourquoi ils se sont promptement divisés et combattus, quelle place considérable a tenue dans les événements le procès de Carrier qui fut le signal de la réaction contre les hommes de l'An II, de la dépanthéonisation de Marat, le rappel des Girondins, de l'amnistie des Chouans et des Vendéens, de la réouverture des Eglises, etc.

Il retrace la terrible crise de misère qui suivit la suppression du « maximum » et provoqua les émeutes du 12 Germinal et du 1er Prairial avec leurs conséquences : le supplice des derniers Montagnards, le désarmement et l'incarcération de tous les agents de l'ancien gouvernement flétris officiellement du nom de terroristes, les massacres de la Terreur blanche, la nouvelle prise d'armes des royalistes de l'Ouest, avec son dénouement à Quiberon.

Ce dramatique tableau se termine par l'étude de la Constitution de l'an III et par le récit de l'émeute du 13 Vendémiaire dirigée contre les Conventionnels qui, par leur décret sur les deux Tiers, se sont imposés de force au suffrage populaire et sont devenus les *Perpétuels*.

Il est difficile de résumer le contenu d'un ouvrage aussi riche et vivant. Il faut le lire pour en découvrir et en apprécier toute la substance historique la dramatique puissance. Seize planches hors texte, choisies parmi les documents les plus caractéristiques de l'époque, en accroissent encore l'intérêt.

TRAVAUX ORIGINAUX

Mélanodermie d'origine splénique

Par M. LOEPER, J. RAVIER et A. LESURE.

Dans plusieurs communications, nous avons montré dans quelle mesure le soufre entrait dans la constitution de la mélanine et quel rôle il pouvait jouer dans sa formation ou sa coloration (1).

Nous avons dit que ce soufre provenait souvent de l'hémolyse et qu'ainsi le pigment soufré avait souvent la même origine que le pigment ferrugineux, bien que sa composition chimique fût très différente (2).

Un cas publié en juillet, à la Société des Hôpitaux, de cirrhose pigmentaire agrémentée des deux pigments nous avait paru très suggestif (3).

D'autre part, la rate est un foyer de destruction hématique extrêmement actif. Elle met en liberté du fer qu'on retrouve dans ses éléments cellulaires. Ce fer va certainement au foie, bien que l'on ne puisse à coup sûr en déceler l'excès dans le sang de la veine splénique.

Elle met en liberté aussi du soufre et des amino-acides (nos recherches et celles de Delaunay l'ont prouvé) et ce soufre et ces amino-acides se retrouvent en excès dans le sang afférent de l'organe.

Ces deux ordres de substances sont bien faites pour réaliser par leur essaimage dans l'organisme deux pigments mélanique et ferrugineux. Nous croyons pouvoir apporter dans ce travail une nouvelle preuve de cette réalisation grâce à l'étude d'un cas de splénomégalie hématophage avec mélanodermie.

Le voici :

Il s'agit d'un malade âgé de quarante et un ans, entré à l'hôpital Tenon le 6 mai 1928 et qui présente, depuis quelques mois, des douleurs thoraciques, des sueurs nocturnes et un amaigrissement rapide.

L'examen, d'ailleurs, fait percevoir des râles humides au sommet gauche et l'expectoration est bacillifère.

Mais l'attention est attirée par la pigmentation qui est très marquée à la face, aux creux axillaires, aux organes génitaux et à la région lombaire.

Bien plus, elle affecte également les muqueuses : la face interne des joues, les gencives présentent des taches ardoisées et la langue est décorée d'une large tache bleutée qui occupe la partie latérale gauche et respecte la base et la pointe de l'organe.

Il n'y a pas de taches pigmentaires de la muqueuse génitale. Les ongles sont normaux. Les poils sont particulièrement foncés au pubis.

Cette pigmentation remonte à de longs mois.

Le malade n'accuse aucun signe d'insuffisance surrénale. La tension est normale, 13 1/2 6 ; les douleurs lombaires font défaut, ainsi que les troubles digestifs et la constipation. La lassitude n'a rien qui dépasse ce que doivent produire l'état fébrile et les lésions pulmonaires, et la force musculaire reste à peu près normale.

Par contre, le foie dépasse les côtes d'un travers de doigt.

La rate est nettement percutable sur quatre travers de doigt, mais elle est à peu près impalpable.

(1) M. LOEPER, OLLIVIER et DECOURT. — Le soufre et la mélanodermie des cirrhoses. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1926.)

(2) M. LOEPER, DECOURT et R. GARCIN. — Les déchets soufrés de l'hémolyse. (*La Presse médicale*, octobre 1928.)

(3) M. LOEPER et J. RAVIER. — Les deux pigments du diabète bronzé (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, juillet 1928.)

La tuberculose pulmonaire prend en août une allure rapide et le malade meurt le 26 septembre.

L'autopsie montre une tuberculose pulmonaire à forme broncho-pneumonique et d'apparence subaiguë ; les glandes surrénales sont intactes : il n'y a pas de ganglions dans la région solaire ; le péritoine est normal et ne présente aucune trace d'inflammation. Le foie a les allures d'un foie cardiaque ; la rate est volumineuse, lisse, assez résistante au couteau.

A l'examen microscopique, il apparaît nettement que *seuls le foie et la rate présentent des lésions importantes* et que ces lésions seules méritent d'être considérées avec soin.

A un faible grossissement, la rate est très normale :pas ou peu de corpuscules de Malpighi ; pulpe remplie de cellules mononucléées, sans éosinophiles, presque sans polynucléaires : îlots semés de place en place de tissu scléreux plus ou moins fibrillaire, parfois allongés, parfois arrondis; cloisons conjonctives très denses à la périphérie ; petits infarctus où l'on reconnaît des hématies désintégrées ; épaississement des parois vasculaires ; ordination en certains points des éléments cellulaires en bulbe d'oignon, centrés par une zone claire légèrement granuleuse et presque *caséeuse*. Enorme proportion de macrophages de volume variable, bourrés à éclater de pigments jaune, jaune brun ou noir, disposés en bloc ou en granules absolument opaques ; une ou deux *cellules géantes*.

C'est une rate pigmentaire, comme on en voit dans les grandes hémolyses. Le pigment est partiellement soluble dans la potasse et les acides. Avec le ferrocyanure, certains blocs se teintent en bleu de Prusse, d'autres gardent leur coloration première. Il y a donc dans cette rate, à côté de détritus sanguins, nettement reconnaissables, des blocs pigmentaires de *rubigine* et des granules plus fins qui ont toutes les propriétés de la *mélanine*.

Fait intéressant, le pigment mélanique saupoudre même l'endothélium de certains vaisseaux.

Ce pigment ne reste pas confiné à la pulpe splénique. On le retrouve dans le sang des grosses veines et de la veine splénique, toujours avec ce double caractère de pigment ferrugineux ou de pigment mélanique dont les grains se trouvent côte à côte.

On le retrouve aussi dans le foie où il semble apporté par la veine splénique. Il se répand autour des espaces portes et apparaît à la fois dans le tissu conjonctif, inclus dans les macrophages, dans des cellules qui ont toute l'allure des cellules de Kupfer et aussi dans les éléments cellulaires eux-mêmes.

Les mêmes différences de coloration ou de non coloration par le ferrocyanure, la même résistance partielle aux acides et aux alcalis, permettent de différencier dans le foie aussi deux variétés de pigments.

Par ailleurs, ce foie est un foie cardiaque en partie graisseux, la graisse voisinant parfois dans une même cellule avec le pigment et se modelant sur lui.

Nous avons alors recherché ces deux variétés de pigments dans la surrénale et les y avons aisément décelés. La couche réticulée des surrénales est, sans contestation possible, infiniment plus pigmentée qu'à l'état normal, et, comme dans les surrénales de certains animaux injectés de sang, nous avons pu déceler à côté du pigment habituel des amas assez nombreux, intracellulaires, de pigment ferrugineux.

Nous avons enfin coupé l'épiderme de la langue et pu voir que la couche profonde de Malpighi était anormalement pigmentée, ainsi que la couche profonde des cellules de la langue et même les papilles du derme sous-jacent.

Voilà donc une affection dans laquelle une grosse rate hématophage lance dans la circulation splénique le pigment

ferrugineux et mélanique dont elle est remplie. Ce pigment imprégne d'abord le foie, puis se répand dans l'organisme pour créer la mélanodermie et la mélanoglossie.

***

Nous avons montré dans plusieurs articles que le pigment mélanique était riche en soufre tandis que la rubigine était riche en fer. Des dosages que nous avons pratiqués nous ont permis de conclure que, dans la splénomégalie mélanodermique dont il est question ici, le soufre et le fer étaient parallèlement accrus.

Dans la rate, on trouve :

12,60 de fer pour 1.000 de substance sèche ; 2,80 de soufre.
Dans le foie :
10,67 de fer ; 1,18 de soufre.
Dans la surrénale :
17,11 de fer ; 2,27 de soufre.
Dans la peau :
4,66 de fer ; 1,60 de soufre.

Tous ces chiffres, à part le dernier, dont la faiblesse tient certainement à la préparation qu'avait subie la peau, représentent pour chaque organe et chaque substance plus du double des chiffres normaux. Avec notre nouvelle méthode de dosage, en effet, la surrénale, en particulier, donne seulement 1,05 à 1,42 de soufre.

Mélanine et rubigine semblent donc la conséquence de l'hématophagie splénique et le terme de splénomégalie mélanodermique nous semble convenir très exactementt à l'affection que nous étudions.

En existe-t-il d'autres cas ?

En parcourant la littérature médicale, nous avons pu relever quelques observations semblables. Tout d'abord celle de Gandy et Gouraud (1), dont on a tant parlé au sujet de la mycose splénique et que les auteurs présentaient sous le titre de mélanodermie biliaire du type addisonien.

Cliniquement, le malade avait eu des crises douloureuses spléniques et des poussées d'ictère. Mais anatomiquement, l'étude ne porte guère que sur les fameux nodules fibroïdes que les travaux de Nanta, de Gamna, de Weil ont si bien mis en valeur.

En 1899, Rendu et Widal (2) ont publié un cas de polyglobulie avec masque pigmentaire et splénomégalie. Le foie présentait des lésions bacillaires et était riche en pigment.

Moutard-Martin et Lefas en juin 1899 (3) ont également cité un malade atteint de mélanodermie, de splénomégalie et de polyglobulie chez qui l'autopsie montra des amas pigmentaires de la rate. Monneret, bien antérieurement, parle d'un malade au teint terreux, à la rate énorme et remplie d'hémorragies, et plus récemment Weil s'appuyant sur une observation de Gamna isole une forme mélanodermique de la mycose splénique.

Ces différents types de mélanodermie avec splénomégalie n'ont pas tous la même origine. Ici, la tuberculose, là, la mycose et peut-être encore d'autres facteurs toxiques et microbiens.

La *tuberculose* semble le facteur le plus fréquemment signalé. Et c'est aussi à la tuberculose que nous attribuons la splénomégalie de notre malade : d'abord, parce que son poumon présentait de manifestes lésions bacillaires et dont certaines étaient peut-être anciennes ; ensuite, parce que son foie montrait quelques granulations tuberculeuses authentiques avec fort belles cellules géantes ; enfin parce que cette rate avec ses amas de cellules en oignon, ses zones de dégénérescence répond assez au type décrit dans quelques tuberculoses de la rate, qu'enfin il y avait une ou deux cellules géantes indubitables.

(1) Gandy et Gouraud. — Mélanodermie biliaire à type addisonien avec splénomégalie. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 4 juillet 1902 *Societ anatomique*, 1ᵉʳ décembre 1905.)

(2) Rendu et Widal. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 2 juin; 1899.

(3) Moutard-Martin et Lefas. — Tuberculose de la rate. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 9 juin 1899.)

***

On sait qu'il existe au point de vue de son retentissement hématique deux variétés de tuberculose splénique, la première anémique, la deuxième polyglobulique. Nous classerions assez volontiers notre observation dans un troisième groupe, celui des *tuberculoses spléniques avec mélanodermie.* (1)

N'ayant, en raison de la putréfaction du cadavre, pu réaliser d'inoculation au cobaye avec des fragments de rate ; n'ayant, malgré de nombreuses tentatives, pu caractériser au microscope un bacille tuberculeux authentique, nous ne pouvons mettre sur la maladie que nous étudions une étiquette étiologique indiscutable, *mais nous la croyons tuberculeuse.* Cela ne veut pas dire que la mélanodermie d'origine splénique doit être l'apanage de la bacillose. Elle dépend non d'un phénomène étiologique, mais d'un phénomène anatomo-physiologique. Ce phénomène, c'est l'hémolyse quelle qu'en soit la cause, splénique, microbienne ou toxique, microbe, poison ou mycose spécifique.

L'important est que la rate détruise des hématies, qu'elle en détruise beaucoup, qu'elle s'encombre de leurs débris, et que ces débris débordent son parenchyme pour inonder l'organisme.

Et comme les débris globulaires sont des pigments biliaires, du fer, du pigment mélanique ou sulfo-aminé, il est assez naturel que leur passage dans l'économie provoque la mélanodermie comme il peut produire l'encombrement ferrugineux des parenchymes et même l'ictère.

Nous conclurons qu'il existe une ***mélanodermie d'origine splénique*** ; que cette mélanodermie a son origine dans la destruction des hématies et la mise en liberté de leurs pigments constitutifs ; que cette mélanodermie peut être d'origine tuberculeuse ; qu'ainsi la ***forme mélanodermique de la tuberculose splénique*** doit prendre place à côté de la forme anémique et polyglobulique.

(1) C'est le titre que nous avons donné à notre communication à la Société des Hôpitaux, 17 janvier 1919.

Le mystère du langage, par Charles Callet. Librairie orientale et américaine, 1928.

Ouvrage très curieux et très intéressant où l'auteur, un érudit et un chercheur, démontre que les langues remontent toutes à une origine commune : vocables et leurs germes. Lorsqu'on les pénètre, remontent tous à l'unité, à un cri primordial, aux voix d'espèce. Les mots actuels remémorent le langage brutal et féroce des primitifs. Mais la théorie de l'auteur, que nous sommes incompétents pour critiquer, est un essai séduisant de paléolinguistique ; plusieurs objections, auxquelles l'auteur répond dans un deuxième mémoire, démontrent que les linguistes accordent de la valeur à ces recherches.

Dr P.-B.

Fécondité et stérilité,

Par Henri VIGNES.

La reproduction est l'acte par lequel, d'un être organisé, se séparent une ou plusieurs parcelles qui, en se développant, deviendront de nouveaux êtres, organisés suivant le même plan (1). Elle ne s'opère pas toujours par un même procédé : il peut, en effet, y avoir, suivant les espèces, reproduction asexuée ou reproduction sexuée.

La *reproduction asexuée* est celle qui part d'un seul générateur pour produire un ou plusieurs germes appelés à devenir de nouveaux individus adultes. Elle existe chez les protozoaires et chez beaucoup de métazoaires inférieurs, mais elle fait défaut dans les variétés supérieures et, en particulier, chez les vertébrés.

La reproduction asexuée se réalise par division ou par bourgeonnement : la division est le mode de reproduction par lequel le corps d'un adulte se partage en deux ou plusieurs fragments, égaux ou inégaux, qui, par une rapide croissance, donneront deux ou plusieurs individus adultes ; le bourgeonnement est le mode de reproduction par lequel un ensemble très limité de tissus ou de cellules deviennent le siège d'une organogenèse, par laquelle est réalisé un individu nouveau.

Il semble que les lignées animales ne puissent se multiplier indéfiniment par les modes asexués, et que le protoplasma de la lignée doive, de temps à autre, subir un rajeunissement pour continuer son devenir. Le rajeunissement a été étudié surtout chez les infusoires, (2) par Maupas : après un certain nombre de divisions (200 à 300 dans les expériences de Maupas), la reproduction s'arrête s'il ne se produit pas une conjugaison, c'est-à-dire une union passagère entre deux individus, avec mélange de leurs deux substances cellulaires. Après ce mélange, la cellule se divise, puis les lignées rajeunies, débarrassées de leurs signes de sénescence, reprennent leur devenir. En mélangeant deux cristallisoirs où la production est presque arrêtée, les divisions recommencent. Pour Maupas, la conjugaison est nécessaire à la pérennité de la lignée. En modifiant par divers ortifices le milieu de la culture, d'autres 3), ont réussi à prolonger le nombre des générations jusqu'à 4.000 et 5.000, au cours de sept années et même dix années, ce qui infirmerait la loi de Maupas. Mais on a remarqué, en même temps, que la vitesse de reproduction subissait des variations très accentuées : peut-être se produit-il lorsque la rapidité de multiplication diminue, des phénomènes de rajeunissement que nous ne connaissons pas, mais dont le résultat est le même que le rajeunissement par conjugaison.

Il n'est pas absurde de conclure que : la conjugaison constitue sinon un phénomène nécessaire, du moins un phénomène utile, et que son alternance avec les divisions répond à un besoin de la matière vivante.

La *reproduction sexuée*, consiste en une conjugaison de deux cellules spécialisées pour la reproduction. On donne à ces cellules le nom de gamètes. La cellule qui résulte de la fusion des deux gamètes s'appelle un zygote. Celui-ci constitue le premier stade, stade unicellulaire, d'un œuf que des multiplications cellulaires successives et des différenciations anatomiques et fonctionnelles amèneront à l'état adulte (4).

(1) Première leçon d'un cours sur les « Ménages sans enfants » donné à l'École d'Anthropophysiologie.

(2) Les infusoires sont des animaux unicellulaires qui se déplacent dans l'eau rapidement au moyen de cils vibratiles et qui se multiplient par division. Il arrive qu'une culture d'infusoire donne des signes de sénescence : la taille diminue, les cils disparaissent, enfin la mort survient.

(3) WOODRUFF, MÉTALNIKOFF.

(4) La fusion des deux cellules est quelquefois, dénommée amphimixie.

« Sans doute il faut être prudent si l'on compare la conjugaison de deux infusoires ciliés, avec la fusion de l'œuf et du spermatozoïde ... ; cependant, il existe un parallélisme entre les phénomènes qui se déroulent dans l'un et l'autre cas. » (FAURÉ-FRÉMIET.)

Dans quelques espèces, les gamètes sont identiques ; le plus généralement, ils sont différents (1) et quand il existe une différence entre les gamètes, celle-ci consiste en ce que l'un d'eux appelé gamète mâle ou spermatozoïde est mobile pour aller à la recherche du gamète femelle ou ovule, lequel se charge de matériaux destinés à la nutrition du futur être au cours des premiers stades de son développement.

La genèse des gamètes.

Les gamètes se développent dans les organes spéciaux appelés gonades. On donne à la gonade mâle le nom de testicule. On donne à la gonade femelle le nom d'ovaire.

Les cellules sexuelles, à l'origine de leur développement, ne diffèrent l'une de l'autre, ni par leur forme ni par leur composition chimique. Ultérieurement, elles s'accroissent, se multiplient et se transforment suivant un mode propre à chaque sexe.

Lorsque les cellules sexuelles masculines approchent du terme de leur préparation, elles se divisent à deux reprises pour donner en fin de compte quatre cellules, formées d'un petit corps et d'un long flagellum et appelées spermatozoïde. Cette division a ceci de spécial, que le moyau définitif contient moitié moins de chromatine que le noyau initial.

Lorsque les cellules sexuelles féminines approchent, elles aussi, du terme de la préparation, elles se divisent, elles aussi, mais de façon inégale, L'ovule près de la maturité, est une grosse cellule enrichie de nombreuses réserves nutritives ; elle se divise à deux reprises en une grosse cellule et une toute petite cellule qui est éliminée et qu'on appelle le globule polaire. Lorsque les deux globules polaires sont successivement expulsés de la masse principale, celle-ci constituant l'ovule mûr, se trouve, comme le spermatozoïde, ne posséder qu'une demi-dose de chromatine.

Toutes ces modifications de forme s'accompagnent de modifications physiques et chimiques, dont nous commençons à connaître quelques détails : tout nous porte à supposer que la vitesse de la réaction est, à chaque instant, proportionnelle à la masse des substances réagissant et à celle des substances ayant déjà réagi et qu'ultérieurement, la quantité des substances formées intervient en sens contraire, d'où arrêt de la réaction et équilibre ; lorsque l'équilibre est réalisé pour toutes les réactions chimiques qui constituent cette « adolescence cellulaire » la cellule sexuelle passe à un état de vie latente ; elle ne s'accroit ni se divise : c'est l'équilibre de maturité.

L'ovule mûr et pondu ne tarde pas à mourir si un spermatozoïde ne vient lui sauver la vie en lui permettant d'accomplir sa fonction. L'ovule mûr est en état d'équilibre ; tous les processus vitaux sont suspendus, c'est la vie latente, la sénescence, presque la mort, après l'actif métabolisme de la période d'accroissement.

Cette sénescence se caractérise par une imperméabilité progressive de la cellule : une cellule jeune est perméable à l'eau, aux sels, à toutes les substances qui peuvent être utiles à sa croissance ; une cellule vieille est peu perméable parce qu'elle est saturée de ses acquisitions. Tel est l'œuf avant la fécondation.

Fécondation

Les spermatozoïdes cheminent dans les voies génitales à la rencontre de l'ovule (2) ; l'ayant rencontré, ils sont attirés à lui sans doute par quelque substance chimique qui diffuse autour de lui 3) : l'un d'entre eux finit par pénétrer dans la place. Bientôt les deux demi-noyaux forment un noyau complet. La cellule ainsi constituée va se diviser en

(1) Quand les deux gamètes sont identiques, on dit qu'il y a isogamie ; sinon, on dit qu'il y a hétérogamie.

(2) Nous verrons plus loin le mécanisme de ce cheminement.

(3) Par exemple : l'ovule de la fougère attire le spermatozoïde, en diffusant de l'acide malique.

à eux cellules filles, qui, à leur tour. vont se diviser : cette multiplication cellulaire ne va pas tarder à se discipliner suivant un certain plan pour créer des organes et des tissus.

Quelle est la signification de la fécondation ? Comment une cellule sénescente est-elle rajeunie par sa fusion avec une autre cellule sénescente ? Tel est le problème auquel on a cherché une solution au cours des trente dernières années. On est arrivé, en faisant agir divers agents physiques ou chimiques, à provoquer la maturation de l'ovule sans intervention de spermatozoïdes (1) et, de ces expériences, on a tiré quelques déductions intéressantes sur la fécondation. Nous ne saurions nous étendre ici sur ces recherches et sur ces hypothèses.

Coste a établi que : 1° l'œuf se dégrade rapidement quand il entre dans l'oviducte sans être fécondé, et 2° que la fécondation chez la poule, se fait au voisinage immédiat de l'ovaire.

Voici le détail de ses expériences : 1° L'œuf de poule se dégrade très vite quand il entre dans la trompe sans imprégnation. 2° Une poule isolée est mise au coq : on sait que les spermatozoïdes mettent douze heures pour aller à l'ovaire. Or, le premier œuf pondu n'est jamais fécondé : donc la fécondation se fait assez haut. 3° Les chiennes, couvertes à la fin du rut, ne sont pas fécondées. 4° Une lapine converte à la fin du rut, sacrifiée 18 heures après, contient dans la partie inférieure des trompes des ovules entourés de spermatozoïdes, mais ces ovules sont morts.

***

L'ovule, partie de l'ovaire fécondé dans la trompe, continue son chemin vers l'utérus.

La nidation.

L'œuf fécondé est capable de vivre un certain temps sur les réserves de l'ovule ; mais, au bout de quelques heures ou de quelques jours, il faut de toute nécessité qu'il se fixe à l'organisme maternel pour se nourrir à ses dépens. Cette fixation est nommée la nidation.

La nidation se produit au niveau de la muqueuse utérine. Elle est rendue possible par certaines modifications que subit cette muqueuse tous les mois en vue d'une nidation possible. La muqueuse devient épaisse, pleine de sucs, pleine de réserves nutritives. Si un œuf ne s'y greffe point, elle se détruit et nous avons un témoin de cette destruction qui est écoulement menstruel.

La nidation consiste essentiellement en ce que l'œuf attaque la muqueuse en un point, la détruit et se creuse un nid en cette place (2). Du revêtement de l'œuf partent des colonnes de cellules (3), qui pénètrent la muqueuse, amarrent l'œuf et puisent des éléments nutritifs et de l'oxygène.

La gestation.

L'œuf, fixé dans l'utérus, va y continuer son développement pendant une période à laquelle on donne le nom de gestation ou grossesse.

Les cellules et les tissus qui composent l'œuf se partagent en deux formations : les unes sont l'ébauche du futur être, ébauche de plus en plus perfectionnée, de mieux en mieux développée, les autres constituent autour de lui une enveloppe, à laquelle on donne le nom de membranes. Les membranes, en une zone nommée placenta, sont épaissies et c'est par cet épaississement que l'œuf prélève dans les tissus maternels ce qui est nécessaire à sa nutrition.

(1) Recherches de LOEB, de DELAGE, de HERLANT, de LILLIE, de CHILD, de BRACHET, de FAURÉ-FRÉMIET.

(2) C'est VON SPEE qui a, le premier, apporté la démonstration de ce mode de nidation.

(3) Colonnes cellulaires partant de la couche de Langhans.

L'organisme de la mère présente, pendant ce temps, diverses modifications liées à l'hébergement de cet hôte et à ses spoliations chaque jour répétées.

Ces modifications, nous ne les étudierons pas ici, ni, même, nous n'essayerons de les énumérer (1). Mais il en est une qu'il nous faut cependant mentionner, c'est le fait que, pendant la gestation normale, l'ovulation est suspendue et, en même temps que l'ovulation, toutes les modifications qui, chaque mois, préparent la muqueuse utérine en vue de la nidation.

Lorsque l'œuf est arrivé au terme de son développement, il est expulsé : accouchement.

L'allaitement, d'abord, la vie familiale, ensuite, assurent e développement de l'enfant.

Fertilité et fécondité.

Les divers couples, dans l'espèce humaine, donnent naissance à des enfants en nombres très variables : certains sont très fertiles, d'autres le sont moins, d'autres ne le sont pas du tout.

Pour étudier avec précision ces faits, il est utile d'adopter une terminologie précise.

Pearl et Surface insistent sur ce qu'il faut distinguer, la fertilité et la fécondité : la fécondité est l'aptitude d'un individu à faire des cellules germinales mûres, la fertilité est l'aptitude d'un couple à donner naissance à des individus (2). Lorsqu'un ménage n'a pas d'enfants, il convient donc, de parler d'infertilité jusqu'à ce qu'ait été précisée la cause de cet état.

Cette classification de Pearl et Surface, que j'ai indiquée dans une publication antérieure, a été adoptée par divers auteurs français. Je ne suis pas sûr qu'elle soit suffisamment générale (2).

L'infertilité est le fait patent ; mais ses causes peuvent être multiples : absence de « gamétogénèse », empêchements à la fécondation, impossibilité de la nidation, trouble de l'organogénèse, maladie du fœtus ou des membranes.

Peut-être serait-il plus exact d'appeler infécondité, les obstacles à la fécondation et stérilité, la non-production de cellules sexuelles, comme le faisait Courty, dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus*.

D'autre part, habituellement, on désigne sous le nom de stérilité l'absence de fécondation et sous le nom d'avortement l'interruption prématurée de la gestation tant que le produit de la conception n'est pas viable ; plus tard, on parle d'accouchement prématuré.

Mais il ne faut pas nous enfermer dans une définition trop stricte de ces mots ; en effet, de nombreux faits connexes, stérilité, avortement, accouchement prématuré, mortinatalité et même mortalité du nouveau-né forment une série homogène.

Pour exemple, je vous résumerai les conclusions auxquelles arrivent certainne travaux sur le saturnisme : (3)

1° il est vraisemblable que l'intoxication saturnine est une cause de stérilité ;

2° si une femme présente des signes d'intoxication saturnine et qu'elle devient enceinte, il est très fréquent (65 %) qu'elle avorte ;

3° si cette femme échappe à l'avortement, il est fréquent (8 %) que l'enfant naisse mort ;

4° si les enfants naissent vivants de cette mère saturnine, ils sont très exposés à mourir au cours de la première année (40 %).

Ainsi, dans ce cas, avortement, mortinatalité, stérilité, mortalité infantile, apparaissent comme des manifestations diverses d'une même cause, se produisant à des dates différentes, sans d'ailleurs que nous comprenions toujours bien ce qui a provoqué une éventualité plutôt qu'une autre.

(1) Voir mon livre *Physiologie obstétricale*, Paris 1923.

(2) PEARL et SURFACE. — Data on the inheritance of fecundity obtained from the records of egg production of the daughters of « 200 eggs » hens. *Maine agr. exper. Station annual Rep.*, 1909, p. 49.

(3) Travaux de C. PAUL, *C. R. de la Société de Biologie*, 1861 tome III, de BALLAND, *Thèse Paris*, de FRONGEA.

Quoi qu'il en soit, la fertilité d'un ménage est très variable.

1° La grande fertilité. On voit parfois, dans l'espèce humaine, des couples dont la femme est toujours en état de gestation ou d'allaitement. Dès que l'allaitement cesse ou même un peu avant, une nouvelle gestation recommence.

Dans cet ordre d'idées, Laurentie (1), professeur à la Faculté catholique de Médecine de Beyrouth, a publié l'histoire d'une femme qui, réglée et mariée à 13 ans, devint enceinte trois mois après et eut 36 gestations jusqu'à l'âge de 50 ans. Sur ces 36 gestations, il y eu 12 avortements à des dates variables et de causes indéterminées. Les 24 gestations à terme ont donné naissance à des enfants beaux et vigoureux, dont un grand nombre sont encore en vie. Cette femme n'a jamais allaité, elle a toujours pris un soin excessif de sa personne ; elle a toujours pris des injections vaginales quotidienne. Elle avait 65 ans, était excessivement bien conservée pour son âge et n'avait du reste jamais été malade : sa mère aurait eu 23 enfants.

2° La fertilité relative : certains ménages, n'ayant rien fait pour limiter leur postérité n'ont qu'un petit nombre d'enfants :

Laurentie, dans le même article, rapporte l'histoire d'une femme qui ayant eu 12 enfants, le dernier dix-huit mois auparavant, réclamait un traitement pour cette stérilité relative.

J'ai été consulté pour le même motif par une femme de 33 ans mariée à 20 ans, et qui se désolait d'avoir eu seulement trois enfants à 21, 22 et 28 ans et ce, sans lésion génitale et sans grand trouble humoral.

« Je connais, dit Kisch (2), une femme qui se maria deux fois La première fois, elle conçut au bout de cinq ans ; la seconde fois, plus de six années s'écoulèrent avant qu'elle fut fécondée. »

3° L'infertilité absolue existe dans 10 à 15 % des couples. Je rappellerai ici quelques chiffres :

Auteurs	époque	matériel d'étude	nombre de ménages	nombre ménages stériles	pourcentage
Simpson	vers 1850	deux villages écossais	657	65	10
		les Pairs anglais	495	85	16
Kisch	vers 1880	familles régnantes	626	70	11
Reynolds et Macomber (3)	vers 1920	bourgeois américains	1.739	208	12
H. Vignes (4)	vers 1928	bourgeois français	509	79	13.5

Ces renseignements, de sources diverses, établissent l'assez grande fréquence de la stérilité. Mais il convient de noter que pas mal de cas envisagés sont des cas pathologiques. Il serait intéressant de savoir si un couple fertile est fertile à volonté, il semble qu'il n'en soit rien et qu'il existe des « éclipses » de la fertilité. Les recherches de Brugmans lui ont permis d'établir que, dans les familles très nombreuses, les intervalles entre les naissances présentent des différences considérables ; il est logique de supposer que ces différences ne sont pas dues à la volonté des parents, mais à des variations de fertilité (5).

Des faits analogues ont été observés dans les espèces animales.

1° Dans une même espèce, le nombre des petits de chaque portée est plus ou moins variable. Les chiffres qui traduisent un excès par rapport au chiffre moyen indiquent une grande fertilité et réciproquement. Les variations peuvent, parfois être rapportées à des causes patentes : âge, saison, nourriture ; mais d'autres fois on ne peut invoquer qu'un facteur individuel, méconnu (1). L'étude du nombre des œufs pondus par une poule donne des renseignements du même ordre.

2° La comparaison des fertilités entre espèces différentes comporte d'autres enseignements d'un caractère plus général. Certaines espèces sont très fertiles, d'autres le sont moins. Souvent les premières sont peu évoluées et les secondes sont plus perfectionnées, plus compliquées. On peut en déduire la notion qu'une espèce survit soit par sa fertilité, soit par sa perfection : la fertilité permet le gaspillage de la vie, la perfection assure une meilleure défense.

Le perfectionnement nécessite un plus long développement et, souvent, de ce fait, la puberté est plus tardive. Or, certains faits donnent à penser que la puberté tardive peut être en rapport avec une moindre fertilité : le cheval n'engendre de bons produits qu'à quatre ans et demi et l'âne est un bon étalon dès l'âge de trois ans ; or, l'âne aurait plus de puissance pour engendrer, même avec la jument, que n'en a le cheval. De même, le bouc, formé à dix-huit mois, peut suffire à un troupeau de cent cinquante chèvres, alors que le bélier, formé à trois ans, ne peut être à la tête que de vingt-cinq brebis (2).

Circonstances physiologiques diverses qui influent sur la fertilité et la fécondité.

La fécondabilité diminue régulièrement de la puberté à la vieillesse. Le graphique (fig. 1) que j'ai établi d'après les

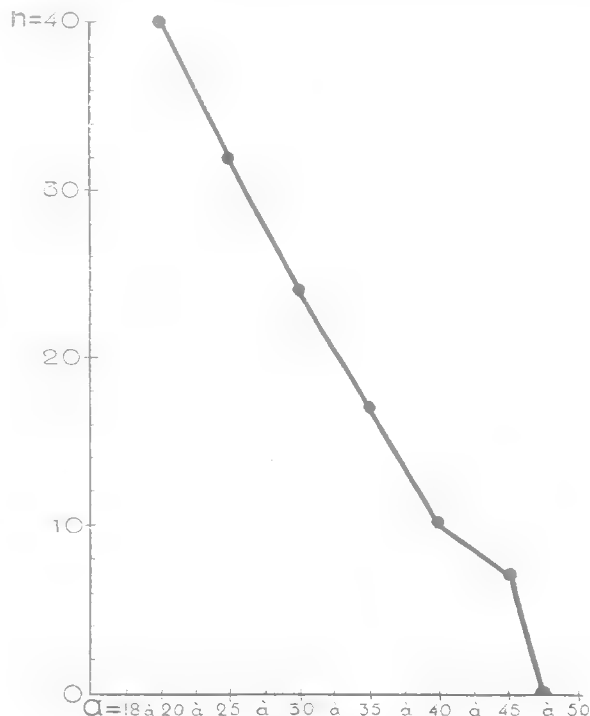


Fig. 1 Sur 100 mariages, quand la femme est âgée de *a* ans, il y a *n* naissances au cours de la première année (d'après Gibbons).

(1) Laurentie. — Un bel exemple de fécondité : une femme ayant présenté 36 grossesses, *Rev. fr. de gyn et d'obst.*, 1923, p. 645.

(2) Kisch. — *Causes et traitement de la stérilité chez la femme*, traduction française, 1888.

(3) Reynolds et Macombes. — *Fertility and sterility*, Piladelphia et Londres, 1924.

(4) H. Vignes. — La fréquence des ménages stériles. *Troisième session de l'Institut international d'Anthropologie*, 1927 p. 609.

(5) Brugmans. — Les causes du déclin de la natalité. Troisième session de l'Institut international d'anthropologie, 1927, p. 604.

(1) A. S. Parker (Fertility in Micel *British Journ. of exper. Boil.*, 1927, p. 335) a établi que la portée moyenne de la souris est de 6,72, — que les portées sont encore moins nombreuses en hiver sauf si la souris est mise à une température adéquate, — et que les portées sont moindres sous l'influence de la lactation.

(2) Féré. — *L'instinct sexuel* 1902 et Devaux. La déchéance des aptitudes reproductrices chez les animaux au cours de l'évolution. *Revue scientifique*, 1928, p. 173.

chiffres de Gibbons (1) illustre ce fait en ce qui concerne la femme (2).

La fécondabilité de la femme disparaît à la ménopause. Le même auteur relève que, sur 483.613 naissances enregistrées en Angleterre, il y en avait seulement 7.022 pour des femmes entre 45 et 50 ans et 167 après 50 ans. (fig. 2).

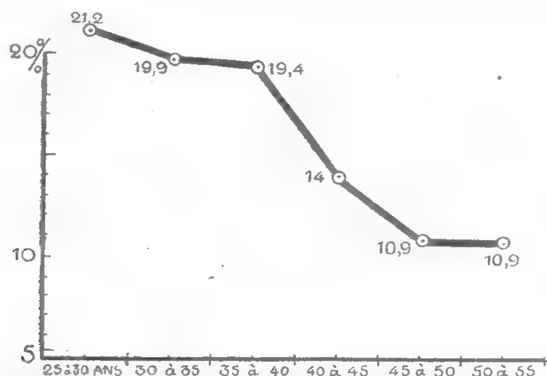


Fig. 2 Chiffres empruntés à Korosi : pourcentage de fertilité au cours de la première année de mariage, quand la femme se marie à 35 ans, l'âge du mari étant indiqué sur la ligne horizontale.

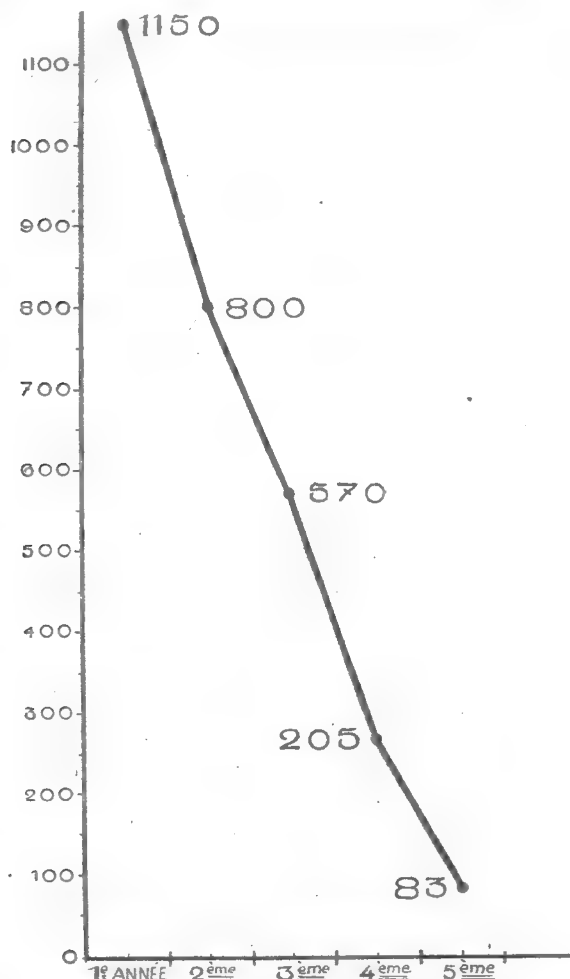


Fig. 3 Nombre d'œufs pondus par dix poules de race Bresse noire au cours d'une année. (D'après Lienhart, *C. R. de la Soc. de Biol*, 28 avril 1923.

(1) R. A, Gibbons. — *Sterility in Woman.* Londres, 1923.

(2) Sur 2.282 naissances enregistrées à l'état-civil de Rouen en 1927 on constate que 168 enfants sont nés de mères âgées de moins de 20 ans ; 771, de mères âgées de 20 à 25 ans ; 631, de mères âgées de 25 à 30 ans ; 410, de mères âgees de 30 à 35 ans : 222, de mères âgées de 35 à 40 ans, et 80, de mères ayant de 40 à 50. Je reproduis ces chiffres sans y attacher grande importance. puisqu'ils visent seulement un élément du problème.

Les cas de fécondité après la ménopause constituent des exceptions rarissimes.

Des faits analogues s'observent chez les animaux. Lienhart, étudiant les poules de race Bresse noire, a constaté des faits analogues que j'ai schématisés ci-contre (1) (fig. 3).

L'âge du père doit aussi être pris en considération Mais les chiffres apportés à ce débat doivent être considérés avec prudence.

La fécondabilité féminine peut être médiocre lors du mariage et augmenter par la pratique des rapports sexuels : certaines femmes sont fécondées dès les premiers rapports, d'autres, au contraire, ont besoin d'une certaine maturité des organes reproducteurs.

C'est un fait qu'il faut connaître. Qu'une femme, désireuse d'avoir hâtivement des enfants, se fasse examiner peu après le mariage parce que ses vœux ne sont pas exaucés, il n'y a nul inconvénient en soi. Mais qu'un médecin exploite ce sentiment pour appliquer un traitement autre qu'un traitement indispensable du fait d'une grosse lésion, il y a là un abus insupportable. (fig. 4).

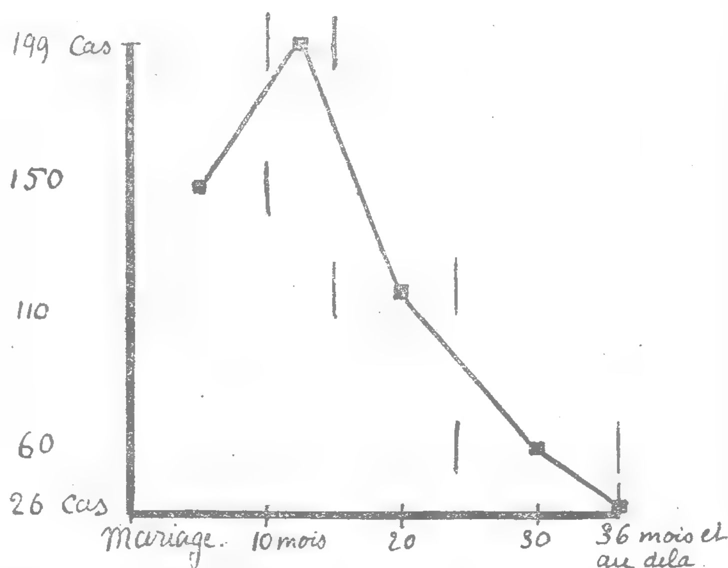


Fig. 4 *Date de la première conception, dessinée d'après* Kisch.
« J'ai fixé à trois ans au minimum, le laps de temps au bout duquel la femme non fécondée peut être considérée comme stérile ; je m'appuie pour le faire sur une statistique comprenant 556 mariages. Chez ces femmes, le premier accouchement eut lieu : au bout de 10 mois de mariage dans 156 cas, de 11 à 15 mois dans 199 cas, de 16 mois à 2 ans, dans 115 cas, de 2 à 3 ans, dans 60 cas, après 3 ans dans 26 cas. » (Kisch. Causes et traitement de la stérilité, trad. F. Weiss, 1888.)

Un sens génital actif de part et d'autre est une condition de plus grande fertilité. Encore que bien des femmes puissent être fécondées sans nulle volupté et sans nul désir, il en est beaucoup chez qui la fécondabilité apparait en même temps que le sens de la volupté.

L'état de « jachère » est parfois propice à la fertilité : tel couple, réuni après une séparation, est particulièrement susceptible d'avoir des enfants.

On peut se demander si le fait d'une gestation récente n'est pas propice à la fécondation. De telles éventualités ne sont pas rares.

Lee Greene a observé une femme qui mit au monde, le 22 janvier 1923, un garçon de 5.000 gr. et le 1er novembre 1923, un autre garçon pesant 4.700 gr. (2).

(1) Lienhart a constaté aussi que plus une poule pond d'œufs, plus ceux-ci sont légers ; 45 gr. en moyenne la première année, 59 gr. la deuxième. 65 gr. la troisième et les suivantes.

(2) LeeGreene. — Pregnancy soon after previous labor. *Journ. of the Amer. med. A*, 16 mai 1925, p. 1515.

BIBLIOGRAPHIE

L'âme de l'adolescente, par MENDOUSSE. Un volume in-8 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. F. Alcan éditeur, Paris 1928.

Tous ceux qui ont lu l'Ame de l'adolescent du même auteur se sont réjouis en apprenant qu'une étude sur l'Ame feminine venait de paraître. Ce volume n'est pas inférieur a celui qui l'a précédé : nous y trouvons toujours les mêmes qualités de clarté, de méthode, d'observation minutieuse. M. Mendousse en raison de la difficulté des expériences, d'ailleurs le plus souvent inefficaces, s'est appliqué à surprendre les faits significatifs plutôt qu'à les susciter. Dans ce but il a observé de nombreuses adolescentes dans des milieux divers pendant une trentaine d'années, mais en plus il a amassé une abondante documentation où figurent des centaines de lettres, vingt-deux journaux intimes et des enquêtes pratiquées par des personnes compétentes.

On comprendra qu'avec un pareil matériel un psychologue aussi averti que M. Mendousse a pu écrire un livre éminemment intéressant.

Les éducateurs, les familles, les législateurs trouveront là des renseignements précieux et susceptibles de leur permettre de remplir leur rôle. J'ajoute que les médecins y puiseront des connaissances bien utiles et eux plus que d'autres doivent apprécier ce traité. L'adolescence et la puberté sont deux phénomène intimement unis, or le fait biologique et son retentissement psychique, moral et caractériel ne peut être ignoré de tout praticien qui a le souci d'être à la page.

Dr PAUL BONCOUR.

Défendez votre santé ; ce que tout le monde doit savoir au sujet des dents, par le Dr F. NIDERGANG, 1929, 1 vol. in-16, 120 p., 20 figures : 5 fr. Librairie Le François, 91 boulevard Saint-Germain, Paris-VIe.

Le Dr Nidergang publie, sous un format commode, un ouvrage illustré et pratique contenant tout ce qu'un chacun doit savoir au sujet des dents. Bien que destiné surtout au public, ce livre sera utile aux médecins, infirmières, gardes malades, etc...

Comment utiliser l'électricité dans la maison, par P. MAURER. Volume, 166 pages: 69 figures, 1929. Prix : 17 fr. 15. Dunod, éditeur 92, rue Bonaparte, Paris.

M. Maurer étudie dans son ouvrage toutes les formes d'utilisation pratique du courant électrique ; mais au préalable, par quelques notions très simples et susceptibles d'être comprises de tous, il initie le lecteur aux principes de l'électricité puis il le met à même d'étudier un projet d'installation en lui fournissant des renseignements indispensables sur la production et la distribution de l'électricité dans les villes, les villages et les habitations, l'établissement des canalisations, les appareils de mesure et de comptage, les formes de tarification. Il lui enseigne enfin la façon de vérifier et d'entretenir une installation électrique en évitant les accidents et les pertes de courant. L'auteur décrit dans les chapitres suivants les applications domestiques de l'électricité : éclairage, chauffage, appareils pour la cuisine électrique, fers à repasser, chauffe-eau, appareils d'intercommunication et de signalisation, ventilateurs, machines ménagères à laver le linge, la vaisselle, etc ..., adaptation de moteurs aux usages les plus variés. Il fait de précieuses suggestions sur l'aménagement électrique rationnel des différentes pièces d'une habitation et donne des chiffres précis sur la consommation des appareils.

Revue des cours et conférences. Le n° 3 fr 50. Abonnement : un an, France, 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 janvier 1929 : H. Hannette : La France et la Provence dans l'œuvre de Dante (I) : Introduction. — E. Sourian : Philosophie des procédés artistiques (IV) : Sculpture, dessein, peinture. — F. Baldensperger : Les années 1827-1828 en France et au dehors (VIII) : Le drame-chronique en prose. — H. Hauser : Origines historiques des problèmes économiques actuels (II) : Le capitalisme commercial et bancaire (III) : Les problèmes du travail. — M. Poéte : L'évolution des villes (XIV) : La ville hellénistique : Alexandrie. — G. Michaut : Les époques de la littérature française (III) : de la mort de Joinville à Lemaire des Belges (fin). — F. Strowski : Edmond Estève 1868-1928.



Quoique moins démonstratif, je rapporterai ici le cas d'une de mes clientes, vigoureuse et mariée à un jeune homme de grande taille : le 6 novembre 1927, elle accouchait 282 jours après la fin de ses dernières règles, d'une fille mesurant 50 cm. et pesant 3.800 et le 23 octobre 1928, elle accouchait, 264 après la fin de ses dernières règles et, par conséquent, prématurément d'un garçon mesurant 55 cm. et pesant 3.950.

En tous cas, il semble que parfois une gestation fortuite puisse guérir définitivement un état de stérilité habituelle. Je vois souvent des couples qui se sont soumis à des soins énergiques pour obtenir un premier enfant et qui sont fort désappointés par la venue immédiate d'une seconde gestation.

« J'ai connu, dit Courty, une dame âgée, qui, après quinze ans d'un mariage infécond, malgré la santé la plus florissante, avait eu de son amant un premier enfant dont la paternité ne pouvait être douteuse, suivi bientôt de deux autres dont l'auteur était bien réellement *is quem nuptiæ demonstrant*. »

Le seuil de la fertilité

Il est une notion due à Reynolds et Macomber, c'est la notion du seuil de reproduction.

Ces auteurs étudiaient une cause d'infertilité qui est la carence de certains éléments dans le régime alimentaire. Ils employaient des rats blancs pur sang obtenus par unions consanguines, et dont la fertilité moyenne était de 65 coïts fertiles pour 100.

Par les régimes en expérience, ils abaissaient la fertilité du lot en expérience à 50 %, à 15 %. En accouplant un des individu carencés avec un individu de souche différente et de fécondité normale (près de 100 %) qui était soumis à un régime normal, ils obtenaient un nombre de coïts fertiles plus élevé que si les deux générateurs étaient carencés, ce nombre étant variable suivant le taux de fertilité du procréateur carencé.

Ils sont arrivés, petit à petit, à l'idée que la fertilité d'un accouchement est le produit de la fécondité des deux individus accouplés. En accouplant deux sujets dont la fécondité est de 100, la fertilité sera de 100 ; pour deux individus, à 90, elle sera de 81 ; pour deux individus de 70, elle sera de 29, etc.

Il est des rats dont la fertilité est si faible qu'ils semblent incapables de se reproduire ; mais, lorsqu'on les accouple avec des sujets très féconds, la reproduction a lieu.

Si le produit des deux fécondiabilités est au-dessus d'un certain niveau, que les auteurs désignent sous le nom de « seuil de reproduction », l'accouplement est productif; dans le cas contraire, il ne l'est pas. Le seuil pour les rats étudiés était à 45 %.

VARIÉTÉS

Sexualité et délinquence

A propos de « Chasteté perverse » du Dr Paul Voivenel (1).

Je n'ai pas exagéré en déclarant inanalysable l'œuvre de Voivenel. Que l'on parcoure le sommaire des questions abordées ou traitées dans l'ouvrage, on comprendra aisément quelle mine de documentations, quelle source d'argumentations constitue « *la Chasteté perverse* ».

Voici, inévitablement succinct et trop sommaire, ce résumé :

Généralités. — Prédominance de la sensibilité. — Complexité du *moi*. — Les adages. — Le jansénisme physiologique. — Les vertus, souvent épanouissement des défauts. — Le rôle de la sexualité précisé avant Freud. — La psychanalyse d'origine française. — Critiques et profiteurs de la psychanalyse. — La force de l'instinct sexuel. — La *volonté*.

Le mensonge. — Le bovarysme. — Les erreurs des sens. — L'illusion nécessaire. — *L'enfant* (puissance des images ; correction déficiente ; lyrisme naturel ; l'enfant inquiétant ; sa perversité). — *La femme* (ruse, imagination, lutte pour l'amour). — *Les mythomanes* (Hystérie ; André Gide ; Gidisme ; les délinquants ; le cancer de l'imagination ; illusions et mensonges mêlés ; les panthomimes ; la vanité misérable, la folie). — Incertitude du témoignage.

La dénonciation calomnieuse. — *L'affaire Fualdès* ; psychologie de la procédure à charge ; l'opinion et les hystériques : le crime dit des « *Cardinaux* » ; Les yeux souvent malades de la justice. — *Les faux attentats sexuels*. — *L'enfant* (précocité de l'imagination obscène ; rôle des parents ; la suggestion ; les petits prodiges du sexe ; les conversations ; la mémoire ancestrale). — *La jeune fille* (Érotisation du système nerveux ; la chimie de notre personnalité morale ; les orages de la puberté ; les manèges de la jeune fille ; la fureur utérines les erreurs de la tendresse ; l'inversion ; la logique de l'instinct ; les rêves de l'adolescent ; la passivité *apparente* de la femme ; le délire de rêve ; incubes et succubes ; les experts secourables ; médecins et hystériques). — *Les lettres anonymes* (les anonymographes ; *l'affaire Laval* ; *l'affaire de Concizat* ; *A Boigneville* ; à *Gien* ; à *Vannes* ; tableau psychologique).

Le poison. — *L'affaire Lafarge* ; la tombe d'Ornolac ; psychologie des empoisonneuses, insensibilité, frigidité ; hystérie et troubles de la sexualité ; romanciers et médecins ; Mme Lacoste ; la psychologie des empoisonneurs. Empoisonneurs et empoisonneuses. Tares de la sexualité.

Le terrain. — L'hystérie ; le *freudisme* avant la lettre ; le péché ; suggestions religieuses épidémiques ; loi de constance affective ; les danses folles ; hystérie et chasteté des couvents ; la « *possession* » et les « *accusations calomnieuses* ». Les ancêtres ; les marques du diable ; les procès de sorcellerie ; névrose contagieuse ; rôle de la sexualité ; relations avec l'émotivité. Implacabilité des juges chastes. Les aveux suggérés ; les charlatans précurseurs. *Mesmer*. Chastenet de Puységur. La suggestion. La suggestibilité morbide est le fait de l'hystérie. Les guérisseurs Convulsivants et guérisseurs. Le « knock out » pécuniaire. Rôle de l'émotion. Simulation (consciente ou non). L'hystérie essentiellement maladie de l'imagination. La constitution mythomaniaque. Croyance à la réalité des rêves. Délits et crimes des hystériques. Hystérie et frigidité ; chasteté. Résumé.

L'incompressibilité de la sensibilité. — Notre sève, sa congestion, son hémorragie. — L'imagination soupape. — Difficulté de la synthèse mentale. — L'hôte inconnu. — La lutte de l'ange et de l'archange. — Les immobiles, leur dangereuse violence ; Nerveux et flegmatiques se valent. — Le « *vomitorium psychique* ». — Le rugby « purgeur » de la sensibilité. — Le besoin de briser un cadre trop lourd. — Décompression sexuelle. — La vierge de Nuremberg. — La vieille fille. — Les puritains. — Érotisme des mystiques. — *Le Saint-Antoine de Flaubert*. — La chasteté cruelle ; le diable. — Application à la critique littéraire. — Contradictions de l'œuvre et de la vie. — La dérivation littéraire de l'anxiété : *Poë. Goethe*. — L'écriture. — Douleurs morales, anesthésie physique. — Exemples littéraires. — *Louise Hervieu*. — Les « festins » du « mourant de faim ». La virginale perversité de l'artiste. — L'imagination répond toujours à l'appel de la vie et de l'amour.

Addendum. — A propos de *l'affaire Lefebvre* : Les conceptions de S. A. R. la princesse Georges de Grèce, née Marie Bonaparte.

Voivenel *déniaute* avec la même aisance une œuvre d'art, un roman de François Mauriac, une thèse philosophique, une étude historique, un acte médico-légal, un document de sa propre spécialité technique. Il n'est pas de page qui ne remémore, n'enseigne, n'ouvre des horizons, n'éveille l'esprit critique.

Aussi me bornerai-je à quelques points sur lesquels je désire donner mon opinion.

Le chimisme sexuel. — Une formule favorite de Voivenel « *En amour, on a la morale de sa chimie et la chimie de ses glandes à sécrétion interne* ».

Mais, d'autre part, Voivenel nous assure (p. 16 et 245) que la volonté demeure la plus belle faculté de l'homme.

(1) V. *Progrès Médical*, n° 1, 5 janvier 1929.

« *La volonté, au service de la raison*, écrit-il, p. 17, *demeure plus que jamais la noble caractéristique de l'homme* ».

Pardon. Si la morale est affaire de chimisme, je ne vois pas du tout pourquoi la volonté ne serait pas, elle aussi, affaire de chimisme.

Et je pourrais dire, à l'instar de Voivenel : *En fait de volonté, on a la morale de sa chimie et la chimie de ses glandes à sécrétion interne, de ses organes nerveux et même celle des autres organes.*

Tout en l'homme est physico-chimie ou bien la physico-chimie n'a en l'homme qu'une part. Si l'on admet que la morale sexuelle n'est qu'affaire de chimie, je prétends que l'on n'est pas en droit d'accorder à certaines facultés de l'homme (intelligence, raison, volonté) la possibilité de l'affranchir si peu que ce soit de la chimie ?

C'est l'un *ou* l'autre ; ce ne peut être l'un *et* l'autre.

Eternel conflit entre les croyances. Nous voici, comme il advient chaque fois qu'un débat s'élève, ramenés à la question : *déterminisme* ou *libre arbitre*, question qui a de fortes chances de demeurer impénétrable, tant que des hommes seront, à leur ardente curiosité.

Qu'en pense Voivenel ?

J'imagine que Compagnou a une opinion ferme et que Voivenel en a une autre *ad usum populi*. Et c'est contre quoi je m'insurge.

Qu'on se rassure. Je ne vais pas, une fois de plus, reprendre un thème dont je me suis très fréquemment occupé.

Je ferai seulement quelques constatations.

Du temps que j'étais étudiant, la plupart des gens de science étaient déterministes, matérialistes convaincu et le proclamaient.

De nos jours, force gens de science se déclarent fermement spiritualistes. Beaucoup d'autres, la plupart peut-être n'osant ni se dire matérialistes ni se dire spiritualistes ménagent plus ou moins adroitement les deux opinions adverses.

Je prétends que si l'homme privé a le droit d'être croyant ou athée, partisan du libre-arbitre ou déterministe, il n'est pour l'homme de science, *lorsqu'il agit ou parle comme tel*, qu'une seule attitude scientifique.

L'existence du libre-arbitre, le déterminisme étant scientifiquement indémontrables, cette attitude — l'attitude scientifique — est celle du chercheur qui déclare catégoriquement s'il envisage selon *l'hypothèse* matérialiste ou s'il envisage selon *l'hypothèse* matérialiste.

Il y aurait mieux encore : la conduite du savant, de l'homme de science qui n'hésiterait pas à examiner, successivement, faits, doctrines, conceptions, d'après l'une *et* d'après l'autre de ces hypothèses.

Faire ce que l'on fait couramment, tirer des conclusions après s'être contenté de nuageuses, d'obscures prémisses, ou bien tirer des conclusions sans même avoir posé de prémisses, tirer des conclusions sans avouer, souvent sans s'avouer à soi-même que les prémisses posées sont hypothétiques, mieux encore affirmer que ces prémisses hypothétiques sont des faits acquis, d'incontestables vérités, ces attitudes qui sont courantes, n'atteignent pas à la loyauté, à la rectitude, à la dignité, disons en un mot à la probité qui doit être la règle impérieuse, la règle fondamentale de l'investigation scientifique. Elles sont hors la vérité, ne peuvent qu'engendrer incessamment l'erreur.

Non seulement sont exceptionnels ceux qui, par contre, se soumettent à une obligation primordiale de sincérité, mais pour avoir rappelé cette obligation, j'ai dû subir quelques avanies.

« Que m'importe vos considérations (je cite de mémoire) m'écrit dans le *Temps Médical* un éminent et malcommode confrère. Tout cela est fatras et métaphysique. Mon métier à moi est de diagnostiquer convenablement un ulcus. Pour le surplus combien plus intéressantes que vos élucubrations, de jolies jambes de femme ».

Je suis enchanté que l'aimable confrère se rende précieux en diagnostiquant l'ulcus avec sagacité. Et je ne vois pas, pour ma part, d'inconvénient à ce qu'il admire des jambes de jolies femmes, de jolies jambes de femmes et surtout les jolies jambes des jolies femmes.

Seulement, je dois lui faire remarquer que la tâche du médecin déborde *de plus en plus* ces deux occupations, si noble que soit celle-là, si agréable que puisse être celle-ci.

Le médecin, thérapeute, guide, soutien et, le cas échéant, consolateur du malade, conseiller des familles, *orienteur* de la jeunesse, selon l'expression du professeur Chavigny dans « *La Vocation de nos enfants* » (1), conseiller, technicien, expert près les tribunaux, est incessamment contraint à la psychologie.

Je ne veux pas croire qu'un confrère ait abordé certains terrains, répondu à certaines questions sans *s'être mis en clair* — au moins *avec lui-même* — sur des problèmes qui, jusqu'au tréfonds des tribus les moins civilisées ne cessent pas de hanter certains esprits.

Sommes-nous tellement bas, avons-nous tellement reculé que ces problèmes ne nous intéressent plus ?

Si le médecin, dans son rôle de psychologue et d'expert, ne s'est pas posé certaines questions, s'il les dédaigne, méconnaît leur importance, s'il ne s'est pas rendu compte de certaines de ses ignorances fondamentales, s'il n'a pas établi, s'il ne s'est pas demandé à lui-même en quels cas ses conceptions ne sont « *scientifiquement parlant* » que des hypothèses, s'il n'a pas la loyauté de déclarer hypothèse ce qui est hypothèse, je me demande quelle autorité un avenir proche laissera à sa parole — cette parole dont dépendent souvent l'avenir d'un être humain, le sort d'un inculpé.

Encore une fois, la distinction entre *ce qui est hypothèse* et ce *qui n'est pas hypothèse* est à la base même de toute investigation, de toute conception, de tout *énoncé* scientifiques. Si la psychologie, si la psychiatrie prétendent au titre de *sciences* elles ne peuvent pas s'affranchir de cette condition, ou *bien elles ne seront pas*. Du moins ne seront-elles pas *scientifiquement*, elles demeureront l'apanage des rêveurs et des charlatans.

Feindre l'ignorance, méconnaître *une vérité de fait*, peuvent satisfaire l'ambition éphémère et mesquine de psychologues, de psychiatres auteurs de tels et tels traités-éléphants, bourrés de vide et gonflés de néant (2) dont s'ébaubit la masse des ignorants, de irréfléchis et des inavertis. L'ambition d'un Voivenel aux œuvres gorgées de sève doit être d'un autre calibre et d'une autre essence.

Compagnou, ami Compagnou, à vous de ne pas laisser Voivenel s'engager dans une voie sans issue, de lui répéter inlassablement qu'il ne convient pas de faire semblant de ne pas comprendre par le seul fait que l'on est contraint de s'aligner avec des gens qui ne comprennent pas ou qui font mine de ne pas comprendre.

Voivenel et... les autres auraient tort de se croire débarrassés de moi sur ce terrain.

L'INVERSION. — On pourrait, d'une façon générale considérer l'inversion comme une forme ou une conséquence de l'onanisme puisque celui-ci, étant une sorte d'*autophilie*, semble devoir constituer un succédané ou un apprentissage du penchant pour l'organe de son propre sexe. L'*altéro homo-sexualité* (inversion) dériverait de l'*auto-homosexualité* (onanisme), laquelle serait, dans certains cas, une forme souvent initiale d'homo-sexualité.

Cependant l'observation ne paraît guère confirmer cette conception.

Voivenel ne s'occupe qu'accessoirement de l'inversion (p. 79 et suiv.) mais il souligne excellemment la rareté relative de l'inversion dans notre pays, *alors que les homosexuels prétendent s'annexer les talents, les génies et même l'univers entier*.

On lit p. 61 :

« Ce que je sais, pour connaître, aidé par ma spécalité, les

(1) Dr Paul CHAVIGNY, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg. *La vocation de nos enfants*, Paris. Librairie Delagrave. Voir *Progrès Médical*, n° 53 du 29 décembre 1928, pp. 2222-2224.

(2) Par contre, je recommande chaleureusement l'excellent *Manuel de Psychiatrie* de Rogues de Fursac. E. de M.

mœurs de la ville que j'habite, ayant des renseignements d'autre part assez exceptionnels, puisque je soignais les plus notoires de nos «œillets verts», interrogeant mes nombreux amis les médecins de campagne, pénétrant, avec Compagnou lui-même, dans toutes les vallées de l'un de nos départements pyrénéens c'est que l'inversion, rare à Toulouse, est à peu près inconnue dans les villages. Certes si Asmodée, comme au XVIII° siècle, pouvait donner à un nouveau Cleophas le don de voir à travers les toits et les murs des maisons, ce dernier constaterait des choses fort drôles et peu édifiantes, s'étonnerait de voir des soi-disant libertins plongés dans les plus austères labeurs, et bien des puritains s'acoquiner dans leurs intérieurs, mais rares seraient, j'en suis certain, les couples homosexuels ».

Cette constatation corrobore absolument mes propres observations. Abondante dans *certains* milieux de la capitale, des grandes villes, des villes de saison, de divers ports, l'inversion, qui tend d'ailleurs à se répandre est extrêmement rare dans les petites villes, exceptionnelle dans les campagnes.

La systematite. — Attention ! Un symptôme grave, très grave !

Veillez Compagnou, veillez bien ; soyez bon thérapeute, car un premier accès n'en laisse que trop souvent présager de plus graves, de plus nocifs.

Donc, Voivenel, dans son ouvrage lumineux, ayant établi son système, l'ayant établi s olide, étayé sur la physiologie, sur la psychologie, sur la pathologie, sur le bon sens, sur la raison, y enferme tranquillement la célèbre Mme Lafarge et, l'y jugeant confortablement installée, prononce le verdict.

Grave, très grave et même tragique — encore que se mêle à l'évènement, ainsi qu'il advient fréquemment au cours des drames les plus sombres, un élément qui ne laisse pas de comporter du comique.

Car enfin Voivenel ne s'est pas retenu de nous signaler une certaine maladie, maladie que nous appellerons, si vous le voulez bien, la *systématite*, affection redoutable qui, dévalant au travers du Palais, frappe sauvagement la gent enrobée. Ne sont que trop fréquemment atteints magistrats, procureurs et autres juges d'instruction, parfois des médecins experts eux-mêmes, tous personnages importants et archi-importants que Voivenel ne se prive pas de crosser légèrement, beaucoup trop légèrement à mon gré.

Quoi ! Crosser des malades ?

Ma foi, oui, si vous voulez bien réfléchir à la définition que, pour sa prochaine édition, je propose de cette sorte de peste au *Larousse Médical* :

Systématite : Altération, d'existence incontrôlable, des chimismes endocriniens, nerveux et autres, agissant de manière indéterminée et indéterminable sur l'intellect et sur la volonté (chère à Voivenel) pour aboutir, après force manifestations graphiques, orales et gesticulatoires, à la condamnation d'innocents, à l'envoi d'honnêtes gens au bagne. Maladie contagieuse, très répandue dans les prétoires et autres lieux de Justice ou réputés tels.

Contaminé par quelque robin, notre bon, notre excellent, notre sain, notre lumineux Voivenel ressent les premières atteintes du mal qu'il a dénoncé, décrit et... crossé.

Certes, chez notre confrère, l'affection est à peine à son début. L'avenir n'est pas compromis, et par bonheur la crise n'a pas eu de conséquences irréparables :. Voivenel n'ayant pas réussi à tuer Mme Lafarge, par la raison péremptoire qu'elle est morte depuis longtemps.

N'importe l'infection s'est produite ; le premier symptôme — oh ! tout à fait isolé jusqu'à présent — éveille des incertitudes, ménage des inquiétudes. C'est pourquoi je supplie l'énergique Compagnou de veiller au grain et de faire le nécessaire.

Qu'il commence par rappeler à son ami Voivenel une vérité qui ne devrait pas cesser de pénétrer magistrats, jurés, médecins experts, c'est qu'il n'est système, si judicieux parût il, qui ne puisse induire en erreur, que si le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable, il advient fréquemment que le vraisemblable soit radicalement faux.

Je suis convaincu que Voivenel, qui écrit si joliment sur la conscience populaire (p. 9), n'hésitera pas à reconnaître le bien-fondé d'un dicton sinon forgé, du moins agréé par elle.

De l'incompressibilité de la sensibilité. — Certes, l'ouvrage de Voinenel est plein de mérites. A propos même du cas de Mme Lafarge, suivez-le dans l'étude magistrale qu'il consacre à l'empoisonnement, crime féminin (au moins dans nos pays de l'Europe occidentale) et qui peut-être ne vint à sévir en milieux masculins que par l'effet d'une sorte de contagion : les femmes théoriquement domestiquées, imposèrent de leur âme à qui semblait les dominer politiquement. Que ce soit sur ce point ou sur d'autres, vous trouverez dans « *Chasteté Perverse* » du bon, de l'excellent, de l'original, de l'inédit.

Il est quelques points — peu nombreux — sur quoi encore je chercherais volontiers noise à Voivenel.

Ce sera pour d'autres rencontres.

Certes, il me sera extrêmement douloureux de contrister Voivenel, mais ce me le serait bien davantage encore si je n'escomptais l'appui du brave et solide Compagnou.

Je me contenterai, cette fois, d'attirer l'attention sur le dernier chapitre de la *Chasteté Perverse* : *l'incompressibilité de la sensibilité.*

Je conseille à Voivenel de ne pas dilapider le temps en chicanes avec ceux qui se refusent à reconnaître le mal, ; la maladie la tare comme générateurs éventuels du talent, du génie. Des chefs-d'œuvre sont sortis de la tuberculose, d'autres de la syphilis, certains de l'alcoolisme, beaucoup en tout cas de ce que nous englobons en un mot unique : celui de *souffrance* (souffrance physique, souffrance morale),

C'est un thème ancien qui m'a valu de rompre des lances en plusieurs de mes ouvrages.

A quoi bon insister ?

On ne convainc pas les bornes du chemin.

Encore une fois, ne comprennent pas ceux qui ne peuvent pas comprendre, encore moins ceux qui ne veulent pas comprendre la masse des esprits grégaires, incapables d'affronter quelque fait, quelque vérité que ce soit, si ce fait, si cette vérité ont mine de paradoxes, impuissants qu'ils sont à discerner ou à se rallier aussi longtemps que fait et vérité n'ont pas été incorporés à quelque tradition pédantesque.

Mais, toute polémique abandonnée, l'argument lui-même : la *souffrance force créatrice*, mérite des développement, d'autant qu'il n'est qu'un des aspects, qn'une des parties d'un problème plus vaste : *manifestations de la sensibilité lorsque des contraintes s'exercent sur elle.*

Voici la doctrine de Voivenel :

La sensibilité est *incompressible*. De même qu'nn liquide soumis à une pression réagit par une contre-pression qui lui permet de s'évader par les issues demeurées libres, s'il ne s'en trouve pas de suivre les voies de moindre résistance, de provoquer des fissures, des ruptures du récipient et même de le faire voler en éclats, de même la sensibilité gênée, comprimée, arrêtée dans ses manifestations se dépense en manifestations différentes de celles que des obstacles gênent, compriment, arrêtent.

Un champ magnique d'exploration.

Les causes ? L'atavisme, l'hérédité, le chimisme des organes, les besoins, des contraintes d'éducation, parfois la piété, des contraintes sociales, des circonstances, des échecs, etc., etc. bien entendu, au premier plan : la chasteté, les contraintes sexuelles.

Les effets ? — Variables selon le terrain, c'est-à-dire selon la formule psychophysiologique du sujet, selon l'ambiance et selon les circonstances. Puritanisme, cruauté, érotisme, perversité..., suicide pour les uns. Pour d'autres : apostolat, *création intellectuelle* (littéraire, artistique, scientifique).

Les dérivatifs ? — Il faut lire ce que Voivenel écrit de la *congestion de la sensibilité, de l'hémorragie de la sensibilité, de la décomprssion de la sensibilité, du vomitorium psychique,*

Je ne veux pas déflorer le sujet. Il nécessite attention et recherches, se relie intimement à l'étude de la sexualité, de la chasteté, à celle de la perversité, restant entendu que si pour le public, le mot *perversité* implique une acception péjorative exprimant qu'elle est asociale ou anti-sociale, l'homme de sciences, toute attirance comme tout dégoût bannis, se doit d'en considérer les manifestations avec la même objectivité, avec la même impassibilité qu'il considère n'importe quelles autres manifestations, héroïques ou lâches, magnifiques, cruelles, ridicules, viles, malfaisantes ou bienfaisantes, méritoires ou blâmables de l'être humain.

Je conseille à tous ceux, médecins ou non, qui se complaisent à rechercher *le vrai*, de lire les œuvres de Voivenel.

Je conseille à Voivenel de reprendre, de développer le dernier chapitre de *Chasteté Perverse* et de faire de l'*incompressibilité de la sensibilité*, le sujet de l'un de ses prochains ouvrages.

Pareille trouvaille ne doit pas rester en friche.

(*Reproduction autorisée.*)

Dr G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1929.

Traitement de la pneumonie des noirs par les sérums antivenimeux et antidiphtérique. — ***MM. Legendre*** et ***Phiquepal d'Arusmond*** dans le traitement de la pneumonie des noirs en Haute-Volta, ont obtenu 50 % seulement de guérisons par le sérum anti-pneumococcique à la dose quotidienne de 80 à 100 cc. par jour pendant 3 ou à jours, contre 98 % par une dose unique de 10 cc. de sérum antivenimeux ou antidiphtérique.

D'après eux, la « spécificité », au sens thérapeutique du mot, des sérums antivenimeux et antidiphtérique n'est pas le fait d'une simple protéinothérapie, car les trois sérums provenant du cheval, le sérum antipneumococcique, injecté à dose dix fois plus forte en contenait dix fois plus et aurait donné des succès au moins égaux à ceux des deux autres.

L'exercice dans les maladies de la nutrition — ***M. Boigey.*** — L'exercice physique provoque un vif apport d'oxygène à toutes les parties de l'organisme ; il intensifie la respiration cellulaire. C'est dans cette suractivité des échanges qu'il faut chercher la cause profonde des modifications favorables de la nutrition engendrées et entretenues par l'exercice physique. Il n'est pas de meilleur moyen de régulariser l'activité cellulaire et d'entretenir la stabilité des milieux organiques propice à la bonne marche d'une nutrition normale. Celui qui prend de l'exercice digère mieux, assimile et élimine plus complètement. Par contre, chez le sédentaire, dont les cellules ne sont pas copieusement oxygénées, la dégénérescence ou la surcharge graisseuse sont la règle.

Cependant l'exercice, pour être salutaire, doit être dosé, comme tous les autres agents thérapeutiques. Son emploi comporte des règles et des précautions, faute desquelles on connaîtra des déboires, on verra survenir des incidents qui compromettront les résultats déjà acquis.

Election. — ***M. Portier*** est élu membre titulaire dans la IVe Section (Sciences biologiques, physiques, etc.).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 2 février 1929.

M. Sieur, président de la Société, lit l'éloge du regretté professeur ***Delorme***, décédé à l'âge de 82 ans et qui assistait encore à la séance de janvier.

M. Olivier présente une série remarquable d'ex-libris allemands et suisses. Ces ex-libris médicaux sont très variés et très pittoresques.

Les premières de ces vignettes qui soient connues datent des premières années du XVIIe siècle. Jusqu'en 1619, les émaux ne sont pas figurés sur les blasons. Un des plus anciens ex-libris de cette collection est celui de Jean Schenck, où l'écu est sans émaux et chargé d'armes parlantes, une aiguière, faisant allusion au sens allemand du mot Schenck, qui indique l'acte de verser. Puis vient la marque de Jean Raceberg ; une autre est décorée d'instruments de chirurgie du temps. La marque de Cathenins figure une femme avec six mamelles : une autre anonyme, une femme avec quatre mamelles. L'ex-libris de Burgraff, ceux de Meuven et de Wagner, de Nüremberg, représentent des bibliothèques médicales avec leurs nombreuses rangées de livres. Merklen de Nüremberg avait fait graver un Plutarque ouvert, à côté, d'une harpe et d'autres objets. Rühl avait choisi un sujet religieux, Adam et Eve chassés de l'Eden. Des ex-libris de Thomasius et de Wilhelm rappellent qu'ils furent en même temps philosophes et médecins. Rost, de Nüremberg, ornait ses gardes de livres d'une coupe gravée avec goût. L'Hygie et l'Esculape de Lavater, les armes de Tronchin gravées par Choffard en 1779, les amours devant la stèle d'Hippocrate de Fleis, le blason de Weiner de la Chenal représentent dans cette série le XVIIIe siècle.

Le plus curieux des ex-libris de cette époque est celui de Burckardt, où Scotin a dessiné la belle bibliothèque de Versailles.

M. Vidal (de Castres), d'après un vieux livre de droit de la Bibliothèque de cette ville, précise certains points concernant le médecin au XVIIIe siècle. Le médecin est exonéré du lourd impôt du logement des gens de guerre, mais il ne doit recevoir ni donation, ni legs de ses clients. Pour le règlement des honoraires il arrive en première ligne, même avant la femme « agissent pour sa dot ». Il lui est interdit aussi de contracter une promesse de mariage avec la malade qu'il soigne.

M. Paul Carrette étudie le père Pontion de Manosque « guérisseur de fous » qui dirigeait une maison de santé en Provence à la fin du XVIIIe siècle. Le voici avec ses clients. Il rend la raison à un chanoine mégalomane, qui se croyait prévot de son chapitre, en lui démontrant l'absurdité de ses fugues pathologiques ; il guérit de même un officier atteint de délire hallucinatoire, en l'emmenant herboriser dans la campagne. En 1791, il proscrit les chaînes, utilise les bains et le traitement moral. Il applique les principes des Frères de Saint-Jean de Dieu, qui soignaient les aliénés par petits groupes, dans le Nord de la France. Il lui est arrivé de guérir six aliénés dans une année, chiffre qui paraissait énorme, aux alentours de 1791.

Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février 1929.

Corps étrangers du duodénum. — ***M. Mocquot*** fait un rapport sur une observation de ***M. Matry*** (de Fontainebleau) et sur une autre de ***M. Guillemin*** (de Nancy). La première concerne un enfant de 4 mois ayant avalé une barrette. En raison de la fixité du corps étranger dans le duodénum, on intervient. Laparotomie. M. ***Matry*** sent la barrette qu'il refoule presque dans l'estomac. Petite ponction au bistouri, extraction et suture. Guérison.

L'observation de M. Guillemin concerne un enfant de 9 ans qui avale une épingle de sûreté ouverte. Un examen radioscopique fait environ 24 heures après la révèle à gauche de la colonne vertébrale.

Laparatomie immédiate. L'épingle est dans le duodénum au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Incision de la paroi antérieure de l'estomac. Avec un clamp, il extrait l'objet qui étai arrêté dans la 4e portion du duodénum.

Suture, guérison.

Deux observations de cholécystites chroniques non lithiasiques. — *MM. Ibos* et *Legrand*. — *M. Mocquot*, rapporteur.

1° Jeune fille de 16 ans ayant présenté des crises douloureuses avec ictère. Cholécystographie : vésicule à contours nets sans calculs visibles.

Laparotomie. Vésicule saine en apparence, gonflée de bile, cholécystectomie. Vomissements pendant trois jours avec température élevée. Puis guérison sans nouveaux incidents.

2° Jeune fille ayant subi une appendicectomie. Vomissements incessants. Une hématémèse. Laparotomie : Vésicule d'aspect normal avec quelques adhérences. Cholécystectomie. Vomissements pendant cinq jours, puis guérison.

En réalité, le diagnostic de cholécystites non lithiasiques a été seulement clinique et il est difficile de conclure si véritablement la cholécystectomie est nécessaire dans ces cas.

M. Okinczyc demande si le pancréas a été exploré au cours des interventions ; car une pancréatite chronique pourrait être la cause des accidents.

M. Méthivet a opéré une malade d'un kyste de l'ovaire. Elle a été réopérée, pour des adhérences péri-cæcales. Puis elle se plaint du côté de la vésicule. A l'examen au cours de la laparotomie, vésicule normale. Cholécystectomie et depuis la malade ne souffre plus.

M. Mocquot dit que dans la deuxième observation, on a exploré le pancréas et que l'on n'a rien trouvé. D'autre part la pathogénie de ces états douloureux vésiculaires est encore bien obscure.

Tarsoplastie d'Albee par transplant dans les pieds bots varus équineux. — *M. Sorrel* rapporte un travail de *M. Rochet* (de Bordeaux).

Cet auteur croit que les indications opératoires sont extrêmement variées. Il pense que chez les jeunes enfants, il faut être économe et que la technique d'Albee est à recommander particulièrement dans les récidives. A l'appui de ces idées M. Rochet donne trois observations où le résultat a été très bon.

Fracture transcervicale du fémur. — *M. Dujarier* fait un rapport sur un travail de *M. Raymond Bernard* (de Paris).

Homme de 60 ans que l'auteur opère trois jours après l'accident. Rachianesthésie ; il fore un tunnel sous le contrôle de la radioscopie. Il a obtenu au cours de l'intervention des radios de profil qui paraissent indispensables. La greffe a éte faite avec un fragment du péroné. Puis l'auteur a fait un grand plâtre en flexion qu'on laisse trois mois. Enfin le malade n'a marché que 6 mois après l'intervention. Le résultat a été excellent.

Reconstitution de l'urèthre de la femme. — *M. Grégoire* fait un rapport sur un travail de *M. Jean Madier* (de Paris). Il s'agit d'une malade opérée déjà douze fois sans résultat. L'auteur a découpé alors un lambeau du droit interne et l'a enroulé autour de l'urèthre disséqué. La malade est devenue continente. Un an après, le résultat persiste.

252 Interventions pour amibiase hépatique. — *M. Grégoire* fait un rapport sur un travail de *M. Lacaze* (de l'armée). En dehors de phénomènes généraux, la douleur hépatique bien limitée et exquise et la leucocytose sont deux signes capitaux pour le diagnostic. La ponction doit être utilisée systématiquement pour rechercher le siège de l'abcès.

De plus, l'auteur détruit le dogme de l'unicité des abcès des pays chauds : il a trouvé jusqu'à 8 ou 9 abcès chez le même malade. 53 fois, il trouve des abcès multiples.

Aussi fait-il une très grande incision susceptible d'être transformée en thoraco-phréno-laparotomie. Il protège les lèvres avec de larges compresses et incise alors les abcès si gros soient-ils.

M. Lacaze a eu huit décès. Mais le résultat n'est qu'un demi-résultat, car il faut y associer le traitement médical par l'émétine.

Traitement des pleurésies purulentes. — *M. Sauvé* a opéré 28 pleurésies purulentes depuis 1926. Il croit que les soins pré- et post-opératoires ont une importance capitale.

Nécessité d'anesthésie locale, d'incision au point déclive, du drainage en thorax fermé par un procédé quelconque.

La technique de Grégoire est bonne; mais ne paraît pas nécessaire.

Mortalité 4 cas ; une seule fistule. Durée moyenne du traitement : 40 jours.

Ne pas opérer les pleurésies purulentes au début, particulièrement chez les nourrissons. Chez l'adulte, on peut opérer dès que les lésions pulmonaires sont en décroissance.

La thoracotomie doit être faite au point déclive : on peut la réaliser par des ponctions étagées le jour même de l'intervention.

L'auteur suit alors la technique de Delbet-Girode et incise tout à fait en arrière.

Au bout de huit jours, les sutures autour du drain peuvent lâcher, mais à ce moment ce n'est plus qu'un incident.

Il faut retirer le drain suffisamment tôt et pas trop tôt : l'examen radioscopique doit montrer la cavité pleurale complètement comblée.

Pas de lavage pleuraux et même pas d'injections pleurales qui peuvent donner des réflexes graves.

Les soins post-opératoires sont particulièrement importants.

M. Schwartz montre que l'accolement des deux feuillets pleuraux sont la condition *sine qua non* de la guérison et donne sa technique. Il obtient l'accolement par une gymnastique respiratoire continue, sans se préoccuper de la technique proprement dite.

Ulcères gastro-duodénaux. — *M. Leriche* avait réséqué 19 ulcères calleux gastro-duodénaux et avait perdu 2 malades. Parmi ceux-là il y avait 5 ulcères de la grosse tubérosité et les deux morts etaient de ceux-là. Aussi a-t-il cherché une autre technique.

Un homme présente un ulcère calleux de la face postérieure de l'estomac pénétrant dans le pancréas. Gastrotomie. Evacuation de la niche. Décollement progressif de l'estomac.

La perte de substance gastrique présente près de 10 cm. de long.

Suture sans résection de la muqueuse. Gastro-entérostomie.

Ceci tend à prouver que l'ulcère n'est pas un processus trophique ni que son infection soit très grande. De plus l'hyperchlorhydrie a baissé considérablement : il n'est donc pas nécessaire de faire de grandes résections gastriques.

Fractures du calcanéum traitée par des greffes ostéopériostiques. — *M. Lenormant*. — Excellent résultat.

G. Ménégaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1929.

A propos du dosage des sels biliaires dans le liquide duodénal. — MM. *E. Chabrol*, *H. Bernard* *M. Bariety* réhabilitent la méthode stalagmométrique comme méthode de dosage des sels biliaires dans le liquide duodénal, surtout si l'on prend soin de diluer le liquide duodénal pour annihiler l'influence perturbatrice des autres dénivellants parasites.

Un nouveau cas de maladie de Lobstein : les yeux ardoisés. — MM. *Sicard*, *Haguenau* et *Gilbert-Dreyfus* présentent un nouveau cas de cette curieuse maladie. Cette malade, dont la grand'mère présentait la même conformation, a quatre enfants atteints aussi de malformations crâniennes et sont porteurs « d'yeux ardoisés ». La fragilité osseuse ne s'est pas manifestée par des fractures multiples, mais les modifications crâniennes sont caractéristiques.

Néphrose lipoïdique. — M. *Pr. Merklen*, Mlle *Le Breton* et M. *R. Cahn* rapportent l'histoire d'une fillette de 15 ans dont l'état répond à la néphrose lipoïdique telle que l'ont décrite des auteurs allemands et américains. Elle est semblable à celles publiées récemment en France. L'albuminurie atteignait jusqu'à 19 gr. 60 (par pesée). Le cholestériol fut de 8 gr. 40 au début. Mais, si l'on dosait à part l'insaponifiable X, on remar-

quait qu'il était encore beaucoup plus augmenté que la cholestérinol (6 gr. 56 à 8 gr. 98 au lieu de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 par litre). Augmentation des acides gras, de 6 à 8 fois plus forts qu'à l'état normal. Baisse du coefficient lipocytique. Diminution des albumines plasmatiques avec chute de la sérine jusqu'à 8 gr. 62 ; inversion du rapport descendant à 0,23, Pression osmotique très basse : 13 cent. 75. Faibles chiffres des chlorures du plasma (6 gr. 50 à 0 gr.) ; hypochlorurie (0 gr. 50 par litre). Modification de l'équilibre minéral donnant 3 gr. 06 de sodium et 3 gr. 07 de chlore. Augmentation du phosphore lipoïdique et de la lécithine au triple environ de l'état normal. Chute du calcium du sang à 0 gr. 068. Métabolisme basal normal à 41,7. Forte lactescence du sérum. Le traitement d'Epstein n'eut pas d'action sur les troubles qui viennent d'être relatés. Mais le corps thyroïde contribua à faire disparaître les œdèmes et l'ingestion de viande remonta nettement l'état général. Les auteurs, commentant cette observation, font remarquer que tout n'est pas neuf dans la conception de la néphrose lipoïpique. Cliniquement, on la retrouve dans certaines descriptions de la vieille néphrite dite épithéliale ou chlorurémique. Biologiquement, l'école de Widal avait déjà fait des recherches importantes sur la lactescence du sérum des brightiques, sur sa teneur en acides gras, cholestérol et lécithine ; Widal avait montré l'impossibilité de déceler un syndrôme clinique spécial par l'étude de la lipémie et de l'hypercholestérinémie, Chauffard avait insisté sur la fréquence de ce dernier symptôme au cours des néphrites les plus variées, ce qui défend de lui accorder une valeur spécifique au cours de la néphrose lipoïdique. D'autre part, la cloison n'est pas étanche entre cette néphrose et les phénomènes de néphrite. Au cours de la première on a pu noter des symptômes cliniques de la série néphrétique, des cylindres granuleux, une majoration de la constante, une hypertension, une diminution de l'élimination de la phtaléine. Dans le cas des auteurs, il y a eu une poussée caractérisée de néphrite aiguë curable. Enfin, l'hypoalbuminémie et l'inversion des albumines se retrouvent dans les glomérulo-néphrites avec œdème. Bezançon a vu mourir son malade avec de l'azotémie. Aussi est-il difficile de fixer la place nosologique qui revient à la néphrose lipoïque. La seule constatation d'une albuminurie chronique avec œdèmes ne saurait cliniquement suffire au diagnostic qui est surtout d'ordre biologique. Mais, ni la diminution des albumines du plasma, ni la cholestérolémie, ni la lipémie, ni la lactence, prises à l'etat isolé, n'ont une valeur sémiologique suffisante pour affirmer la maladie. Il semble que l'association de ces différents facteurs soit indispensable, sous risque de commettre des erreurs. L'état anatomique du rein, avec son infiltration des cellules tubulaires par des corps gras, revêt sans doute une signification toute particulière qu'il y aurait lieu d'approfondir. Aussi bien, si l'on reconnaît l'existence clinique et biologique d'une néphrose lipoïdique, ignore-t-on nosologiquement ce que l'on diagnostique. Ceci dit, sans rien enlever à l'intérêt de la synthèse que constitue cet état morbide ni au mérite de ceux qui l'ont élaborée.

Pneumothorax thérapeutique mué en caverne pleuro-pulmonaire géante. Considération sur les fistules pleuro-pulmonaires borgnes. — M. ***R. Burnand.*** — Chez un homme de 23 ans, un pneumothorax gauche est créé en janvier 1923 pour tuberculose cavitaire. Il est, en mars de la même année, le siège d'un exsudat sérofibrineux. Celui-ci passe à la purulence d'une manière insidieuse quelques semaines plus tard. Au cours des ponctions et des remplissages ultérieurs, très espacés, aucune anomalie manométrique, aucun accident douloureux ou dyspnéique, aucune vomique, ne fit à aucun moment soupçonner une complication du côté du pneumothorax. Mais une bilatéralisation suraiguë emporta le malade en quelques semaines, deux ans après la création du pneumothorax. A l'autopsie, on a eu la surprise de constater, outre les lésions caséeuses du poumon droit, une énorme fistule broncho-pleurale du côté du pneumothorax, plus qu'une fistule, un ulcère géant chronique du moignon pulmonaire, dont les lésions communiquent largement avec la cavité du pneumothorax. Cette lésion etait de même complètement latente pendant la vie. Au point de vue manométrique, le pneumothorax s'était comporté constamment comme un pneumothorax fermé. On doit donc admettre, malgré la singularité de l'hypothèse, que la fistule pleuro-pulmonaire était borgne. Le moignon pulmonaire était réduit à des dimensions minimes, ce qui explique peut-être, par suite d'une coudure de la bronche de drainage, l'étanchéité du goulot bronchique.

Granulomatose maligne à forme pleurale et tuberculose ganglio-splénique. — MM. ***Léon Bernard***, ***F. Coste*** et ***M. Lamy*** relatent l'observation d'un homme entré dans leur service pour une pleurésie séro-fibrineuse d'apparence primitive. L'existence d'une fièvre de type ondulant, la constatation d'une grosse rate. les bons effets de la radiothérapie et ultérieurement l'examen d'un ganglion prélevé par biopsie, permirent d'affirmer le diagnostic de granulomatose maligne à forme pleurale. Les pleurésies granulomateuses d'apparence primitive offrent certaines particularités qui permettent de soupçonner leur étiologis réelle : le caractère intarissable de l'épanchement, l'aspect polymorphe du liquide qui peut être successivement citrin, trouble et hémorragique, la cytologie « panachée », avec présence de lymphocytes, de globules rouges et de cellules endothéliales sont assez caractéristiques. Les autres symptômes de la granulomatose maligne manquent souvent. L'inoculation de fragments de rate et de ganglions prélevés à l'autopsie du malade a déterminé chez les animaux une tuberculose typique.

En fait, l'existence de bacilles de Koch dans les ganglions et dans la rate de sujets atteints de maladie de Hogdkin a été vérifiée bien souvent. Les auteurs, sans prendre définitivement parti dans le débat rappellent que, pour expliquer ces faits, les uns attribuent à la granulomatose une origine tuberculeuse, que d'autres incriminent le microbisme latent des ganglions, que certains enfin admettent une tuberculisation secondaire des lésions.

Une forme d'angine avec exanthème particulière. — MM. ***Mironesco*** et ***Angenomou*** (de Bucarest).

Amibiase pulmonaire traitée par le pneumothorax et l'émétine. — MM. ***A. Pellé*** et ***Le Baron*** (de Rennes).

Phénomènes d'hypochloruration apparaissant chez un urémique traité par le régime sans sel. Nécessité du contrôle de l'état de la chloruration au cours du traitement des néphrétiques azotémiques. — MM. ***Léon Blum, Van Caulaert*** et ***P. Grabar.*** — Les auteurs ralatent l'histoire d'un malade atteint d'urémie avec chloropexie tissulaire. Sous l'influence d'un traitement strictement déchloruré consistant essentiellement en l'apport d'eau et de sucre, l'état du malade s'améliore. L'urée est tombée de 6 gr. à 2 gr. 40 et persiste à ce niveau. L'examen du chlore des globules et du liquide céphalo-rachidien révèle l'existence d'une chloropénie. Après l'administration de sel l'urée a baissé rapidement à 0 gr. 50.

Les auteurs attribuent cette perte exagérée en Cl, qui s'est faite chez ce malade par la voie rénale, à une amélioration de l'état du rein et à une acidose très marquée (réserve alcaline abaissée à 22 %). Cette acidose avait pour origine une alcalipénie (sodium plasmatique abaissé à 3 gr.) et une formation excessive d'acide lactique.

Cette lacto-acidose s'est produite à la suite des convulsions fréquentes et à certains moments intenses que présentait ce brightique qui était un ancien épileptique.

Cette observation démontre à nouveau la nécessité du contrôle de la chloruration chez les brightiques azotémiques.

René Giroux.



BIBLIOGRAPHIE

Pour la vie et pour la santé, par M. Paul STRAUSS. Taillandier, éditeur, Paris.

« *Civium condicionis non suœ anxius* ». Telle est l'inscription latine gravée au revers de la medaille, qu'offraient à M. Paul Strauss, ses admirateurs et ses amis, dans l'inoubliable séance du 10 décembre 1924, tenue sous la présidence de M. le Dr Roux, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

Telle est également la pensée qui nous vient à l'esprit en lisant le livre que l'ancien Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales vient de publier chez Taillandier, sous ce titre : « Pour la vie et pour le santé ».

Journaliste à 20 ans, conseiller municipal de Paris et conseiller général de la Seine pendent 14 ans, sénateur de la Seine, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, M. Paul Strauss orienta son activité vers les questions d'assistance, d'hygiène, de solidarité.

Plusieurs ouvrages aujourd'hui classiques : *L'Enfance malheureuse*, parue en 18[illegible]; — *Dépopulation et puériculture*, 9[illegible]; — *Assistance sociale, Pauvres et mendiants*, 1901; — *La croisade sanitaire*, 1902; – le *Foyer populaire*, 1913, vulgarisèrent ces notions capitales et complétèrent son œuvre municipale et parlementaire en les mettant à la portée de tous.

L'ouvrage qu'il publie aujourd'hui « Pour la vie et pour la santé » continue cette série.

L'auteur y traite tour à tour la question de la dépopulation, de la natalité et de la mortalité comparée, de la mortalité infantile et des moyens de la combattre; la maternité populaire, la sauvegarde des nourrissons, les consultations maternelles, l'assistance maternelle, l'école des mères, le carnet de croissance, les mutualités maternelles, l'assurance maternelle, les crèches et pouponnières.

Notons encore parmi tant d'autres la question des centres d'elevage, de l'exode nourricier, des infirmières visiteuses, l'inspection medicale des écoles, les cantines scolaires, les vacances scolaires, les écoles de plein air et les colonies de vacances, les préventoriums, sanatoriums et dispensaires et le rôle des assurances sociales dans la lutte contre la tuberculose.

D'autres problèmes aussi angoissants, retiennent le lecteur : la prophylaxie antivénérienne, la lutte contre le cancer, l'organisation sanitaire.

La question de l'habitation rappelle les méfaits des taudis, le problème de l'habitation à bon marché, les lois Ribot et Loucheur.

L'ouvrage se termine sur quelques pages consacrees à la Croisade sanitaire, à l'education, sociale à la liaison et à la coordination de ces nombreux efforts, condition necessaire du redressement national.

Seul, par sa longue et active spécialisation, M. Paul Strauss pouvait écrire cet ouvrage ; chacun des chapitres que nous venons d'énumérer pose le problème, expose les difficultés des solutions recherchées, celles qui ont été adoptées, leurs avantages et parfois leurs imperfections. C'est pour chacun d'eux une mise au point dans le passé et dans le présent, une vision vers un avenir meilleur et les moyens pratiques de le réaliser.

A. F.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1929, par le Dr R. WEITZ, 34e édition, 1 vol. in-16 de 444 pages : 24 fr. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Près d'une cinquantaine de nouveaux médicaments ont été ajoutés dans l'édition, pour 1929, de ce *Formulaire* réputé.

Une table alphabetique aussi détaillée que possible complète cet ouvrage. C'est même grâce à elle que nous conseillerons d'effectuer toute recherche, car la plupart de nos médicaments, tels l'hexaméthylène-tétramine, la phényléthylmalonylurée, les arsénobenzènes, etc., possèdent une série de denominations que l'on trouvera toutes dans la *Table* à leur rang alphabétique respectif.

Enfin, nous attirons particulièrement l'attention du lecteur sur le *Répertoire des synonymes*, qui, augmenté chaque année, comprend actuellement 1.100 noms de médicaments chimiques ou autres et a été complété par l'indication de noms officiels tirés des pharmacopées allemande, americaine et britannique.

L'auscultation pulmonaire moderne, par H.-JUMON (de la Bourboule). In-8° 216 pages, 30 figures, 26 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6e.

A l'époque ancienne qui rapporte les signes cliniques à des lésions supposées, s'oppose l'époque moderne — anatomo-stéthoradiologique, — qui veut que radiologie et signes cliniques se prêtent une mutuelle assistance en vue du diagnostic. Un réajustement des méthodes stéthacoustiques devait donc être tenté, réajustement basé sur *des faits sthéto radiologiques*, et non sur « les revélations inconscientes d'une oreille particulièrement fine, d'un sens clinique plus ou moins inné ».

C'est ainsi que, dans ce travail, on a d'abord remis au point la théorie du bruit respiratoire physiologique et celle des souffles, qui semblait oubliee : On sait pourtant depuis longtemps qu un souffle ne naît pas dans la lésion qu'il revèle, mais qu'il n'est que la transmission du bruit glottique physiologique par un parenchyme condensé. Comme conséquence, la voix et la toux n'étant qu'une des expressions du souffle glottique physiologique, — leurs modifications si importantes en stéthacoustique respiratoire, ne font pas l'objet d'un chapitre spécial, mais sont étudiées avec chacun des souffles pathologiques dont elles sont les compagnes habituelles.

La méthode actuelle a montré de plus que *la nomenclature des signes d'auscultation* pouvait être avantageusement simplifiée, et

qu'il y avait intérêt (ainsi d'ailleurs que pour les signes graphiques qui les représentent) à les grouper par familles possédant des caractères communs. Aussi, en dehors des souffles par compression, somme toute exceptionnels, — n'est-il étudié ici que quatre variétés de souffles par propagation : les souffles tubaire pleural, caverneux et amphorique. De même pour les bruits adventices, dont on n'a retenu que quatres groupes : 1) Ronchus et sibilances ; 2) Râle crepitant ; 3) Râle bulleux (et ses variétés) ; 4) Frottement pleural.

De petits chapitres traitent du traitement métallique, de la succession hypocratique et du signe du son.

Chaque signe est expliqué quant à son mécanisme, puis il est reporté dans la séméiologie générale à la place qu'il doit occuper, et dans le *syndrome respiratoire fondamental* dont il est une des expressions. Chaque affection qu'il contribue à révéler est ensuite sommairement décrite dans ses grandes lignes cliniques, en fonction des lésions anatomiques et des documents radiologiques.

L'ouvrage est accompagné de *schémas* et d'un *tableau complet* des *signes graphiques d'auscultation* employés aujourd'hui.

Les varices. Pratique des injections sclérosantes, par Raymond TOURNAY. Préface de Raoul BAUDET Avant-propos de J. A. SICARD. In-32, 264 pages, (22 figures), 20 francs. Éditions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6e.

L'ouvrage du docteur Raymond TOURNAY est une mise au point actuelle du mode de traitement des varices — et de leurs complications — par les injections sclérosantes. Il est composé presque exclusivement en vue de la pratique. Sans documentation inutile, sans commentaires superflus. « Tout y est méthodiquement, justement et utilement décrit ».

Félicien Rops. Préface de Pierre Mac-Orlan. Essai critique de Jean Dubray. Un vol. pet. in-4, br. couv., de 290 pages. 125 fr. Editions Schens. 10 rue Tourlaque, Paris.

Portrait gravé sur bois de F. Rops par Jean Dubray, cinq planches de reproductions en couleurs, 111 reproductions hors texte et 112 dans le texte d'après l'œuvre du maître.

Cet important ouvrage de vulgarisation est le seul qui actuellement soit, par son prix, à la portée de toutes les bourses.

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Abonnement : un an : 95 fr. Librairie de France, 110, Boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du n° de janvier 1929 : Yves Alix, par F. Fosca. — Bourdelle à Bruxelles, par Ch. Bernard. — La collection Courtauld (I), par M. Dormoy. — Hermann Paul, graveur sur bois, par R. Geiger. — Les rapports des artistes et du public, par P. Jamot. — Un livre sur Renoir. — *Chronique* : Chronique des expositions. — Bibliophilie. — Bibliographie : notes.

Anthologie illustrées des provinces françaises : La Provence, par Emile RIPERT, un vol. (17,5 × 23) avec 140 gravures et une carte. Broché 20 frs. H. Laurens, éditeur, 6 rue de Tournon, Paris VIe).

Poète, érudit, romancier, professeur, conférencier, M. Emile Ripert a su glorifier la Provence sous toutes ses faces; il en a porté la gloire jusqu aux Etats Unis d'Amérique dans une magnifique tournée de conférences.

Il a donc su en ce nouveau volume faire revivre la Provence dans une étude concise et définitive, en même temps qu'il en présentait les plus nobles sites, les villes illustres et les grands hommes à travers le choix qu'il a fait des plus belles pages inspirées par la Provence à nos grands écrivains, et à travers le choix des illustrations qui font à ces pages un vivant et délicieux commentaire.

Il n'est point de Provençal ni d'ami de la Provence, hivernant ou touriste, qui ne veuille posséder en sa bibliothèque ce beau volume où l'on trouve des textes de Mistral, Roumanille, Aubanel, Victor Hugo, Lamartine, George Sand, Alphonse Daudet, Paul Arène, Paul Bourget, Edmond Rostand, Jean Aicard, Charles Maurras, etc. etc.

La cathédrale de Toulouse, par Raymond REY. Un volume in-8 (20 × 13) 32 gravures et un plan. Broché : 6 francs. Laurens, éditeur de Tournon, Paris.

M. Raymond Rey, fait paraître, *La cathédrale de Toulouse*, dans la collection des « *Petites monographies des Grands édifices de France* ».

La cathédrale de Toulouse est le premier grand monument gothique du midi de la France. La vaste nef élevée sur des bases romanes, et couverte de larges voûtes sur croisées d'ogives, est un compromis entre deux architectures et constitue le vrai protype de ces églises gothiques à nef unique que l'on trouve partout dans le sud de la France et au nord de l'Espagne.

Le chœur somptueux fut construit plus tard en plusieurs étapes sur le modèle des cathédrales du nord et résume à lui seul l'évolution de cet art qui resta exceptionnel dans le midi.

Après une introduction historique, l'auteur étudie le monument en six chapitres : la partie romane avec les restes du cloître, la nef construite au temps des Albigeois, le chœur de l'évêque Bertrand de l'Isle, les adjonctions à la cathédrale, les vitraux, le mobilier.

Le visiteur trouvera dans ce livre un guide agréable, nouveau et instructif. Une illustration abondante et judicieusement choisie, avec la reproduction de plans et coupes, fait de cette monographie un instrument de documentation pour l'étude de l'art gothique du midi.

Calendrier de la Révolution, par Boto. (1 vol. in-12. Prix : 6 fr. Imprimerie Nouvelle, 11, rue Cadet, Paris.)

Les manuels d'histoire contemporaine parlent bien du calendrier républicain, mais sans le reproduire intégralement et ceux qui voudraient le revoir tel qu'il a été adopté par la Convention nationale sont obligés de recourir aux grandes bibliothèques publiques.

C'est donc une lacune à combler, un service à rendre à ceux qui veulent étudier, dans tous ces détails, l'œuvre de la Révolution française, que de mettre à la disposition des travailleurs une réimpression et un commentaire de ce calendrier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE

Etude de l'action anti-rachitique des substances irradiées. L'ergastérol irradié, par le Dr J. HUGUENIN, in-8 11 hors texte : 15 fr. (Lac.)

Travaux récents sur le bacille tuberculeux. Revue générale, par le Dr V. FERHAN, in-8. : 10 fr. (Lac.)

Précis de pathologique exotique, par A. Le DANTEC. 5e éd. revue. 2 vol. cart. : 180 fr. (Doin.)

La médecine d'urgence, par C. ODDO, 6e éd. revue in.-8. cart. : 70 fr. (Doin.)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 18 février. — M. Gerchoux. Etude des troubles vésicaux et rénaux au cours de l'appendicite. — M. Ducœur-Joly. Etude sur le phosphore de zinc et son emploi en thérapeutique. — Mlle Fournier. Des polyglobulies par contraction de la rate.

19 février. — M. Guerlot. Pronostic actuel du diabète compliqué de la tuberculose.

20 février. — — M. Petit-Maire. Le traitement des pleurésies purulentes. — M. Bouillié. Hypertrophie congénitale du col vésical. — M. Rémy-Néris. Le tractus thyréoglosse.

21 février. — M. Herman. Etude des formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud. — M. Marcus. Essai sur les sénélites naturelles et pathologiques. — M. Vanbockstael. Hygiène sociale de l'âge préscolaire. — M Sibot. Etude sur la tuberculose pulmonaire.

Thèse vétérinaire. — M. Riou. Coagulation du sang chez le chien.

23 février. — M. Thurel. Les pseudo-bulbaires. — M. Banié. Traitement des fractures et luxations ouvertes.

Concours de chirurgien des hôpitaux —(Admissibilité). — Séance du 11 février. Epreuve écrite — Questions traitées : Ligaments et synoviale de l'articulation du genou. — Lésions traumatiques des ménisques du genou.

Questions restées dans l'urne : Piliers du diaphragme. — Volvulus du côlon pelvien. — Nerf grand hypoglosse (depuis son origine apparente). — Symptômes et traitement des fractures du col du fémur.

Concours de médecins des hôpitaux (Admissibilité). — Composition provisoire du Jury : MM. les Drs Grenet, Lortat-Jacob, Faure-Beaulieu, Stévenin, Brodin, Rouillard qui ont accepté et MM. Sainton, Loeper, Roger, Sézary, Léon Bernard, Le Noir qui n'ont pas encore répondu.

Censeurs : MM. les Drs Janet, Jacquet, Bénard (Henri), Cain, Léchelle, Hutinel, Binet et Marchal.

57 candidats : MM. de Brun du Bois-Noir, Weismann, Pollet, Bariéty, Hillemand, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Garcin, Escolier, Boltanski, Pocage, Lemaire, Decourt, Coste, Lévesque, Paraf, Hagueneau, Chevalley, Moussoir, Pichon, Benda, Deron, Ravina, Lamy, Péron, Pellissier, Prieur, Isaac-Georges, Lelong, Debray, Turpin, Rachet, Froment, Hamburger, Meyer, Bith, Ollivier, Célice, Plichet, Basch, Schmite, Chritophe, Levy, Clément, Thévenard, Mlle Dreyfus Sée, MM. Gutmann, Olivier, Cayla, Lefèvre, Marceron, Schulmann, Périsson, Martin, Descamps, Darquier, Bascouret et Laporte.

Sont dispensés des épreuves d'admissibilité : Mme Bertrand-Fontaine, MM. Coste, Levesque, Paraf, Hagueneau, Chevalley, Ravina, Turpin, Bith. Schulmann.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Miraillé, directeur de l'École de médecine de Nantes.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Busquet, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris ; Collet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Hygiène. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Verny (de Chamalières),

Guerre. (Réserve.) — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Leuret (Michel), 18e C. A. ; Yvon, des troupes coloniales).

Amphithéâtre d'anatomie. — *Avis.* — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en dix leçons, par M. le Dr Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 11 mars 1929 à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs.

Ce cours se fait en liaison avec un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale urinaire sous la direction de M. le professeur agrégé Marion, cours qui sera fait en mars et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Cystoscopie et cathétérisme des uretères. — Chirurgie de l'uretère : voies d'abord ; calculs et uretérotomie ; plaies et sutures ; uretéroplasties. — Chirurgie du rein et du bassinet : voies d'abord ; la découverte par voie lombaire ; ptose rénale et reposition du rein (néphropexie) ; décapsulation du rein.

2° Indications et techniques des pyélotomies simple ou élargie, pyélostomie ; néphrotomie et néphrostomie ; uretéro-pyélonéostomies.

3° Les néphrectomies : techniques et indications : néphrectomies simple, sous-capsulaire, partielle, secondaire ; néphrectomies pour tuberculose ou pour cancer.

4° Chirurgie de la vessie et de la prostate : Les voies d'abord. La voie canaliculaire : lithotritie. La voie hypogastrique : taille vésicale simple pour cystostomie, ablation de calculs, prostatectomie pour adénome ; techniques et indications.

5° Taille vésicale élargie pour cathétérisme des uretères, cystectomies (pour tumeur ou diverticule), prostatectomie totale : techniques et indications. — Cure des fistules vésico-cutanées. — Uretéro-néocystostomie. — Cystectomie totale.

6° Chirurgie de l'urèthre : Uréthrotomies externe et interne, uréthrorraphie circulaire, autoplasties : leurs techniques et leurs indications. — Uréthrostomies.

7° Cure des malformations de l'urèthre : Hypospadias (procédés de Marion, Ombrédanne, Chocholka), épispadias (procédés d'Ombrédanne, Young). Phimosis et circoncision.

8° Chirurgie de la prostate par voie périnéale . Ouverture des abcès de la prostate ; vésiculectomie ; prostatectomie périnéale pour adénome et pour cancer (procédés de Young).

9° Chirurgie des organes génitaux : Ectopie et orchidopexie transcrotale (Ombrédanne) ; cure du varicocèle et de l'hydrocèle ; épididymectomie.

10° Orchidotomie ; castration et traitement du cancer du testicule. Amputation de la verge et émasculation totale.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. — *Concours pour* 1930. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien, pour stimuler les recherches relatives à la vénéréologie, met au concours deux prix de 5.000 francs à décerner aux auteurs des meilleurs travaux de vénéréologie.

Conditions du concours. — Pour ces deux prix l'anonymat est obligatoire. Les ouvrages présentés au concours devront être écrits en français, constituer surtout un travail original fondé sur des faits nouveaux, dactylographié en triple exemplaire, paginé, suivi d'une table.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté, joint à l'ouvrage, et contenant le nom, la qualité et l'adresse de l'auteur. Ce pli ne sera ouvert qu'après la proclamation du résultat du concours. Tout concurrent qui se ferait connaître directement ou indirectement serait par ce seul fait exclu du concours.

Les ouvrages présentés devront parvenir directement au Siège

social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e), avant le 1er octobre 1930.

Clinique médicale de l'hôpital St-Antoine. — Tous les jours, dans les salles de malades de la clinique, a lieu, à 11 h., une présentation d'un malade par le Pr F. BEZANÇON, la présentation du mercredi étant réservée à la tuberculose pulmonaire, et ayant lieu à l'amphithéâtre de la clinique.

La vendredi à 10 h. 1/2, leçon clinique à l'amphithéâtre. Les sujets qui seront traités en mars 1929 par M. F. BEZANÇON, seront les suivants : Vendredi 1er mars : Radiologie du hile normal et des ombres broncho-vasculaires. — Vendredi 8 mars : Syndrome radiologique des suppurations broncho-pulmonaires. — Vendredi 15 mars : Syndrome radiologique de l'emphysème pulmonaire. — Vendredi 22 mars : Syndrome radiologique de la stase pulmonaire.

Dispensaire antituberculeux de la Corrèze. — Un concours sur titres aura lieu, vers le 15 mars 1929, pour la nomination d'un médecin chargé, dans la ville de Brive, de la consultation d'un dispensaire antituberculeux, antivénérien et de l'inspection médicale des écoles.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de 50 ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français, avoir satisfait aux obligations militaires, produire un casier judiciaire négatif et avoir satisfait au concours sur titres.

Pendant la durée du stage préliminaire de six mois, et lors de sa titularisation dans les conditions précitées, le traitement du médecin spécialisé est fixé au minimum à 30.000 francs par an avec augmentation de 2.000 francs tous les deux ans jusqu'à concurrence de 40.000 francs.

Il bénéficiera, en outre, des avantages ci-après : Indemnité pour charges de famille (taux égal à celui consenti aux employés municipaux de Brive) ; un mois de vacances par an avec traitement; retraite constituée par versements à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse avec participation patronale de moitié, jusqu'à concurrence de 1.500 francs par an. Garantie des risque professionnels.

Adresser les demandes de candidature à la mairie de Brive.

Clinique médicale de la Charité. — Le cours théorique et pratique de radiodiagnostic médical sera donné du lundi 22 avril au samedi 27 avril inclus.

Les affiches ultérieures donneront le programme complet.

Ve Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — 1º Le Comité d'organisation du Congrès a bien voulu reporter du 1er février au 1er mars 1929 la date jusqu'à laquelle pourraient être adressés au secrétariat du Congrès les bulletins d'adhésion ;

2º Les grands réseaux de chemins de fer français ont décidé d'accorder une réduction individuelle de 1/2 tarif aux congressistes français qui ne bénéficient pas déjà d'une réduction au tarif militaire, et à leur femme les accompagnant, entre leur résidence et le port d'embarquement.

Les congressistes désirant bénéficier de ces avantages devront joindre tous renseignements utiles à leur bulletin d'adhésion, afin de permettre aux organisateurs du Congrès de transmettre à chacun des réseaux intéressés la liste nominative des personnes devant emprunter ces lignes, avec indication, pour chacune d'elles,

de la gare de départ, de transit ou de destination à l'aller ou au retour.

Les bons individuels de 1/2 tarif seront ensuite adressés au Comité d'organisation qui les fera parvenir aux intéressés. Ces bons seront valables du 1er au 16 mai 1929 inclus et seront passibles de l'impôt de 15 % prévu par les lois des 29 juin 1918 et 22 mars 1924, portant sur la faveur accordée.

Il est rappelé aux officiers de réserve du Service de santé que tous renseignements complémentaires relatifs à l'organisation de ce Congrès leur seront fournis par la Direction du service de santé de leur résidence.

Conférence sur les vaccinations antituberculeuse, antivariolique et antidiphtérique. — Le Dr Georges SCHERIBER fera le dimanche 10 mars 1929, à 17 h. 30, au nouvel amphithéâtre de la Maternité (Service Paul DUBOIS), 121, boulevard de Port-Royal, une conférence sur la médecine préventive chez le nourrisson : vaccinations antituberculeuse, antivariolique et antidiphtérique.

La construction des hôpitaux dans l'agglomération parisienne. — M. Loucheur, a reçu le 13 février une délégation des députés de la banlieue de Paris composée de MM. le Dr Caujol et Doussaint, conseillers généraux ; Adolphe Chéron, Blacque, Belair, Jean Goy, Nomblot, maire de Bourg-la-Reine ; Ble, maire de Vanves, venus pour l'entrenir des initiatives à prendre en vue de l'application de la loi du 13 juillet 1929 dans les communes de la Seine.

La délégation a appelé l'attention du ministre sur la nécessité de procéder dans le plus bref délai à la construction des hôpitaux réclamés par la population de l'agglomération parisienne, et sur l'utilisation immédiate des hôpitaux militaires en vue des besoins particulièrement pressants de la population civile.

Une protestation du Syndicat des médecins de la Seine contre les médecins-marrons. — Les journaux quotidiens ont reçu la lettre suivante :

Le Corps médical parisien s'est ému, autant que le grand public, des récents scandales médicaux qui se multiplient dans des proportions inquiétantes. Le Syndicat des médecins de la Seine tient à faire connaître et à proclamer hautement son indignation contre tous ces médecins-marrons qui sont la honte de la corporation.

Malheureusement, nous nous trouvons presque entièrement désarmés contre les agissements des médecins indésirables. La plupart n'adhèrent pas à nos syndicats et échappent ainsi à nos règlements. Notre seule ressource est de nous porter partie civile quand la justice intervient.

Le seul et vrai remède à cette situation déplorable paraît être la création d'un organisme de discipline professionnelle (conseil de l'ordre des médecins ou institution analogue) pourvu de moyens légaux et efficaces pour défendre les traditions d'honorabilité et de dignité de la médecine française.

Pour le Syndicat des médecins de la Seine. Signé : le secrétaire général docteur P. Barlerin.

Loi du 9 avril 1898. — « Pour qu'il y ait accident du travail, au sens de la loi du 9 avril 1898, dit la Cour d'appel de Nancy dans un arrêté du 15 décembre 1928 (Cie d'assurance La Préservatrice contre Lhomme), il *ne suffit pas qu'une blessure ait été reçue sur le lieu et à l'heure du travail l'ouvrier blessé est dans l'obligation de prouver l'évènement même de l'accident*. Cette preuve peut être rapportée par tous moyens, même par présomption ».

La Gazette du Palais fait remarquer « que la jurisprudence est bien fixée en ce sens : il n'y a accident du travail qu'à la condition qu'il existe une relation directe entre le travail et la lésion. (Cassation, 1er août 1927).

Cependant, fait encore remarquer la *Gazette du Palais*, M. Sachet (Traité de législation sur les accidents du travail, 7e édition, t. I, n° 312, p. 224) a émis l'opinion, que dès l'instant que la victime a fait la preuve que l'accident est survenu dans le temps et au lieu du travail : il y a à la charge du patron une présomption de responsabilité, dont il ne peut se dégager qu'en établissant que l'accident est dû à une cause sans rapport avec le travail. »

Nécrologie. — M. le Dr Charles TALAMON, médecin honoraire des hôpitaux. — M. le Dr FREBAULD, de Paris, 19, rue Cler. — M. le Dr Alfred VEIL, de Paris, 27, avenue Rapp. — M. Paul BLANCHARD, pharmacien de 1re classe, de Lyon, co-directeur de la Société Blanchard et Philippe, décédé à l'âge de 53 ans. — M. le Dr Pierre BOULOUMIER, de Vittel, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris le 13 février, 16, quai de Passy. — M. le Dr BARATIER, de Bellenaves (Allier), doyen du conseil général de l'Allier, décédé à l'âge de 82 ans. — M. le Dr Georges DEHELLY, chirurgien au Havre, décédé subitement à l'âge de 47 ans. — M. le Dr Paul CHAPRON, médecin de l'établissement thermal de Bagnoles-de-l'Orne, décédé à Paris, 12, rue Valentin-Haüy.

REVUE GENERALE

La maladie kystique du sein,

G. MENEGAUX.
Chef de clinique thérapeutique chirurgicale.

La maladie kystique du sein, plus connue sous le nom de maladie de Reclus, est caractérisée cliniquement par la présence d'une multitude de petits kystes dans les deux mamelles et par la bénignité de l'affection.

Si, à l'heure actuelle, la maladie de Reclus est considérée par tous comme une entité clinique, la question de son anatomie pathologique et de sa signification est encore très controversée. Comme nous le verrons en détail plus loin, la mammite kystique est aux frontières de la néoplasie et de l'inflammation et, suivant ses tendances personnelles, chaque auteur la classe dans l'un ou l'autre groupe.

Astley Cooper, dès 1837, avait isolé « une maladie hydatique « de la mamelle et reconnu sa longue évolution ainsi que la présence de nombreux kystes dont « le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une balle de fusil ». A sa suite, de nombreux auteurs, particulièrement Cruveilhier en France et Wernher en Allemagne, citent des cas de la maladie, mais il faut arriver au mémoire de Reclus de 1881 pour en avoir une bonne description clinique. Peu de temps après, Phocas sous l'inspiration de son maître Tillaux, isole une « maladie noueuse de la mamelle ». Il s'agit en réalité, de la même affection (Lecène et Lenormant).

Ultérieurement, les efforts des auteurs ont particulièrement porté sur son anatomie pathologique. Dès 1884, Malassez et Brissaud étudièrent les propres pièces opératoires de Reclus ; ils conclurent de leur examen qu'il s'agissait d'un épithélioma, et partant, qu'une amputation des deux seins s'imposait.

La plupart des chirurgiens protestèrent et personne en France ne put admettre la nature maligne de la maladie kystique dont l'évolution, très lente, ne s'accompagne d'aucune altération de l'état général.

Successivement, Tillaux dès 1888, Quénu, Delbet, opposèrent à cette théorie celle de la nature inflammatoire de la lésion. Mais actuellement, un revirement tend à se produire ; des auteurs modernes ont recherché vainement les caractères essentiels de l'inflammation. On a créé alors le nom d'*hyperplasie* montrant ainsi la nature véritablement néoplasique de la maladie dans le sens le plus large du mot.

Anatomie pathologique.

A l'étude d'une pièce opératoire de maladie de Reclus, la glande est farcie de petits kystes de volume variable, dont le nombre est considérable et qui contiennent un liquide verdâtre souvent sirupeux. Pour Lecène, ce dernier serait analogue au colostrum. La paroi du kyste possède un épithélium disposé en une ou plusieurs couches ; parfois celui-ci prend le type végétant et crée ainsi à l'intérieur de la cavité des sortes de « dentrites en miniature » (Delbet). Ces végétations présentent un axe conjonctif grêle et un revêtement épithélial continu. Elles se rapprochent ainsi des arborisations papillomateuses de la tumeur végétante intracanaliculaire.

Mais à côté des grands kystes, il existe souvent des altérations des acini glandulaires. On peut concevoir qu'elles constituent les formes de début des kystes proprement dits. On peut ainsi souvent suivre toutes les transitions entre l'acinus normal et le grand kyste. L'étude de ces altérations a été fort poussée ces dernières années, en particulier par Delbet dans son ouvrage sur les cancers du sein.

Les lésions sont fort irrégulièrement réparties, et à côté les uns des autres, il n'est pas rare de trouver plusieurs aspects. Nous envisagerons successivement, avec Delbet, les cavités idrosadénoïdes, l'évolution fibreuse et l'évolution épithéliale.

1° Les *cavités idrosadénoïdes*. — Ce sont des microkystes dont la structure a été rapprochée par Letulle et Krompecher de celle des glandes sudoripares. L'épithélium de revêtement est formé de cellules hautes et hypertrophiées dont le noyau prend facilement les colorants. Elles sont disposées en assises multiples. A la périphérie de la cavité, on trouve toujours une couche myo-épithéliale typique. Letulle pensait qu'il s'agissait de véritables formations dysembrioplastiques à type sudoripare. Nous discuterons plus loin cette opinion.

2° *Evolution fibreuse*. — Celle-ci est caractérisée par l'existence d'anneaux fibreux qui entourent les acini. Ils fixent tous les colorants du collagène et il semble qu'ils soient constitués par la basale très épaissie des cellules aciniennes. Il s'agirait donc là, pour Delbet et Masson, d'une reproduction directe de la cellule épithéliale.

Ces anneaux peuvent être si importants qu'ils étouffent l'élément épithélial. A ce stade ils constituent des nodules fibreux, envahissant la glande.

3° *Evolution épithéliale*. — C'est de beaucoup l'altération essentielle qui s'associe d'ailleurs plus ou moins aux lésions précédentes et qui pose la question litigieuse de la nature de la maladie.

Quelquefois, quoi qu'assez rarement (Delbet 4 fois sur 31) on rencontre aux alentours des acini, des cellules à *granulations argentaffines*. Décrites par Bizzozero et Vassale en 1887, elles ont fait l'objet d'un travail d'ensemble de Brugnatelli en 1914. Puis, depuis la guerre, l'école belge les a étudiées (Gérard 1920, Benoit 1922). En France la question a été reprise par de nombreux auteurs : Masson, Peyron, Delbet, Lecène.

Ces cellules se présentent sous la forme d'éléments allongés, parfois ramifiés, rappelant les clasmatocytes. Leur caractère essentiel est leur propriété de réduire l'argent (méthode de Masson à l'argent ammoniacal). Fait extrêmement important, elles sont toujours isolées les unes des autres et du tissu voisin ; elles gardent ainsi une individualité propre sans jamais constituer un véritable tissu.

Quel est le rôle de ces singuliers éléments ? Y a-t-il un rapport entre eux et le système réticulo-endothélial comme d'aucuns le prétendent ? Nous n'en savons rien à l'heure actuelle et nous sommes réduits aux hypothèses.

Les uns (Lecène, Doubrow) les considèrent comme des cellules chargées d'absorber certaines sécrétions épithéliales (la graisse peut-être, d'où leur nom de *lipophages*). Masson au contraire croit qu'elles servent à apporter à l'épithélium des substances nutritives (*lipophores*). Enfin Peyron estime que ces éléments ont surtout un rôle de réaction synergique vis-à-vis des sécrétions issues de l'ovaire et de l'utérus gravide.

Parfois, les acini possèdent une couche externe de petites cellules allongées, souvent triangulaires ; on les appelle les *cellules myo-épithéliales*. Il n'est d'ailleurs pas démontré qu'elles puissent servir de point de départ à une prolifération néoplasique.

Quelquefois, il existe une couche externe de cellules beaucoup plus volumineuses et plus *claires* que celles de la couche interne dont l'aspect est identique à l'épithélium acinien normal. On a considéré ces éléments comme des cellules myo-épithéliales modifiées, et Peyron, même, aurait réussi à y mettre en évidence des myofibrilles. Il est possible, mais non prouvé, que l'épithélioma à cellules claires du sein soit dû au développement de ces éléments.

Parfois les cellules anciennes prennent *l'aspect de la cellule sébacée*. Elles sont volumineuses, leur protoplasma

◆

est à structure réticulaire. Leurs caractères prolifératifs sont déjà assez marqués puisqu'on rencontre des acini complètement remplis par elles et que, dans d'autres cas, elles constituent souvent à l'intérieur des cavités aciniennes des houpettes cellulaires sans axe conjonctif.

Delbet a encore étudié les lésions anatomiques des mammites au point de vue de leur histo-physiologie. Il a montré que l'absence de sécrétion graisseuse paraît être un caractère pathologique. Il a surtout étudié la *sécrétion mucoalbumineuse* par la coloration au muci carmin : mais il n'a pas rénssi à mettre en évidence un rapport bien certain entre l'existence de ces sécrétions et le type de cancer ultérieur.

Pathogénie.

La longue évolution bénigne de la maladie et la rareté de sa cancérisation s'opposent à l'hypothèse de Malassez et Brissaud. La maladie kystique n'est certainement pas une tumeur maligne.

A l'heure actuelle, deux théories seulement s'affrontent, celle qui fait de la maladie kystique un processus inflammatoire il s'agirait d'une véritable mastite chronique, et celle qui l'envisage comme une néoplasie ou tout au moins comme une néoplasie ébauchée.

La nature inflammatoire de la maladie a été admise par Pierre Delbet. « Je pense, dit-il, qu'il faut ranger les cirrhoses épithétiales du sein (suivant leur dénomination ancienne de Charcot) dans les mammites comme on range les cirrhoses épithéliales du rein dans les néphrites... Gaucher et Surmont ont réussi, en injectant dans les canaux galactopbores d'une chienne en lactation des cultures de staphylocoques blancs provenant d'une mammite chronique, à produire une inflammation subaiguë qui a fait évoluer la glande vers l'état kystique ». Et plus loin le même auteur dit que « la maladie kystique conduit logiquement aux adénomes » lesquels peuvent évoluer au cancer.

Au contraire, Leeène et Lenormant soutiennent l'autre théorie « d'après ce que nous avons vu, nous pensons que l'opinion de Brissaud, de Malassez est la vraie : la prolifération épithéliale est le fait essentiel et, croyons-nous, primitif... nous croyons que la maladie de Reclus est un adéno-kystome diffus du sein, et qu'elle n'a absolument rien à voir au point de vue pathologique avec les mastites chroniques ; c'est en réalité à côté des adénomes et tout près des épithéliomas intra-canaliculaires qu'il faut placer la maladie kystique au point de vue nonographique ».

En réalité, il s'agit là de discussions purement académiques, car le problème a été simplement reculé : Delbet croit à la nature inflammatoire de la maladie tout en considérant qu'elle aboutit à l'adénome, Lecène estime qu'il s'agit d'un processus tumoral : vouloir à tout prix mettre un nom sur ces lésions, c'est rechercher l'origine des tumeurs, point de biologie générale sur lequel nos connaissances sont bien frustes.

Cependant à la lueur des travaux modernes, il est possible d'aller un peu plus loin dans l'étude de la question. On sait toute l'importance qu'on attribue actuellement aux phénomènes irritatifs dans la production des tumeurs. Le Roy en 1912 range déjà la maladie kystique dans le cadre des hyperplasies pathologiques. Cheattle y décrit des lésions d'hyperplasie desquamative (dans la lumière des acini et des galactophores) et des hyperplasies dysgénétiques. Dans ces dernières, les cellules prennent souvent des caractères atypiques avec mitoses monstrueuses. Les premières sont voisines des lésions inflammatoires, les deuxièmes sont plus proches du cancer.

L'étude du cancer expérimental a montré des lésions analogues. Qu'on le provoque par le spiroptère de Fibiger, par des excitations mécaniques, par du goudron, ou par des radiations, le cancer commence par un stade d'hyperplasie bénigne histologiquement. Il n'est même pas possible de connaître exactement la malignité de la tumeur par l'étude de ses coupes ; en effet telle lésion en apparence bénigne entraîne la mort rapide avec métastase ; de même telle autre dont l'aspect histologique est bénin peut être greffée en série, tandis que d'autres histologiquement malignes ne sont pas inoculables. Il y a donc des stades intermédiaires que, dans l'état actuel de la science, il nous est impossible d'identifier. Itchikava a employé pour désigner ces états intermédiaires, les termes de « cancer approché, cancer ébauché, cancer confirmé ». Delbet, dans les altérations du sein, utilise le nom de « mammite chronique » lorsque, histologiquement, il ne trouve aucun caractère malin, et « mammite en évolution », quand ces proliférations épithéliales rendent probable la cancérisation.

La maladie de Reclus est donc une lésion d'hyperplasie qui l'apparente aux tumeurs.

Cette origine néoplasique étant admise, on a voulu savoir si le point de départ était dans les éléments glandulaires ou dans les inclusions embryonnaires. Letulle puis Krompecher se fondent sur l'aspect idrosadénoïde si fréquent pour dire qu'il s'agit d'une inclusion sudoripare. La maladie kystique est alors une dysembryoplastie. Cependant Doubrow n'a pas retrouvé dans les cavités idrosadénoïdes des sécrétions identiques à celles des glandes sudoripares. Delbet dit, avec juste raison, que, dans cette hypothèse, il faudrait admettre un vice de développement presque total de l'organe puisque les lésions sont extraordinairement diffuses.

Pour concilier ces deux opinions, Herrenschmidt avait proposé de diviser les microkystes idrosadénoïdes en deux catégories : les unes, formations idrosadénoïdes vraies, seraient des dysembryoplasties, les autres, formations idrosadénoïdes fausses seraient des néoplasies.

L'opinion presqu'universellement admise aujourd'hui est que la prolifération épithéliale a son origine dans le revêtement acineux normal. Or, on sait que la mamelle dérive, au point de vue embryologique, des glandes sudoripares. L'existence des cavités idrosadénoïdes est expliquée par une régression vers l'état embryonnaire, c'est-à-dire par une différenciation cellulaire.

Etiologie.

La fréquence de la maladie de Reclus est difficile à apprécier, car de nombreux cas passent complètement inaperçus, n'entraînant aucun symptôme, et d'autre part, tous les kystes du sein ne rentrent pas dans le cadre de la maladie de Reclus. C'est ainsi que les différents auteurs donnent des chiffres très variables. Bryant a vu 68 kystes sur 242 tumeurs, soit 27,2 %, tandis que Williams sur 2.397 tumeurs n'a vu que 62 kystes, soit 2,6 %.

La maladie kystique est une affection de la ménopause et Bryant donne comme proportions :

4 cas au-dessous de 30 ans.
11 entre 30 et 40 ans.
33 entre 40 et 50 ans.
16 entre 50 et 60 ans.
3 au-dessus de 60 ans.

Cependant, Delbet croit que la maladie de Reclus se rencontre avec une égale fréquence à la puberté et à la ménopause. De même Baumgartner a vu une jeune fille de 19 ans dont les deux seins étaient farcis de grains de plomb.

La plupart des maladies atteintes de cette affection ne présentent aucun passé mammaire pathologique. C'est ainsi que la seule fois où Delbet ait fait le diagnostic de mammite chronique alors qu'il s'agissait d'un cancer confirmé, la malade avait eu, antérieurement, un abcès du sein. Cette constatation infirme, une fois de plus, la théorie inflammatoire de la maladie.

Etude clinique.

Le début est lent et insidieux. C'est par hasard que la femme, au cours de sa toilette, remarque les nodosités

de la glande. D'autres fois, elle vient consulter pour des douleurs parfois spontanées, parfois dues à des tramautismes provoqués par les vêtements. Il arrive que les douleurs soient augmentées au moment des règles.

L'inspection révèle quelquefois une augmentation légère de volume d'un des seins et une circulation collatérale peu marquée. Dans certains cas, un kyste est assez volumineux pour faire saillie sous la peau.

La palpation est au contraire caractéristique. Faite sans précaution, elle révèle à l'intérieur de la glande une grosse masse, mais celle-ci se résout en une série de petits grains durs, distincts les uns des autres, par l'examen à plat sur le gril costal suivant la manœuvre classique de Velpeau. La tumeur a fondu « comme le nuage se résout en pluie » (Delbet).

Le volume des nodosités est variable, de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une noisette ou d'une noix. Les plus nombreux sont les plus petits et la sensation éprouvée par la main qui palpe est comparable à la perception de nombreux grains de plomb. Il existe souvent quelques noyaux plus gros que les autres ; une rénitence particulière peut révéler leur caractère liquide.

Fait extrêmement important, ces nodosités sont libres les unes sur les autres et leur seule « cohérence » est un gros signe de présomption de leur transformation maligne.

La peau est mobile, le mamelon non rétracté, il n'y a aucune adhérence au pectoral, tout au moins dans la très grande majorité des cas : quand l'évolution fibreuse prédomine, il est possible malheureusement de reconnaître des caractères opposés ; et une amputation de la glande est par suite proposée.

Les grains de mammite sont presque toujours disséminés dans les deux seins et cette bilatéralité, dans un cas douteux, est d'un excellent appoint pour le diagnostic. Parfois un lobe est plus atteint qu'un autre et donne l'impression d'avoir été injecté à la cire (Reclus).

La ponction exploratrice doit toujours être faite systématiquement et permet de retirer un liquide d'aspect variable mais non hémorragique. En réalité, cet examen n'a pas la valeur qu'on veut bien lui attribuer habituellement. Ainsi que le dit Delbet, le fait de trouver un liquide non hématique prouve évidemment que le kyste est bien un kyste de mammite mais ne préjuge en rien de l'existence ou non d'un cancer au voisinage de celui-ci. Signalons que dans quelques cas rares on peut rencontrer un écoulement jaunâtre par le mamelon.

Il est bien évident qu'il faut rechercher soigneusement et systématiquement l'adénopathie axillaire. Dans la majorité des cas, il n'en existe aucune, ou les ganglions perçus ont des caractères banaux.

C'est par années qu'il faut compter l'évolution de la maladie kystique. Reclus signale un cas où la durée fut de 33 ans (Trélat) un autre de 30 ans ; on peut la voir régresser sous l'influence d'un traitement médical puis évoluer de nouveau. Mais l'existence de cette marche oscillante n'est pas constante. Quand il existe des périodes réactionnelles, celles-ci surviennent en général au moment des règles. Le plus souvent, la maladie reste longtemps stationnaire ; elle peut se terminer par une atrophie complète de la mamelle (Billroth).

La transformation maligne de la maladie est rare. Theile admet qu'elle ne survient que dans 5 % des cas. D'ailleurs, étant donnée la fréquence du cancer du sein, il est difficile de dire si le cancer s'est développé à cause de la maladie kystique ou parallèle à elle.

Diagnostic.

Le diagnostic n'est pas douteux quand la symptomatologie de l'affection est au complet et la femme maigre facile à palper. Dans d'autres cas, il peut être beaucoup plus difficile.

L'adénofibrome est parfois multiple et la différenciation avec la maladie kystique alors pratiquement impossible. L'erreur n'a d'ailleurs aucune importance puisqu'il s'agit de deux lésions bénignes.

La tuberculose mammaire a parfois été confondue. En règle cependant, l'unilatéralité des lésions, la grosse adénopathie axillaire, permettent de la différencier.

La tumeur végétante intra-canaliculaire est reconnue à son écoulement sanglant par le mamelon, au nombre limité de ses nodosités et à son unilatéralité. Mais c'est avec le cancer banal que l'erreur est la plus grave. Nous avons vu en effet que les signes caractéristiques du cancer, peau d'orange, rétraction du mamelon, adhérence aux pectoraux, adénopathie axillaire peuvent être observés dans la maladie de Reclus. Dans ces cas, la bilatéralité et la multiplité des grains sont un appoint en faveur de la maladie kystique.

Il est encore plus difficile de se rendre compte si un des noyaux de la maladie n'est pas en voie de dégénérescence. Delbet montre que la cohérence des grains est un fâcheux signe de présomption, mais qui ne permet pas à son avis de conseiller l'amputation de la glande. Mais si la plaque formée par ces grains cohérents perd sa souplesse, devient dure et irrégulière, cela est caractéristique d'une évolution cancéreuse et il faut faire alors l'amputation du sein.

La biopsie est rejetée par la plupart des auteurs. Elle est en effet dangereuse et peut donner des résultats erronés. Le danger vient surtout de l'ouverture des vaisseaux lymphatiques et de la dissémination possible des cellules cancéreuses que celle-ci entraîne. Aussi a-t-on préconisé la biopsie extemporanée avec coupes par congélation. On peut ainsi avoir la réponse du laboratoire en un temps très court, 10 minutes ou 1/4 d'heure, ce qui permet une décision opératoire immédiate.

Cependant cette méthode n'est pas entrée dans la pratique courante. D'abord les appareils à congélation sont peu répandus, en France, tout au moins. De plus, cette technique ne permet d'obtenir que des coupes histologiques assez épaisses, qui ne prêtent pas à des discussions d'histologie fine et le temps restreint dont dispose l'histologiste l'empêche d'examiner un grand nombre de lames.

La technique au formol bouillant utilisée par J.-L. Faure et que Osualdo a décrite dans sa thèse en 1922 présente des inconvénients analogues.

Aussi Lecène préconise-t-il plutôt l'incision franche de la zone suspecte. Celle-ci pourra faire découvrir des lésions typiquement bénignes. « Si au contraire, l'aspect macroscopique des tissus laisse des doutes (dans ces cas, c'est presque toujours d'un cancer qu'il s'agira) ou s'il s'agit certainement de cancer macroscopiquement reconnaissable on referme l'incision exploratrice par deux pinces de Museux et, changeant de gants et de bistouri, on fait aussitôt l'amputation large du sein ».

Traitement.

La maladie de Reclus étant une affection bénigne, l'abstention opératoire doit être la règle. La compression douce et méthodique, l'usage interne d'iodure de potassium pourront parfois faire régresser la maladie ou tout au moins calmer les douleurs. La ponction évacuatrice des kystes avec injection modificatrice doit être rejetée ; si l'un d'eux est trop volumineux, il vaut mieux recourir à l'extirpation chirurgicale.

Mais surtout, il convient de surveiller de très près les malades, particulièrement aux alentours de la quarantaine pour dépister dès son extrême début la transformation maligne. Dans ce cas, une ablation large s'impose.

BIBLIOGRAPHIE

Askanazy. — *Schw. med. Wochenschr,* t. LV, n° 45, nov. 1925 p. 1017.
Corsy. — *Bull. Assoc. fr. Et. cancer.* n° 5, mai 1927, p. 389.
Corsy. — *Bull. Soc. de Biol.*, t. XCII, 1925, p. 86.

CHEATTLE. — *Brit. Journ. of Sug.*, janvier 1926, vol. XIII, p. 509.
DELBET. — *Bull. Ass. fr. Et cancer*, n° 5 mai 1925, p. 250.
DELBET et MENDARO. — Les cancers du sein, Masson, 1927.
JAVELLY. — *Rinascenza Medica*, n° 12, juin 1926, p. 252.
HAHN. — *Virchow's Archiv.*, vol. 262, fasc. 2, p. 531, 1926.
LE DENTU et DELBET. — 1913, t. 23, Baillière, édit.
PEYRON, CORSY et SURMONT. — *Bull. Ass. fr. Et. cancer*, n° 4, avril 1925.
PEYRON. CORSY et SURMONT. — *Bull. Assoc. fr. Et. cancer*, n° 1, janvier 1926, p. 21.
Précis des neuf agrégés, t. III, 5e édition 1928.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Comment fonctionne l'assurance invalidité-maladie dans les mines de la Sarre

Le Saarknappschaftsverein.

Au moment où la loi sur les assurances sociales va être, en France, mise en action, où l'on parle même de la faire par avance fonctionner à blanc, il nous a paru intéressant de faire connaître au public médical le fonctionnement d'une très importante Caisse de maladie, celle du personnel sarrois des Mines de la Sarre, qui est gérée par le Saarknappschaftsverein, par abréviation S. K. V.

La majeure partie de cette étude sera une énumération de chiffres. Nous nous en excusons mais, ici les chiffres ont leur éloquence et nos confrères verront que si l'on veut que les médecins aient une situation convenable (et ils l'ont indiscutablement au S. K. V.), si l'on veut que les malades soient soignés comme il faut, cela coûte très cher : il faut compter 430 fr. par membre actif et par an.

Disons de suite que, seuls, font partie de cette Caisse les ouvriers et les employés sarrois des Mines de la Sarre. Les employés français (1.100 env.), formant avec leur famille une population de 3.150 âmes, ont à leur disposition six médecins français (médecins de l'Administration des Mines), un dépôt pharmaceutique, une clinique : leur statut est extrêmement différent de celui des mineurs.

Le S. K. V. est une formation déjà ancienne dont le premier début remonte à 1769 et les premiers statuts à 1797. Sa Caisse-maladie paraît donner satisfaction à tous, assurés et médecins, mais elle a été souvent remaniée, et n'est arrivée que peu à peu à son état actuel. Bien gérée, bien dirigée, cette Caisse est prospère ; presque complètement ruinée lors de la chute verticale du mark (1922-1923) elle a pu, depuis lors, se reconstituer des réserves consistant pour la majeure partie en immeubles, valeurs hypothécaires et dont la valeur s'élevait fin 1926 à 39.941.000 francs. C'est une preuve de vitalité.

Il faut noter dès à présent que ce bon fonctionnement est dû à la coopération de tous. Nous avons affaire à une population familiarisée avec ce genre d'assurance qui comprend que tout membre qui exagère une maladie fait augmenter les frais généraux et, par conséquent, la cotisation de chacun ; le contrôle se fait automatiquement : population disciplinée se pliant aux décisions médicales (hospitalisation, etc.) ayant le médecin en haute considération. C'est d'ailleurs quelqu'un de très important sur le compte duquel on évite les appréciations et qui ne discute pas avec les malades.

Avec une bonne direction, de l'argent, les assurés disciplinés, une Caisse doit prospérer.

***

Le S. K. V. est formé de la réunion de trois caisses :

1° Une Caisse invalidité-maladie (celle que nous étudierons particulièrement).

2° Une Caisse invalidité professionnelle ;

3° Une Caisse invalidité proprement dite.

La deuxième caisse donne une retraite aux mineurs âgés de 55 ans et ayant accompli 25 ans de travail, ainsi d'ailleurs qu'à leur veuve et à leurs orphelins. Elle assure, de plus, les soins médicaux et pharmaceutiques aux pensionnés et à leur famille.

Cette retraite peut être acquise plus tôt en cas d'invalidité définitive, après avis d'une Commission médicale et sur la proposition du médecin de district ; elle est toujours fort convenable et permet aux pensionnés de vivre assez largement.

Ces pensionnés étaient, fin 1926, au nombre de 20.683.

La troisième Caisse assure une retraite aux mineurs ayant 65 ans ou 66 % d'invalidité.

Nous ne parlerons pas dans notre étude des deuxième et troisième caisses qui ne correspondent pas exactement à ce que l'on veut introduire en France. Nous les ferons intervenir seulement lorsque nous parlerons des honoraires médicaux afin de préciser la situation pécuniaire des médecins de Caisse.

Voici pour 1926 le budget de la Caisse invalidité-maladie :

A. — RECETTES.

Sont assurés tous les travailleurs des Mines de la Sarre et de leurs dépendances, ainsi que leur famille, soit :

75.323 membres actifs ;
43.953 familles.

Ces assurés versent des cotisations fonction de leur salaire, elles vont de 16,50 à 25 francs par mois.

Les employeurs (les Mines Domaniales de la Sarre et la Mine de Frankenholz) payent de leur côté des cotisations dont le montant est égal à celui des cotisations ouvrières obligatoires soit chacun 19.406.909 fr., au total 38.813.818 fr.

L'Etat n'intervient qu'en tant qu'employeur, mais pas autrement. Les assurés ont droit aux soins médicaux et pharmaceutiques, aux appareils, aux frais funéraires ; leur famille, aux soins médicaux et à la moitié des frais pharmaceutiques.

Ils touchent une indemnité journalière de maladie calculée d'après le salaire de base (il existe 8 classes de ces salaires) et égale à la moitié du salaire de base pour tous les jours de maladie, sauf les trois premiers, et les dimanches et fêtes compris dans les 15 premiers jours. Cela, pendant une période de 183 jours, après quoi, une décision est prise (invalidité définitive avec retraite ou continuation des soins).

B. — DÉPENSES.

Honoraires de médecins de Districts	1.723.504 69	soit	4,55 %
Honoraires des spécialistes	1.103.391 41	»	2,91 %
Médicaments	2.656.003 11	»	7 %
Petite chirurgie	433.422 53	»	1.14 %
Appareils, bandages, herniaires, lunettes, etc	371.833 99	»	0,98 %
Traitement dans les hôpitaux du S. K. V.	11.978.471 25	»	31,59 %
Dans les autres hôpitaux	876.787 37	»	2,31 %
Transport de malades	203.582 11	»	0,54 %
Indemnités de maladie	9.438.226 65	»	24,89 %
Frais de funéraires et secours	565.161 98	»	1,49 %
Frais d'administration	1.792.894 38	»	4,73 %
Réparation des immeubles et surveillance	161.729 20	»	0,43 %
Accouchements et secours	1.216.805 44	»	3,20 %
Secours aux familles (y compris frais médicaux, env. 2.000.000 et pharmaceutiques)	3.899.243 68	»	10,28 %
Frais divers	1.500.744 43	»	3,96 %
Total	37.921.802 25		

Voici maintenant à combien reviennent :

1° Un cas de maladie ;

2° Une journée de maladie ;

3° Un membre actif pendant une année.

	Prix de revient de un cas de maladie	une journée de maladie	un membre actif par an
Honoraires de médecins de districts	33,50	1,54	22,61
Honoraires de spécialistes	21,45	0,98	14,48
Médicaments	51,63	2,37	34,85
Petite chirurgie	8,42	0,38	5,68
Bandages, lunettes, etc	7,22	0,33	4,87
Frais d'hospitalisation à l'hôpital du S. K. V.	232,87	10,71	137,20
Autres hôpitaux	17,04	0,78	11,52
Transport de malades	3,95	0,18	2,67
Indemnités de maladie	183,48	8,43	123,86
Frais funéraires	10,98	0,50	7,41
Frais d'administration	34,85	1,60	23,52
Réparations d'immeubles	3,14	0,14	2,12
Divers	20,17	1,34	19,69
Total	637,70	29,28	430,46

Enfin, disons que en 1926 il y a eu: 51.438 cas de maladie (67 % des assurés) et 1.118.279 journées de maladie (soit 14.67 jours par membre).

La durée moyenne d'un cas de maladie a été de 21 jours, 7.

11.765 cas ont été traité dans les hôpitaux pendant 340.139 jours, soit une durée moyenne de 28 jours 9.

* * *

Il y a, nous avons dit, six hôpitaux appartenant en propre au S. K. V. Ils sont d'importance variable, en voici la liste avec le nombre de lits respectif.

Völklingen	167
Sulzbach	244
Quierschied	320
Neunkirchen	249
Saint-Ingebert	42
Frankenholz	60
Soit au total	1.082 lits.

Chaque hôpital a à sa tête un médecin-chef avec 5 ou 6 assistants-médecins, selon l'importance.

Ce sont des établissements bien tenus pourvus du matériel le plus moderne (rayons X, laboratoires, actinothérapie, etc.) et certains n'ont rien à envier à nos hôpitaux parisiens,.

Le prix de revient moyen de la journée de malade peut être évalué à 30 francs environ.

Les médecins n'étant pas payés à la visite envoient volontiers à ces hôpitaux, ce qui n'est pas un mal tant au point de vue de la qualité des soins que du prix de revient. Dans le cas où le malade est dans un état ne permettant pas sans transport dans un hôpital du S. K. V., il peut être envoyé dans un autre hôpital privé ou appartenant à d'autres Caisses de maladie.

Enfin, depuis peu, vient d'être créée une clinique d'ophtalmologie très bien outillée.

* * *

Nous avons signalé les frais d'administration qui s'élèvent à 1.792.894 francs, cela paraît peut-être énorme mais il faut penser à la quantité de « personnel central » que nécessite un pareil organisme. Outre un directeur, 8 chefs de service (service général, caisse de comptabilité, caisse maladie, caisse invalidité, statistiques, service technique, administrationdes hôpitaux, classement des dossiers individuels) il y a environ 140 employés.

Le S. K. V. est dirigé par un Comité directeur de 22 membres employés et employeurs, par moitié.

* * *

Maintenant que nous avons donné une idée de ce que peut être une organisation d'une telle envergure, voyons comment sont donnés les soins médicaux et quelle est la situation des médecins de Caisse en Sarre.

Le territoire est divisé en 92 circonscriptions ayant chacune un médecin agréé par le Comité directeur (ce sont généralement des anciens assistants des hôpitaux).

Ces circonscriptions sont d'importance très inégale. Certaines (70) situées dans le district minier sont telles que le médecin ne peut faire que de la médecine de Caisse ; dans d'autres, au contraire, la Caisse n'est qu'un appoint de clientèle parfois minime.

Le malade doit, en principe, s'adresser au médecin de la circonscription sur laqelle il habite ; toutefois, il peut en choisir un autre à condition que ce dernier ne soit pas éloigné de plus de 7 kilomètres. Dans ce cas, le médecin ne touche que les déplacements, mais pas la partie fixe, il n'a donc pas intérêt à tenter à multiplier ces clients extérieurs par du bon garçonnisme ou de la complaisance.

A cet effet, tous les ans, au mois de juin, les membres remettent à l'Inspection des Mines un bulletin sur lequel est inscrit le nom du médecin de leur choix.

Comment sont payés ces confrères ?

Pour les membres *actifs* le traitement comprend trois termes :

1° Une partie fixe :

pour	200	à	250	membres	3.120 fr.
»	251	à	300	»	3.900 fr.
»	301	à	400	»	4.680 fr.
»	401	à	500	»	5.460 fr.
»	501	à	600	»	6.240 fr.
»	601	à	700	»	7.020 fr.
»	701	à	800	»	7.800 fr.
»	801	à	900	»	8.580 fr.
»	901	à	1.000	»	9.360 fr.
»	1.001	à	1.200	»	10.140 fr.
»	1.201	à	1.400	»	10.920 fr.
»	1.401	à	1.600	»	11.700 fr.
»	1.601	à	1.800	»	12.480 fr.
»	1.801	et plus		»	13.260 fr.

2° Une indemnité de 10,40 fr. par tête de membre habitant le district médical.

3° Des frais de déplacement. Le S. K. V. verse 3 francs par membre aux Syndicats médicaux qui font la répartition.

Pour les familles, le médecin touche 35 fr. par famille. Le S. K. V. verse, comme ci-dessus, 4 fr. 50 d'indemnité de déplacement.

Les certificats d'embauchage (il en faut un chaque fois qu'un nouveau membre s'inscrit) sont payés cinq francs.

Les certificats divers que demande le S. K. V. (contrôle, etc.) sont payés 15 francs.

La petite chirurgie n'est pas comprise dans les honoraires ci-dessus.

De plus, il est versé par la Caisse invalidité seule, 350.000 francs pour les soins donnés aux invalides définitifs et700.000 francs pour les soins donnés à leur famille.

Au total, les médecins de districts se partagent :

Caisse maladie (membres actifs et famille)	4.100.000 fr.
Caisse invalidité	1.050.000 fr.
Certificats divers	50.000 fr.
Soit environ	5.200.000 fr.

Si l'on considère qu'il n'y a guère que 70 circonscriptions dans lesquelles la médecine de Caisse est à peu près tout, on peut admettre que chaque confrère touche environ 5.000.000 : 70 = 70.000 francs par an, les uns allant jusqu'à 80 ou 90.000, les autres descendant jusqu'à 50 ou 60.000 fr.

Ce ne sont donc pas des situations à dédaigner d'autant que rien n'empêche un médecin jeune et actif de faire de la clientèle en dehors, s'il le peut.

Enfin, le S. K. V. verse chaque année à la Caisse syndicale de secours des médecins du S. K. V. une somme forfaitaire de 1 fr. 60 par membre actif de la Caisse maladie. Cette Caisse sert principalement des pensions aux veuves de médecins.



En plus des médecins de districts, le S. K. V. reconnait :
7 ophtalmologistes :
10 octo-rhino-laryngolgistes.
6 dermatologistes.

Ceux-ci sont payés sur le vu de bons établis par les médecins de districts et donnent droit à six mois de soins. Ils valent :

Yeux	49 fr.
Oto-rhino	59 »
Peau	69 »

Si le traitement excède six mois, le spécialiste reçoit un nouveau bulletin qui vaut :

Yeux	41 fr.
Oto-rhino	49 »
Peau	59 »

Pour les familles, les spécialistes touchent :

Yeux	45 fr.
Oto-rhino	45 »
Peau	63

Dans ces prix ne figurent pas : les opérations qui, d'ailleurs, se font à l'hôpital.

Quant aux médecins-chefs d'hôpitaux, ils jouissent d'une très haute considération ; ils sont logés, chauffés, éclairés et touchent un minimum de 80.000 francs par an. Il est vrai qu'ils arrivent tard à ces situations et que tant qu'ils sont en sous-ordre, ils sont assez mal payés.

Enfin, disons que la Caisse reconnaît 48 médecins-dentistes et 68 dentistes ordinaires, payés à un tarif spécial.

* * *

Le contrôle des soins est fait par le médecin de district lui-même, sur avis de la caisse qui lui signale que tel ou tel cas dure trop longtemps ou que, d'après enquête faite par des « hommes de confiance » le malade vaque à ses occupations et ne suit pas les prescriptions médicales. Les sanctions prévues vont jusqu'au retrait de l'indemnité journalière.

* * *

En terminant cette étude, il faut reconnaître que les Allemands ont réalisé, dans l'Allemagne en général et dans la Sarre en particulier, quelque chose de grand qui fonctionne au consentement de tous, assurés et médecins.

Certes, ils n'y sont pas arrivés du premier coup et il a fallu des retouches nombreuses. Telle qu'est la réalisation actuelle, elle peut servir de modèle pour un début chez nous.

Qu'on le veuille ou non, il faut instituer en France l'assurance invalidité-maladie.

Tous ceux d'entre nous qui ont exercé dans des milieux industriels savent que la maladie du père est la fin de la famille.

On n'a pas d'argent devant soi, on subsiste quelque temps du crédit chez le boulanger et le boucher et puis ... ple père va à l'hôpital, la mère... les filles ... les fils ... c'est la mort du foyer.

Mais pour faire quelque chose de bien, pour agir utilement et secourir les malheureuses familles décapitées par la maladie ou la mort de leur chef, il faut, je le répète trois choses : de l'argent, une direction ferme, intelligente et avisée, et de la discipline chez les assurés qui doivent comprendre que toute défaillance d'un des membres qui simule ou prolonge une maladie est un vol fait à tous puisque chacun doit payer une cotisation plus forte : chacun doit faire du contrôle. Ils doivent comprendre également que, s'ils veulent être bien soignés, il ne faut pas abuser du médecin qui s'il perd son temps auprès de malades légers ou imaginaires, ne peut s'arrêter assez longtemps auprès de ceux qui souffrent réellement : c'est une discipline à acquérir, elle nous viendra comme elle est venue à d'autres.

Le secret de la prospérité d'une Caisse est là.

L'argent se trouve facilement, de bons dirigeants peuvent se former au contact de ce qui a été fait ailleurs, la discipline s'acquiert si l'on veut, mais il faut le vouloir.

Hors de cela, toute tentative d'instauration d'une Caisse invalidité-maladie est vouée au gaspillage, à l'incohérence et au gâchis ; c'est un échec certain.

Dr E. Jacquemin-Parlier.
Médecin des Mines domaniales françaises de la Sarre.

CHRONIQUE

Le lipiodol.

Le regretté Prof. Sicard et le Dr H. Forestier viennent de publier à propos du lipiodol (1) un beau livre qui apportera au médecin de nombreuses et intéressantes précisions quant à l'emploi de cette huile iodée en radiodiagnostic et en thérapeutique.

Etude chimique et physiologique. — Le lipiodol est une huile d'œillette contenant 40 % d'iode en poids.

La fabrication des huiles iodées est essentiellement basée sur la propriété qu'ont les huiles de type chimique complet de fixer de l'iode sur leur molécule.

C'est par l'intermédiaire de chlorure d'iode que sont obtenues la plupart des huiles iodées préparées dans les différents pays ; elles ont fixé dans leur molécule du chlore en même temps que de l'iode et ce sont en réalité des huiles chloro-iodées. Au contraire, le lipiodol ne contient pas trace de chlore, ce qui entraîne un certain nombre d'avantages : 1° la richesse en iode du composé est augmentée ; 2° à concentration égale d'iode, le lipiodol est plus fluide que toute autre huile iodée.

Le lipiodol est un « véritable corps organique » au sens chimique du mot et se différencie nettement des autres produits iodés, minéraux ou organiques. Tandis que ces compositions donnent les réactions de l'iode avec la plus grande facilité sous les influences des réactifs habituels, le lipiodol ne répond à aucun des caractères analytiques des iodures, tellement la combinaison est intime : on peut dire avec juste raison que l'iode y est dissimulé et, pour l'y caractériser, il est nécessaire de détruire, au préalable, la molécule organique.

Le fait capital qui permet d'utiliser l'huile iodée comme décenteur radiologique, résulte de la présence d'un grand pourcentage d'iode en combinaison dans ce corps.

En dépit de sa haute concentration en iode, le lipiodol, par le fait que l'iode s'y trouve dissimulée, « peut être pratiquement injecté sans danger » dans la plupart des tissus et cavités du corps.

Injecté sous la peau, dans le muscle ou dans une cavité de l'organisme, le lipiodol, en raison de son caractère huileux, présente une « remarquable indolence ».

C'est un fait bien connu des physiologistes et des médecins que l'huile iodée, une fois introduite dans l'organisme, est « assimilée lentement et éliminée d'une façon extrêmement lente » : cela tient non à la présence de l'iode dans la molécule, mais au fait que les huiles iodées sont des corps gras, et qu'à ce titre, elles ne sont attaquées par l'organisme et, finalement, assimilées que d'une manière progressive. Tous les corps gras, en général passent par divers stades, depuis le moment où ils sont administrés jusqu'au moment où ils sont éliminés : digestion, absorption, fixation, destruction (lipiodièrèse), enfin élimination, mais à ce point de vue les différences sont extrêmement grandes suivant la voie d'introduction du médicament.

Si l'on injecte de l'huile iodée *dans le liquide céphalo-rachidien*, à la dose de deux centimètres cubes, (soit 1 gr. 08 d'iode),

(1) J. A. Sicard et J. Forestier. — Diagnostic et thérapeutique par le lipiodol. (Masson et Cie, éditeurs.)

on constate une élimination très lente du métalloïde par les urines. L élimination atteint son maximum le lendemain du jour de l'injection comme si la lipiodièrèse ne devenait vraiment active qu'au bout d'un certain temps, puis très rapidement, la quantité d'iode contenue dans les urines décroit pour s'abaisser à un taux d'élimination sensiblement constant pendant fort longtemps.

Dans le cas d'*injection intra-musculaire* d'huile iodée, l'élimination urinaire de l'iode est encore très longue, quoique notablement plus considérable que dans le cas précédent. Le taux maximum n'est atteint qu'au bout de six à huit jours, puis l'élimination se produit d'une façon légèrement décroissante pendant plusieurs mois.

Après *injection intraveineuse*, l'élimination est précoce.

Lorsque l'huile iodée est injectée *dans la trachée* par l'espace intercrico-thyroïdien, elle arrive rapidement en contact avec le tissu pulmonaire dont on peut vérifier dès lors l'activité lipodiérétique : l'élimination de l'iode est extrêmement rapide et la recherche quantitative de cet élément est fortement positive dans les premières urines émises après l'injection.

Absorption par la bouche. — L'huile iodée administrée par la bouche, s'élimine également avec la plus grande rapidité. L'iode peut être décelé dans les urines émises très peu de temps après l'absorption. La quantité de ce métalloïde contenu dans l'urine est très importante dans les deux jours qui suivent l'administration de l'huile iodée. Elle s'abaisse ensuite considérablement pour atteindre un taux d'élimination de quelques milligrammes au bout de cinq à six jours.

En raison de sa constitution huileuse, on peut dire que le lipiodol est toléré d'une façon remarquable et qu'il est supporté par les tissus et organes les plus délicats, avec le minimum de réaction et le plus souvent sans réaction aucune. De toutes les substances employées en radiographie, c'est sûrement le lipiodol qui a donné le moins d'incident. L'absence de tout métalloïde libre dans la molécule de lipiodol fait qu'il n'est caustique pour aucun tissu.

Seules réagissent avec quelque vivacité à l'injection les séreuses enflammées capables de disloquer rapidement une quantité appréciable de lipiodol et, par là, de mettre en liberté un certain pourcentage d'iode libre ; c'est ce qui se passe après injection intra-articulaire au cours d'arthrite aiguë ou après une injection intrapleurale au cours d une pleurésie tuberculeuse évolutive.

Il est possible d'avoir des « accidents caustiques » avec des produits en état de conservation imparfaite. Nous avons dit que le lipiodol est une huile transparente, parfaitement claire et jaune ambré ; dès qu'elle présente une teinte brune, à plus forte raison encore si la transparence est troublée ou si le liquide est devenu opaque, c'est la preuve que le produit est altéré et qu'une petite quantité d'iode se trouve libre en dissolution dans l'huile. L'injection d'une telle huile altérée peut être tolérée sans grand dommage, au prix d'une réaction un peu plus forte, par des tissus sensibles tels que le muscle ou le tissu cellulaire sous-cutané. Au contraire, l'usage d'un tel produit peut être dangereux lorsqu'il s'agit d'une injection intratrachéenne ou intra-rachidienne.

C'est un fait noté depuis longtemps par les auteurs qui avaient employé l'huile iodée comme moyen thérapeutique, que l'injection même de très hautes quantités d'huile iodée dans les muscles, ou sous la peau, ne détermine pas d'accident d' « iodisme ».

L'explication de cette remarquable tolérance de l'organisme vis-à-vis du lipiodol, tient à la lente absorption et à la lente élimination de l'huile iodée.

Technique radiologique. — En raison de sa très grande opacité, le lipiodol est visible aussi bien à la radioscopie qu'à la radiographie ; cette dernière technique d'examen fut pour Sicard et Forestier la seule pendant près de quatre ans, ; puis ces auteurs ont tendu de plus en plus à utiliser la radioscopie qui, si elle offre moins de précision dans les détails, permet de faire des observations qu'on peut qualifier de dynamiques, alors que la radiographie ne donne que des documents statiques.

La méthode par le lipiodol est, pour certains contrôles, unique et originale ; pour d'autres, complémentaire, pour d'autres enfin de remplacement de technique déjà existante.

Contre-indications générales : idiosyncrasie à l'iode, tuberculose évolutive avec fièvre ; très mauvais état général du patient.

Indications : 1° L'exploration radiographique de la cavité sous-arachnoïdienne au moyen du lipiodol est sans contredit, avec l'exploration des conduits broncho-pulmonaires, l'application la plus féconde de cette méthode générale. Sicard et Forestier ont eu la satisfaction de la voir rapidement adoptée par la plupart des neurologues et neurochirurgiens européens.

Cette épreuve consiste essentiellement à injecter dans le canal rachidien au sein du liquide, soit par voie lombaire, soit par voie occipitale, une petite quantité, 1 cc. 1/2 à 1 centimètre cube 3/4 de lipiodol pur, à 0 gr. 54 d'iode par centimètre cube, en bon état de conservation. La bille opaque et de densité élevée introduite au sein du liquide céphalo-rachidien y conserve pendant longtemps (souvent plusieurs mois) sa « mobilité » et peut parcourir cet espace d'une extrémité à l'autre sous l'influence de la « pesanteur » selon que le sujet se trouve en position verticale ou au contraire en position déclive, pieds en haut, tête en bas. En cas d'obstacle pathologique interrompant la continuité de cet espace, la bille lipiodée vient buter contre lui et dénonce par son arrêt, avec une exactitude remarquable, le pôle supérieur, ou le pôle inférieur de l'obstacle, suivant la voie d'introduction haute ou basse.

On conçoit, donc, tout l'intérêt que présente ce mode d'exploration appliqué à l' « étude des compressions médullaires » d'origine intra-durale ou extra-durale. A la suite des localisations très précises ainsi obtenues, les larges laminectomies toujours plus « schokantes » sont remplacées par les laminectomies réduites. Ainsi de Martel, Robineau, ont-ils pu, grâce au lipiodol, pratiquer des laminectomies pour tumeur sur trois vertèbres de la région cervicale et sur deux de la région dorsale et lombaire.

2° L'espace épidural peut être étudié aussi par injection de lipiodol.

3° Depuis l'application de la radiologie à l'exploration de l'appareil respiratoire, il a été souvent tenté de mettre en évidence le contour et les déformations pathologiques des cavités de la trachée, des bronches et poumons. Mais on peut dire que la question n'a été vraiment résolue que par l'application à l'appareil respiratoire de la méthode d'exploration au lipiodol préconisée primitivement par les auteurs. De très beaux clichés des arborisations bronchiques illustrent leur dire.

4° On peut explorer au moyen du lipiodol l'appareil génital de la femme (utérus et trompes) et l'appareil génital de l'homme (canal déférent et vésicules séminales).

L'injection intra-utérine de lipiodol est d'une technique assez délicate en raison de la difficulté qu'il y a à empêcher le reflux de l'huile injectée, à travers le canal cervical dans le vagin. Ces auteurs injectent toujours du lipiodol pur préalablement tiédi. L'usage d'un manomètre pour contrôler la pression n'est habituellement pas nécessaire si l'injection est faite sous le contrôle fluoroscopique ; toutefois Cl. Béclère l'a recommandé et ne pratique l'injection intra-utérine que sous une pression maxima de 30 centimètres de mercure. On peut, chez les malades un peu pusillanimes, pratiquer une injection de morphine une demi-heure avant l'exploration. Mocquot et Grégoire ont recommandé l'anesthésie par injection épidurale.

L'injection est habituellement faite en deux temps : dans le premier temps on pousse 2 à 5 centimètres de lipiodol (ou moins si la douleur apparaît). Un premier cliché est pris, puis on essaye d'augmenter doucement la dose injectée en contrôlant l'injection par radioscopie. L'injection finie, on empêche le reflux en fermant le robinet de la canule ; après la prise des vues radiographiques, la canule est retirée et le lipiodol reflue en grande partie dans le vagin d'où il est rapidement éliminé. Quant à la partie qui se trouve dans les trompes, elle se trouve refoulée des trompes dans l'utérus et peut mettre quatre à huit jours pour disparaître des vues radiographiques. S'il est tombé quelques

gouttes de lipiodol dans le péritoine, elles seront absorbées sans aucun accident dans l'espace de quelques semaines à deux ou trois mois.

La « perméabilité des trompes » est affirmée non pas par le fait que leur image apparaît sur la radiographie (ce qui est un signe insuffisant — en effet les trompes oblitérées à leur extrémité peuvent donner par l'exploration au lipiodol des images d'apparence normale et la dilatation des pavillons tubaires est un bon signe d'oblitération), — mais par le passage des gouttes de lipiodol à travers l'orifice péritonéal, et la chute de quelques gouttes dans la cavité péritonéale. Le contrôle de cette chute se fait sous l'écran ; d'où l'avantage certain de la radioscopie.

L'exploration de l'utérus par le lipiodol donne des renseignements sur l'état de la cavité utérine, d'une part au cours des affections de l'appareil utéro-annexiel, sur la perméabilité des trompes, d'autre part, complétant ainsi le test de Rubin pour les cas de stérilité.

5º L'exploration des conduits génitaux de l'homme n'avait tenté aucun investigateur. L'exploration radiographique des vésicules séminales peut être intéressante au point de vue anatomique et surtout au point de vue pathologique pour l'étude des déformations et de la perméabilité du tractus génital au cours des diverses affections chroniques qui peuvent l'atteindre : vésiculite chronique, tuberculose, tumeurs.

Lipiodothérapie. — Le lipiododiagnostic a conduit Sicard et Forestier à la lipiodothérapie, c'est-à-dire au « traitement de certaines algies » par les injections locales de lipiodol.

1º Ils ont eu, en effet, l'occasion de constater, dès leurs premières études sur le lipiodol, qu'une injection d'huile iodée pratiquée à l'intérieur de la cavité épidurale, chez un lumbalgique par exemple, dans un but d'exploration de diagnostic radiologique, calmait rapidement les douleurs du lumbago. La guérison s'obtenait complète dans un délai de temps souvent très court.

Le mécanisme de ces sédations algiques s'applique d'ailleurs aisément. On sait la part que prennent les trous vertébraux de conjugaison dans l'étiologie des algies dites essentielles ou rhumatismales. Dans la plupart de telles modalités algiques, ce n'est pas en effet, la racine qui en est cause, mais le funicule, c'est-à-dire le segment de tronc nerveux qui s'étend de la racine de la moelle à la racine du plexus. La racine est intra-dure-mérienne, baignée par le liquide céphalo-rachidien. Le « funicule » qui fait directement suite à la racine médullaire est extradure-mérien, en dehors par conséquent du liquide rachidien. Or, les processus des funiculites sont beaucoup plus fréquents que ceux des radiculites et l'on comprend aisément que le lipiodol injecté dans l'espace épidural et qui a tendance à s'échapper par les trous conjugués puisse agir favorablement en distendant légèrement ou en protégeant les funicules par une enveloppe huileuse iodée. En tous cas, qu'il s'agisse de lumbago, ou de sciatique dite rhumatismale, l'injection épidurale lipiodolée détermine dans les neuf dixièmes des cas une guérison rapide.

2º L'injection de lipiodol à l'intérieur ou même seulement aux alentours de l'articulation sacro-iliaque réalise des résultats si remarquables au cours de la « névralgie sciatique » dite « rhumatismale » que nous tenons à lui consacrer à part quelques lignes.

3º Le traitement de l'incontinence d'urine a été jusqu'à ce jour tantôt médical, tantôt chirurgical, tantôt physique. En étudiant à l'aide du lipiodol quelques sujets atteints de « spina bifida » avec incontinence d'urine, Sicard et Forestier ont observé que l'injection de lipiodol sous-arachnoïdienne exerçait une action très favorable sur leur énurésie.

En associant l'injection épidurale par voie sacro-coccygienne pratiquée à la dose de deux à trois centimètres cubes, avec injection sous arachnoïdienne par voie lombaire inférieure répartie à la dose de deux centimètres cubes, dans la moitié des cas, sur une dizaine d'incontinence d'urine, Sicard et Forestier ont obtenu la guérison.

4º Lipiodiothérapie des cavités suppurantes broncho-pulmonaires. Il ne s'agit plus d'une influence antalgique ou purement mécanique, mais d'une action antiseptique due aux qualités de l'iode mis en liberté.

Henri VIGNES.

VARIÉTÉS

Deux livres d'un évadé de la médecine : Fernand Divoire.

Un évadé de la médecine, Fernand Divoire, qui fut le condisciple de notre ami Henri Vignes et le mien au début de nos études vient de publier deux livres qui ne peuvent laisser le médecin indifférent.

Le premier est intitulé « Pourquoi je crois à l'occultisme » (1). Il pose des problèmes plus qu'il ne les résout. Mais qui peut se vanter de posséder la clef des mystères occultes ? A défaut de celle ci, le lecteur apprendra les chemins qui mènent à l'occulisme : l'individualisme et l'orgueil, exaltés par Peladan. Puis il saura comment vient, chez celui qui n'a pas perdu conscience de soi, l'esprit critique, sans exclure pourtant le goût des études ocultes. Il connaîtra le danger des interprétations qui peuvent faire retrouver à l'initié, lancé dans des déductions trop personnelles, l'antéchrist dans Guillaume II. Il lui sera permis d'entrevoir parfois le sens d'un symbole, et tout d'un coup de ne plus croire à ce sens parce qu'au bout de ses recherches, le document essentiel manque ou demeure hermétique ; mais tout de même, il aura appris qu'au centre d'une infinité de mots, de signes et de nombres, il reste « une formidable étincelle de vie et de lumière ».

Ainsi l'étudiant en occultisme rejoint le psychanalyste et partage à l'occasion avec lui l'explication par la libido, force obscure qui s'anime quand elle poursuit Faust. Sans l'occultisme, connaîtrions-nous l'universalité des symboles, forme toujours et partout retrouvées des images de l'inconscient collectif de Jung.

Les sciences occultes se proposent de connaître et d'agir. Elles découvrent des rapports entre des objets, parfois séparés par l'immensité de l'espace ou du temps. Quand elles poussent le magnétisme au-delà de sa définition courante et considèrent en lui les forces inconnues qui attirent les individus les uns vers les autres, elles enseignent quelques-uns des secrets de la psychologie collective.

La médecine a profité à la fin du moyen-âge des apports de l'occultisme. Divoire cite Paracelse, ordonnant le mercure pour des raisons de correspondance occulte. Il observait les astres selon les règles de l'astrologie, pour s'assurer si le traitement serait favorable ou non. Mais cette méthode ne lui interdisait pas de bien connaître ses contemporains, et de tirer de cette connaissance une notion dont pas un médecin sérieux ne niera la valeur, celle de la valeur de la foi — nous dirions aujourd'hui la suggestion — dans la production ou la guérison des maladies.

Renvoyons le lecteur que cette question intéresse au Liber paramirum, dans lequel un chapitre important lui est consacré.

Nous voici en marge de la magie, des lois et des secrets de l'occultisme. Nous ne retiendrons de ces secrets que la fréquence des accompagnements d'ombre et de lumière « dans des triangles blancs reflétés dans des triangles noirs, « de ces visages divins reflétés en de grimaçantes figures « de boucs », expression de l'ambivalence des sentiments, mise en relief par l'école de Zurich dans certains processus psychologiques morbides.

Le chapitre des « Pierres de touches » ne peut être ré-

(1) Aux Editions de France, Paris 1928.

BIBLIOGRAPHIE

Berck et ses traitements. Les raisons de sa supériorité, par CALOT, 4e édition, in-8° avec 45 figures. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Prix 5 francs

Sans doute, l'éloge de Berck et de son *climat* n'est plus à faire puisque chacun sait que cette plage est devenue le centre le plus important du monde pour la guérison des tuberculoses externes (adénites, abcès froids, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, épididymites, etc.) Les analyses comparatives des physiciens modernes SARTORY et LANGLOIS n'ont-elles pas prouvé que l'air de la plage est dix fois plus pur que l'air de la montagne (à Chamonix).

Mais ce que l'on sait moins, ou que l'on oublie trop facilement, c'est que pour importants qu'ils soient, le climat, les agents physiques, le milieu extérieur ne suffisent pas, le chirurgien a aussi un rôle capital à jouer, mais un rôle ici tout à fait particulier et même différent de ce qu'il est dans les autres branches de la chirurgie.

Lorsqu'il y a un tiers de siècle, CALOT vint à Berck en sortant de l'Ecole des grands promoteurs de l'antisepsie et de l'asepsie Championnière et Terrier, il agit suivant les dogmes sacro-saints d'alors, il opéra, gratta, réséqua les grandes tuberculoses du squelette, et malgré tout, malgré l'appoint du traitement marin, nombre de ses malades succombèrent, à plus ou moins longue échéance, à l'hecticité. Il eut alors le mérite de reconnaître l'erreur de la doctrine interventionniste en matière de tuberculose et le courage de l'avouer. CALOT laisse alors son bistouri, il devient le chirurgien qui guérit les tuberculoses sans les opérer, il érige en dogme nouveau cette affirmation *ne jamais ouvrir les foyers tuberculeux*, les traiter par les ponctions et injections bien faites. Et ainsi s'est accomplie une révolution bienfaisante, la plus grande peut-être qu'on ait observée en thérapeutique ; le pronostic des tuberculoses des os et articulations, en particulier des *maux de Pott* et *coxalgies* suppurées, en est *changé du tout au tout*.

La question est aujourd'hui bien résolue pour ceux qui savent. Revenir à l'opération sanglante serait un progrès à rebours, un recul de 30 années pour le plus grand dommage, non seulement de tous ces malades, mais aussi de ces chirurgiens interventionnistes en matière de tuberculose.

Car à ces collègues, en leur criant casse-cou, CALOT est certain d'éviter bien des désastres ainsi que les plus cuisants mécomptes.

Anthologie de Ronsard et de son école, par Auguste DORCHAIN. Un vol. (10×16,5), br. 12 fr. : Relié mouton souple ; 28 fr. Collection Pallas. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve). R. C. Seine 76035.

Voici un volume qui est consacré aux seuls poètes qui ont fleuri pendant la seconde moitié du seizième siècle, à partir du jour où Joachim DU BELLAY publia son manifeste, la Défense et Illustration de la Langue française, et Pierre de RONSARD, à qui tous ils se rattachent, ses premières Odes. On ne s'étonnera point que l'auteur de ce recueil ait consacré presque la moitié de ces 480 pages à Ronsard. Le reste contient les meilleurs poèmes de dix-sept disciples.

Auguste DORCHAIN a fait de chacun des dix-huit poètes une étude biographique et littéraire de longueur appropriée à leur importance respective.

Et afin de faciliter la lecture au plus grand nombre, il a pris le soin de moderniser l'orthographe.



sumé. Il contient déjà résumées les raisons de l'attitude de l'auteur. Il est permis de ne pas les partager et de ne pas être avec lui un croyant. Mais ce croyant demeure prudent et rejoint le médecin quand il conseille de s'abstenir des expériences tant que ne seront pas démontrées : 1° leur absolue inocuité : 2° leur nécessité ; 3° leur valeur comme preuve.

Divoire conclue par une série de pensées. Dans l'une d'elle il se refuse à dissocier la religion de l'occulte, sans doute pour discipliner ce dernier. Il se défend aussi de pousser ses lecteurs « à aller à l'occulte ».

Des critiques ont reproché à ce livre de les abandonner à la dernière page sans les certitudes sur lesquelles ils comptaient. Ils nous ont permis ainsi de constater que l'homme du XXe siècle est toujours avide de mystère. Une curiosité de cette sorte devrait se résigner à rester insatisfaite, car elle abolirait son objet en le connaissant.

Dans « Pourquoi je crois à l'occultisme ». il est question d'une « route en spirale au de là de laquelle il y a le « retour de Dieu ». M. Reversat, le héros d'un homme dans la boucle (1) parcourt cette route. Il ne choisit pas les voies de l'occultisme, mais celles plus communes de la passion. M. Reversat est professeur de botanique à Genève. Il a mené une vie exemplaire, dans le cadre d'un vieil intérieur huguenot. Et un beau jour; le voilà qui s'éprend, au cours d'une excursion de botanique, d'une jeune suédoise Ebba, part avec elle à Paris, mène en sa compagnie la plus mauvaise des vies jusqu'au jour où celle-ci, enfin lasse, le quitte pour un peintre hollandais M. Reversat revient à Genève où il retrouve sa famille et les traditions de son intérieur. La spirale est terminée.

La forme de ce livre est originale. Des interchapitres, comme une musique de scène, préparent et développent les thèmes affectifs de l'action. Ainsi les sentiments précèdent les images presque toutes plaisantes, bien que parfois osées. Une gaieté légère flotte sur le livre.

Cette histoire, avec sa « spirale », nette comme un schéma, est un conte philosophique Les auteurs (Rabette collabore avec Divoire) ont voulu aussi qu'elle fut une observation psychanalytique, avec ses « refoulements » du fait d'une « censure » sociale sévère, ses symboles et ses rêves, et après la cure — sans psychanalyste — le retour à la santé, total après que le héros est vidé de toute impureté. Félicitons-les d'être parvenus à leurs fins sans connaître l'amertume et la tristesse coutumières des livres inspirés par la doctrine de Freud.

Dans ce livre, et même dans « Pourquoi je crois à l'occultisme », Divoire a cédé à son goût de poète pour le rythme qui lui avait fait déjà aimer la danse et louer Isadora Duncan. Sur ce terrain, la poésie rejoint la biologie, dont le rythme est aussi une des lois et cet évadé de la médecine est ainsi ramené, peut-être malgré lui, a tendances qui lui firent entreprendre ses premières études.

Jean VINCHON.

ACTUALITES

Le cancer primitif du poumon (2)

Le grand nombre des publications françaises et étrangères qui depuis la guerre ont trait au cancer du poumon appelaient une mise au point de la question. La remarquable thèse de R. Huguenin est mieux qu'une revue générale, car la documentation très riche et très complète qu'a su réunir l'auteur, n'exclut pas un apport personnel considérable, étayé par 44 observations tant cliniques que radiologiques et anatomiques.

On admet couramment que le cancer du poumon est rare. En France, les statistiques font varier sa fréquence moyenne entre 1/2 et 1 % des autopsies. Les documents allemands et américains la donnent comme bien plus élevée et surtout ils rendent compte d'une augmentation indéniable des cas de néoplasme pulmonaire : figurant pour 2,2 % parmi les cancers avant la guerre, ils passent à 10, 3 % en 1924. Leur fréquence a triplé en Allemagne durant ces dernières années. H. étudie minutieusement les différents facteurs prédisposants qu'on a invoqués, avec plus ou moins de vraisemblance pour expliquer ce fait : les traumatismes n'interviennent guère qu'à titre de coïncidence. Les gaz de combat, la fumée du tabac, les gaz émanés des automobiles, les poussières de quartz, de charbon, de cobalt, de nickel, d'arsenic, n'ont pas une influence cancérigène absolument démontrée, pas plus que le goudronnage des routes : en auraient-ils une qu'on devrait s'étonner que le cancer du poumon ne soit pas plus fréquent. Il n'est pas démontré non plus qu'il existe un rapport étroit entre l'augmentation de la viciation de l'air des grandes villes et l'accroissement du cancer pulmonaire, puisqu'aussi bien, il est manifeste chez les habitants des campagnes. Une mention spéciale doit pourtant être faite du cancer des mineurs du Schneeberg : déjà signalé dans les chroniques d'Agricola, étudié en 1922 par Rostocki et Saupe, il affecte jusqu'à 62 % des mineurs, il semble provoqué par l'inhalation des poussières de nickel, d'arsenic et de quartz, qui fait intéressant, sont très radioactives : on peut rapprocher de ces faits le rôle admis par quelques auteurs des rayons X et du radium.

Les causes infectieuses n'ont pas donné lieu à moins de recherches. La grippe et ses complications pulmonaires sont données comme responsables de l'accroissement du C. P., non sans que cette assertion ait suscité de vives critiques. Letulle fait une large place à la dilatation des bronches, comme aussi, — d'accord en cela avec les auteurs lyonnais, — à la syphilis. Il n'est pas besoin d'insister sur les rapports de la tuberculose et du cancer qui sont classiques.

Tous ces facteurs n'ont qu'un rôle prédisposant, ils provoquent une métaplasie de l'épithélium cylindrique des bronches en épithélium pavimenteux startifié ou un état adénomateux des alvéoles ; ils réalisent, tout comme les altérations embryonnaires — d'ailleurs assez rarement en cause — un véritable état précancéreux. Nombre de faits viennent à l'appui de cette thèse. Mais on aurait tort de généraliser : H. fait remarquer que la majorité de ses malades n'a pas d'antécédents pulmonaires, que la relative fréquence des cancéreux pulmonaires jeunes plaide contre l'importance des facteurs chroniques prédisposants, qu'enfin les tumeurs malpighiennes qu'il a observées était l'apanage de sujets indemnes de toute métaplasie. Reste encore à savoir si la métaplasie précancéreuse est bien une métaplasie inflammatoire, et si elle n'est déjà le premier stade évolutif du cancer ? C'est peut-être un peu jouer sur les mots et fort sagement l'auteur conclut que les états précancéreux, car c'est-a-dire le terrain constitutionnel et les altérations acquises parfois très récentes, ne font que favoriser la prolifération maligne, elles n'en sont pas le *primum movens*.

Le chapitre anatomique est écrit avec toute la compétence que possède l'auteur en cette matière.

La tumeur siège plus volontiers à droite d'après les classiques, à gauche d'après certaines statistiques, aussi bien au sommet qu'à la base, elle est parfois bilatérale. Faisant remarquer que le type morphologique ne répond pas toujours à l'aspect histologique et que les classifications des auteurs offrent des divergences considérables parce qu'elles ne tiennent pas compte de ce fait H. propose une classification topographique qui a l'avantage, de cadrer avec la clinique et la radiologie. Il décrit :

Une forme circonscrite où la tumeur est arrondie ou ovalaire, isolée parfois par une véritable coque, siège en plein lobe ou près du hile, est pleine ou excavée.

Une forme lobaire strictement cantonnée à tout où partie d'un lobe, d'ordinaire massive assez comparable à un bloc pneumonique limité par la scissure.

Une forme massive figurant un bloc énorme parfois excavé, ou des noyaux épars réunis par des arborescences diffuses. Elle est surtout mal limitée, s'étend sur plusieurs lobes ou même à tout le poumon.

Une forme pleurale où les lésions ont envahi la plèvre et et l'ont transformée en coque épaisse. La tumeur s'étale en surface au point que la séreuse paraît seule atteinte

Une forme médiastinopulmonaire à cheval sur le parenchyme et le médiastin.

Une forme nodulaire, rare.

Cette description très précise mérite d'être lue en entier.

On peut lui reprocher d'ignorer les formes hilaires ou bronchiques H se justifie en leur déniant toute individualité histologique et évolutive ; à l'encontre des Américains, il n'a ja-

(1) Grasset, 1929.
(2) R. HUGUENIN. — Le cancer primitif du poumon. Etude anatomique et clinique. Masson et Cie 1928.

mais vu de tumeurs de la bronche souche, ni d'aspects histologiques assez probants pour permettre d'incriminer une origine aux dépens de ses glandes.

Histologiquement, H. distingue trois grands types avec des nuances qui montrent la vanité des cadres trop exclusifs :

L'*épithélioma malpighien*, toujours facile à individualiser, prend le type soit intermédiaire, soit baso, soit spino-cellulaire, le stroma est presque toujours abondant. Parfois, le cancer est formé de cellules polyédriques, claires, volontiers nécrotiques, organisées en îlots ou lobules, et semblables à des éléments en parakératose. C'est pour rappeler cette parenté malpighienne que H. isole ce type qu'il dénomme *paramalpighien*.

L'*épithélioma cylindrique* peut prendre une architecture alvéolaire, ou pseudo-alvéolaire. Une variété est *glandulaire*. Très souvent, la seule étiquette qu'on puisse donner est celle d'*épithélioma atypique*, particulièrement fréquent dans les formes pleurales où l'on trouve des images fort voisines de celles qu'on attribue aux endothéliomes pleuraux ou lymphatiques.

L'épithélioma polymorphe associe des aspects glandulaire et malpighien, des plages à cellules cubiques, d'autres à petites cellules.

L'*épithélioma à petites cellules* est pauvre en stroma, très riche en éléments cellulaires, ronds ou fusiformes, la nécrose y est toujours marquée.

Fixer l'origine histogénique de ces différents types est impossible, à cause du polymorphisme lésionnel, à cause de l'incertitude où nous sommes concernant le revêtement alvéolaire, et parce qu'enfin, la métaplasie peut apparaître au cours même de l'évolution cancéreuse. On peut affirmer sans doute qu'il existe un cancer de l'épithélium bronchique, presqu'à coup sûr un cancer né des glandes, mais on ne peut établir avec certitude l'origine alvéolaire. Reste la question des sarcomes : sans nier qu'ils puissent exister, H. remarque qu'ils doivent être très rares et qu'un certain nombre de ceux qu'on a cru identifier ne sont que des épithéliomas remaniés. C'est le cas des tumeurs à petites cellules rondes ou fusiformes qui, par places simulent à s'y méprendre un sarcome et qui, cliniquement se sont décelées par un syndrome médiastinal. Mais leur polymorphisme histologique, l'intensité des phénomènes nécrotiques, l'envahissement ganglionnaire, font admettre à H. qu'il s'agit en réalité d'épithélioma.

Rien n'est variable comme le début clinique du C. P., lent, insidieux, progressif, sous forme d'une pneumopathie chronique dont les signes, en s'aggravant, doivent attirer l'attention, parfois brutal sous forme d'une hémoptysie ou même d'une infection pulmonaire aiguë, il est parfois masqué par les signes plus bruyants d'une métastase.

La douleur thoracique est un signe que sa fréquence et son intensité placent au premier plan de la symptomatologie ; La dyspnée est également un signe fidèle. L'expectoration est souvent banale, elle contient rarement des débris tumoraux : l'hémoptysie est fréqente, elle se répète même plus habituellement que dans la tuberculose : les signes généraux n'ont rien que de banal ; par contre les signes physiques se superposent assez bien aux modalités anatomiques de la tumeur :

Parfois, ils forment un syndrome fruste qui nécessite l'aide de la radiologie (tumeur circonscrite de faible volume) :

Parfois, un syndrome de condensation, mais où la matité reste limitée, et où la discordance est fréquente entre les signes perçus en avant et en arrière ;

D'autres fois par un syndrome pleurétique ou pseudopleurétique liquidien sérofibrineux, hémorragique, ou même chyliforme ;

Enfin par un syndrome médiastino-pulmonaire.

La multiplicité des formes cliniques du C. P., impose l'aide de méthodes de laboratoire.

Les différents aspects radiologiques dépendent du type anatomique du cancer. Insistons seulement sur le syndrome de sténose bronchique des petits cancers hilaires, plus précocement décelable à l'écran qu'à l'oreille : le lobe correspondant se collabe dans ses parties les moins aérées, parfois existe un déplacement inspiratoire du médiastin, parfois un fonctionnement paradoxal du diaphragme. Un tel syndrome n'est peut-être pas pathognomonique : il est en tout cas très précoce. Mais il faut retenir que la radiologie n'apporte aucun élément de diagnostic catégorique, sinon peut être l'extension régulière des images aux clichés successifs.

La trachéobronchoscopie est d'emploi courant. L'instrumentation de Chevalier Jackson est particulièrement recommandable. Mais elle ne permet que l'exploration des bronches de deuxième ordre. H. conseille l'exploration au lipiodol qu'il est indispensable de diriger sur la zone pulmonaire suspecte. Le contrôle bronchoscopique s'il est possible, l'injection à la sonde sous l'écran le permettent facilement : éperons, ulcérations sténose seront ainsi directement visibles, sinon l'écran fera apparaître ou la sténose, ou l'absence de remplissage de toute une aire thoracique correspondant à la tumeur.

Le chapitre de l'évolution générale, des formes cliniques, du diagnostic seront lus avec profit. J'insiste pour terminer sur celui des indications thérapeutiques.

Le traitement radical ne peut être que chirurgical. L'intervention de choix est la lobectomie : elle ne peut porter que sur les tumeurs lobaires -(et surtout lobaires inférieures), circonscrites, sans propagation ganglionnaire. L'épanchement pleural à condition qu'il ne soit pas hémorragique ne serait pas une contre-indication. Opération très réalisable, mais grave, elle est loin de donner des résultats excellents, mais on peut espérer qu'améliorée dans sa technique et appliquée à des cas très précoces, elle se montrera réellement efficace.

A titre palliatif, on peut conseiller la résection d'un nerf intercostal, voire même une résection thoracique décompressive.

La radiothérapie et la curiethérapie ont une action indubitable mais insuffisante ; en tout cas nullement curatrice. Elles calment la douleur, la dyspnée et la toux. Bien que seulement palliative, l'irradiation constitue pourtant la meilleure thérapeutique actuelle du C. P.

Cet ouvrage très complet, très agréable à lire, écrit avec élégance, voire même avec une certaine recherche, illustré d'une abondante iconographie, intéressera non seulement les médecins spécialisés dans les affections pulmonaires, mais aussi tous les praticiens désireux de se tenir au courant du mouvement médical.

A. Lemaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1929.

Rapport sur les travaux de l'hygiène de l'enfance (*avec projections*). — ***M. Lesage*** rend compte des travaux de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1927. Après un exposé critique de la statistique et des pourcentages de mortalité, il montre par la projection de graphiques que la loi Roussel a donné de bons résultats quand on suit son application pendant vingt-cinq ans.

Après avoir étudié tous les moyens de protection maternelle et infantile et démontré l'importance des œuvres privees, il plaide pour la nécessité d'une politique maternelle et infantile consistant en la coordination des œuvres privées et publiques.

Dans un dernier chapitre, M. Lesage établit que si la mortalité infantile est encore élevée, cela ne tient pas à la loi Roussel qui reçoit ce qu'on lui donne ; mais à la débilité congénitale et aux voyages que subissent les nourrissons pendant les premières années. L'avenir est dans l'extension de l'action bienfaisante de la loi sur le repos des femmes en couches (loi Paul Strauss) qui devient de plus en plus la base de la loi Roussel.

Le problème à résoudre est plus une question de maternité que d'enfance.

Sur quelques applications de la malariathérapie à la paralysie générale. — ***MM. A. Marie, Miquel et Henri Ey.*** — La malariathérapie est à l'ordre du jour. On sait qu'elle est au programme du prochain Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, et que, d'autre part, l'initiateur de la méthode, Wagner von Jauregg, doit faire une conférence sur ce sujet à la Réunion neurologique annuelle le 29 mai prochain.

M. A. Marie, de l'Asile clinique, apporte une note complétant sa communication de 1924 relative à la malariathérapie de la paralysie générale. Après quatre ans, il peut présenter un groupe de paralytiques généraux stabilisés des deux sexes, et des statistiques générales concernant plus de deux cents appréciations de la méthode de Wagner von Jaunegg. Elles montrent 45 cas pour 100 de rémissions dont une moitié assez complète pour avoir repris la vie normale depuis plus de trois ans. (Dans 17 cas, on a constaté la négativation des réactions humorales.)

Séance du 12 février 1929,

La prophylaxie de la grippe par le port du masque. — *M. E. Marchoux*. — Au moment où la grippe fait tant de victimes, il est urgent de dire que la maladie se transmet par l'éternuement, la toux et même la parole, que les visites aux malades sont inutiles et dangereuses, que le meilleur moyen de soigner un rhume est de rester chez soi. On abrège ainsi considérablement la période d'indisponibilité et on ne contamine personne. Il conviendrait que le personnel hospitalier et les médecins portassent devant le visage un réseau léger qui les garantirait de la projection par le malade de gouttelettes septiques, ou qu'ils se munissent d'un masque analogue à celui des chirurgiens mais avec adjonction de lunettes. Il serait également nécessaire, tant dans leur intérêt que dans celui de leurs clients, que les médecins praticiens prissent au cours de leurs visites les mêmes précautions. L'initiative et l'exemple du Corps médical entraînerait peut-être à l'imitation le public pour lequel les modistes et les couturiers trouveront sans aucun doute des modèles esthétiques.

De la nécessité d'un étalonnage et d'un contrôle officiels des instruments employés en radiologie médicale, spécialement des dosimètres. — *M. Béclère* attire l'attention sur ces mesures préventives qui lui paraissent propres à assurer une certaine sécurité aux médecins radiologistes et aux opérateurs.

Election de deux correspondants nationaux dans la deuxième division (chirurgie). — Classement des candidats :

En première ligne : M. le docteur Oudard (de Toulon) et M. le docteur Leriche (de Strasbourg); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Abadie (d'Oran), Lafourcade (de Bayonne), Le Roy des Barres (de Hanoï), Patel (de Lyon), Phocas (d'Athènes).

Au premier scrutin, M. le médecin en chef de 1re classe Oudard, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application du Service de santé à Toulon, est élu par 35 voix contre 13 à M. Phocas, 2 à M. Leriche, 3 à M. Abadie et 1 à M. Le Roy des Barres.

Au deuxième scrutin, M. René Leriche, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Strasbourg, est élu par 45 voix contre 1 à M. Abadie et 9 à M. Phocas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 février 1929.

Traitement des ulcères duodénaux. — *M. Métivet* insiste sur la facilité avec laquelle on ferme les sutures gastriques, et voit dans le méchage à proximité des sutures une assurance contre la péritonite secondaire.

Traitement des fractures de Dupuytren. — *M. Hartmann* a fait étudier les 98 malades qu'il a eu à traiter dans son service depuis trois ans par *MM. Bopp et Vassitch*. Il recommande la réduction immédiate sous rachi-anesthésie. Depuis quelques mois, il estime inutile d'immobiliser en hypercorrection. Une fois seulement, la réduction fut impossible et ce fait entraîna la nécessité d'une intervention. Il n'a pas eu un seul résultat mauvais et il n'y a eu que quelques résultats médiocres par persistance partielle des diastases.

M. Picot partage entièrement l'avis de M. Hartmann.

Arrachement du nerf radial. — *M. Auvray* rapporte une observation de *M. J. C. Bloch*. Plaie contuse de l'aisselle, par laquelle fait issue un fragment nerveux de 20 cm. environ. M. Bloch pense qu'il s'agit du nerf cubital, le recherche au coude, le trouve intact, incise alors la gouttière bicipitale externe. Le nerf radial est sectionné à 2 cm. au-dessus de sa bifurcation. La suture nerveuse est faite. M. Bourguignon fait au blessé plusieurs séances d'ionisation et suit la régénération du nerf par les modifications de la chronaxie. 16 mois après l'accident, M. Bloch présente le blessé complètement guéri.

A propos des cranioplasties. — *M. Maisonnet* (de l'Armée) rapporte une observation de *M. Cornioley* (de Genève). Il discute la nature de la prothèse à utiliser. Lorsque cette cranioplastie est nécessaire, elle peut donner de très bons résultats, mais on peut souvent l'éviter par une trépanation économe.

Traitement des plaies par l'électrolyse. — *M. Chevrier* (de Bordeaux) a utilisé ce procédé sur 1.500 blessés avec excellents résultats que *M. Métivet* rapporte à la Société.

Vaccination locale dans le cancer du col utérin. — *MM. Hartmann et Aïtoff* l'ont utilisé dans dix cas avec d'excellents résultats.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 1er février 1929.

A propos du forage de la prostate. — M. *Le Fur* fait un rapport sur une auto-observation du Dr Gilbert *Arnold* (de Londres). Il résume les indications de la prostatectomie et du forage de la prostate. Le forage est nettement indiqué dans les prostates petites et atrophiées, avec lobes médians, tandis que, la prostatectomie est réservée au cas de grosse prostate, avec une importante prolifération glandulaire. On ne doit pas opposer ces deux méthodes : elles ont chacune leurs indications

Traitement du cancer par les sels de magnésium. — M. *Barbarin* rappelle que les premiers travaux sur le « chlorate de magnésie » dans le traitement du cancer ont été faits dès 1895, par le Professeur *Gaucher* et par son père le Dr *J. Barbarin*, travaux indiqués par lui dans une communication faite à la Société. des Chirurgiens de Paris en février 1909.

Il existe une forme fixée des fractures intra-capsulaires du col du fémur. — M. *Judet* rapporte cinq observations qui établissent nettement l'existence de cette variété de fractures. Les clichés radiographiques montrent que le fragment externe peut naître au niveau du bord inférieur du col faisant éperon dans le tissu spongieux du fragment céphalique. La symptomatologie initiale n'a rien de caractéristique ; cependant, la rotation externe est plus marquée et irréductible. La traction forte prolongée (20 à 25 kgs) ne modifie pas l'aspect radiographique. L'importance fonctionnelle s'est montrée complète dans quatre cas, le cinquième a pu marcher de suite après l'accident. Le désengrènement a été fait dans un cas (femme de 72 ans) ; il y a eu pseudarthrose. Chez les autres malades, l'engrènement a été soigneusement respecté. Tous ces malades ont guéri avec une consolidation osseuse. La radiographie faite longtemps après l'accident a permis de constater l'absence de tout affaissement ultérieur du col fémoral.

Un cas rare d'utérus double avec un seul vagin. — M. *Max Thoreck* (de Chicago). communique l'observation d'une malade atteinte d'utérus didelphe qu'il a opérée de prolapsus génital. Les deux utérus étaient unis par une bande de tissu qui les solidarisait à hauteur des cols. Il y avait deux cols et un seul vagin ; chaque utérus possédait une trompe et un ovaire.

Trois cas de tumeur de la vessie. — M. *Peugniez* présente trois cas de tumeur de la vessie qu'il a opérés par trois méthodes différentes. La première malade a été traitée par l'électrocoagulation et le radium intra-vésical : elle a guéri. Le second malade par l'électrocoagulation et le radium au niveau de la région hypogastrique ; la marche de la lésion n'a été nullement modifiée. Le troisième a été traité par le radium seul sur la région hypogastrique : il a guéri.

A propos des luxations du coude en dehors. — M. *Muller* (de Belfort) communique un cas de luxation du coude en dehors avec fracture de l'épitrochlée reconnue à l'examen clinique. L'attente rend difficile l'examen clinique et la réduction. La radiographie est indispensable à une réduction rationnelle ; celle-ci s'opère par une poussée latérale du dehors en dedans à laquelle il est utile d'ajouter des mouvements de rotation, d'abduction et d'adduction de l'avant-bras.

Hystérectomie abdominale totale pour grossesse et fibrome. — M. *Thévenard* présente cette pièce. Il rappelle à ce propos que

certains fibromes, même volumineux, peuvent ne gêner en rien, l'évolution d'une grossesse : l'abstention est alors la règle. D'autres deviennent une ménace de dystocie ou d'avortemennt : l'intervention s'impose ; ce sera autant que possible la myomectomie. Dans certains cas cependant (cas rapporté) ; l'hystérectomie sera necessaire.

Instrumentation pour ostéosynthèse des fractures. — M. *Juvara* (de Bucarest) présente un certain nombre de pièces de démonstration de son instrumentation pour le traitement opératoire des fractures des membres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 février 1929.

La vaccination buccale dans le syndrome entéro-uro-génital. — *M. Colanéri* constate que par sa situation anatomique et par ses connexions lymphatiques ou circulatoires, le domaine uro-génital est sous la dependance étroite du tube digestif et de ses ensemencements microbiens.

Il a constaté le balancement entre l'évolution d'une métrite, même d'origine gonococcique vraie, et l'infection intestinale vaccinée ou non contre l'entérocoque et le colibacille.

La vaccination intestinale par voie buccale est la seule logique, la seule efficace, la seule inoffensive. Il faut y joindre un régime approprié. Cela ne supprime pas le traitement vaccinant de l'utérus par instillation intra-utérine ou imprégnation vaginale.

Le vaccin employé par l'auteur est un vaccin en milieu isotonique, physiologique ; il comporte des corps microbiens et des lysats. L'auteur termine par la relation d'une observation intéressante et typique.

Les réactions pulmonaires de l'appendicite chronique. — *M. Mélamet* attire l'attention sur la fréquence relative (15 %) de l'appendicite chronique chez les pulmonaires tuberculeux ou non, et il conseille de rechercher systématiquement l'appendicite chez tous les pulmonaires.

Les réactions pulmonaires de l'appendicite chronique se traduisent le plus souvent par de la pleurite simple. Fréquemment, l'appendicite chronique prend le masque de la tuberculose. Après l'opération, on voit survenir dans de nombreux cas une notable amélioration de l'état général et des troubles pulmonaires.

Activation de consolidation des fractures par l'emploi de l'huile irradiée. — Dans six cas de fractures diverses des membres, *M. Rœderer* pense avoir obtenu un résultat de consolidation plus rapide par l'emploi de l'huile irradiée aux rayons U. V. : 7 jours pour une fracture complexe de la clavicule ; trois semaines pour une fracture en spirale de la diaphyse humérale. Les cals étaient particulièrement réduits.

Contribution au diagnostic et au traitement des névralgies rachidiennes. — *M. Fildermann* expose sa méthode de diagnostic et de traitement des lumbagos, sciatiques et névralgies intercostales par les injections dans les trous de conjugaison vertébraux. Il rapporte des observations recueillies à l'hôpital Rothschild, dans le service du Dr Zadoc-Kahn. Cette méthode précise le diagnostic et assure la guerison rapide des cas rebelles et récidivants.

Erythème de Bazin et tuberculides cutanés. — *M. Etienne David* communique quelques observations de tuberculides papulo-nécrotiques et d'érythème de Bazin rapidement et définitivement guéris par la cure thermale de Salies-de-Béarn.

Il explique ces faits nouveaux de guérison dans ces affections hsbituellement rebelles aux divers traitements des dermatologistes par une action physiologique complexe.

A l'action sur l'état général, se joint une action locale puissante exercée par les bains, les compresses, les douches filiformes. L'eau de Salies, chlorurée sodique forte, magnésienne et bromo-iodée doit se décomposer sous l'influence d'un électrochimisme analogue à celui qu'a décrit dernièrement le professeur Pech, de Montpellier, dans quelques eaux minérales sous le nom d'indice de nutrition, et donner lieu à une véritable décharge d'ions antiseptiques à la surface de la peau.

Traitement chirurgical des pleurésies purulentes. — *M. Petit de la Villéon* est partisan de la ponction exploratrice faite toujours au trocart pour éviter les ponctions blanches.

Afin de se bien « mettre dans l'œil » la topographie de l'épanchement, le chirurgien doit procéder, avec le radiologiste, à l'examen radioscopique du malade.

Au point de vue opératoire, il préconise l'opération en *position assise*, à califourchon sur une chaise ;

L'anesthésie régionale ;

La résection costale, toujours nécessaire, *même chez l'enfant*;

La thoracotomie basse au point déclive (9e ou 10e côte sur la ligne axillaire postérieure).

L'auteur donne sa préférence au drainage à thorax ouvert qui lui paraît plus sûr et plus efficace que celui à thorax fermé, à la condition de recourir rapidement aux exercices respiratoires avec le spiromètre de Pescher.

Volumineux hydrosalpynx bi-latéral. — *M. Petit de la Villéon* présente au nom de M. Durand (de Dreux), une pièce opératoire de volumineux hydro-salpynx bi-latéral provenant d'une nullipare de 35 ans chez laquelle on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire. Par sa nature et ses dimensions la pièce est d'un vif intérêt pour les gynécologues.

A. DEBIDOUR.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 février 1929.

Intoxication grave par le bichromate de potasse. Néphrite aiguë. Guérison. — MM. *Etienne Bernard* et *Lichtwitz* rapportent l'observation d'une jeune femme qui, après avoir avalé volontairement quatre cristaux de bichromate de potasse, fut prise d'accidents graves. D'abord douleurs abdominales très violentes, vomissements répétés et diarrhée en rapport avec l'action particulièrement irritante du toxique sur la muqueuse gastro-intestinale, puis, au bout de huit jours, signes d'une néphrite aiguë ; oligurie à 200 grammes, azotémie à 3 gr. 67 avec signes d'intoxication profonde, vomissements incessants, diarrhée, asthénie, hypothermie. La diurèse se rétablit rapidement sous l'effet d'injections intra-veineuses et sous-cutanées de solutions glucosées. Mais l'azotémie se maintint au-dessus de 3 gr. pendant quinze jours. Même une saignée singulièrement abondante due à des métrorragies ne fit pas baisser le taux de l'urée sanguine. Cet abaissement ne se produisit qu'à partir du moment où le rein eût recouvré son pouvoir de concentrer l'urée dans l'urine à un taux élevé.

Les auteurs insistent sur la rareté d'un pareil fait clinique, sur la ressemblance entre cette néphrite et la néphrite mercurielle. Cliniquement, les signes digestifs, y compris la stomatite, sont comparables. Au point de vue physio-pathologique, même origine endogène de l'azotémie par désintégration tissulaire, même dissociation du pouvoir de sécrétion et du pouvoir de concentration. Enfin même thérapeutique : non la saignée, mais les injections répétées de liquides destinés à favoriser au maximum la diurèse.

M. *Lemierre* pense que dans le cas rapporté par M. Bernard, il devait exister de l'hypochlorémie et il est intéressant de noter que la guérison est survenue sans que la malade ait absorbé du chlorure de sodium.

Sécrétion gastrique par excitation de la muqueuse nasale. Olfaction d'épreuve. — MM. *Garin*, *Roger Froment*, *Amic* et *Delorme* (de Lyon) rapportent le résultat d'expériences effectuées sur 30 sujets tuberculeux. Ils montrent, à l'aide du tubage d'Einhorn, que l'excitation de la seule muqueuse pituitaire, par olfaction de sels anglais, déclanche une sécrétion gastrique active. Toute une série d'odeurs n'appartenant pas à la gamme olfactive alimentaire (essence de lavande, de menthe, de fenouil, voire eau de Cologne) provoquent de même une sécrétion gastrique nette. Ces recherches qui apportent des données physiologiques nouvelles, ont une sanction pratique : *l'olfaction d'épreuve*.

René GIROUX.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Dermato-vénéréologie

Sur un retard de consolidation de fractures dû à une syphilis ignorée.

Il y a un peu plus de deux mois, j'étais appelé dans une maison de santé chirurgicale de la banlieue, auprès d'un jeune homme de 25 ans, qui depuis neuf mois se trouvait couché là, sans que sa maladie, cause de son séjour, fit désormais aucun progrès vers la guérison. Ce robuste garçon, habitué aux travaux des champs et de la ferme, avait l'aspect de la plus florissante santé générale. Blessé, en même temps que son frère, dans un accident d'automobile, tous deux eurent une jambe fracturée ; le frère, plus âgé de deux ans, guérit dans les délais normaux ; notre actuel malade, porteur de fractures multiples, non ouvertes, de la jambe droite, était encore dans un plâtre au neuvième mois, avec une pseudarthrose du foyer principal, au tiers inférieur du tibia. Les radiographies montraient l'insignifiance, l'inexistence presque du travail de réparation à ce niveau ; des interventions diverses, faites dans le but de maintenir au contact les fragments (supérieur, inférieur, intermédiaire, celui-ci formant coin entre les autres) étaient restées sans résultat ; les vis elles-mêmes, nécessitées par l'ostéo-synthèse, avaient pris rapidement du jeu dans un os particulièrement friable et l'on avait dû cureter ultérieurement un de ces points d'appui. On avait donné divers médicaments destinés à favoriser la fixation du calcium (sels de silice et de chaux, opothérapie thymique.) Aucun progrès n'était intervenu. De guerre lasse on fit faire une réaction de Bordet Wassermann ; elle fut positive et c'est devant ce résultat, considéré comme inattendu, qu'on demanda mon avis, sur l'opportunité d'un traitement et sur les résultats qu'on pouvait en espérer. Le Bordet-Wassermann ayant été fait le soir d'une anesthésie, je fais moi-même une nouvelle réaction, qui confirme la première et en avertissant que même si elle la contredisait je conseillerais le traitement. Celui-ci fut donc formulé de la façon suivante :

Indication spécifique.

1° Pendant quinze jours, donner de la préparation iodurée ci-dessous :

Iodure de potassium chim. pur	20 gr.
Hyposulfite de soude » »	5 gr.
Eau distillée	Q. S. pour dissoudre
Sirop d'écorces d'oranges amères	Q. S. pour 300 gr.

les deux premiers jours trois cuillerées à dessert, une à chaque repas ; les deux suivants, trois cuillerées à bouche ; augmenter ensuite, *sauf intolérance*, d'une cuillerée à bouche par jour, jusqu'à la dose de neuf par jour, soit environ neuf grammes d'iodure. Continuer ainsi jusqu'au quinzième jour inclus. (Prévenir le malade et l'entourage des inconvénients possible du médicament. Coryza, céphalée, insomnie.)

2° Dès le lendemain, faire, dans la région fessière, et renouveler trois fois la semaine, une injection intramusculaire de Bivatol à la dose de deux cent. cubes par injection (ou d'un autre bismuth lipo-soluble (Cardyl, de Poulenc..).

Faire ainsi, sauf intolérance, quinze injections.

Repos quinze jours.

Indications générales.

1° Opothérapique. Le traitement par les poudres thymiques sera complété par l'opothérapie parathyroïdienne ; on donnera, une demi-heure avant les principaux repas, un des cachets ci-dessous.

Poudre de thymus	0 gr. 20
» parathyroïde	cinq milligr.
Carbonate de calcium précipité	0 gr. 30
Fluorure de calcium	0 gr. 01
	pour un cachet n° 20.

Dix jours de traitement. Cinq jours de repos et ainsi de suite pendant un minimum de deux mois. Sauf intolérance.

2° Physiothérapique. Un bain général d'ultra-violet, localement aussi sur le foyer de fracture, suivant la technique progressive habituelle.

Quelques mots d'explication. Pourquoi ne pas avoir recours d'emblée aux arsénobenzènes et au bismuth, seuls ou associés en cure mixte à l'iodure de potassium ? Parce que ce dernier, médicament vasculaire plutôt que spécifique, résout les infiltrats, ramollit les scléroses et, grâce à sa diffusibilité, à sa force osmotique (qui en font à mon sens un médicament irremplaçable) pénètre jusque dans les recoins les plus reculés des espaces lymphatiques, où nul bismuth, nul arsénobenzène ne saurait parvenir d'emblée. L'iodure leur ouvre la voie et, plus particulièrement dans les gommes ostéo-périostées, agit parfaitement seul au début, à condition d'employer les doses suffisantes ; celles-ci doivent être massives et peuvent être fatigantes ; il n'y a donc aucune raison (sauf urgence absolue) pour imposer à l'organisme le surcroît d'une autre médication toxique simultanée. Celle-ci n'en sera que mieux tolérée et plus efficace par la suite.

Epilogue. — A la fin du traitement ci-dessus, c'est-à-dire à la fin de la septième semaine, l'enlèvement du plâtre permit de constater la parfaite consolidation de cette fracture cliniquement et radiologiquement, à la grande joie du malade et de ses médecins. A ces derniers il appartenait de compléter leur première ordonnance par celle-ci.

Après quinze jours de repos, faire faire, aux doses progressives ci-dessous, des injections intra-fessières de zinc-sulfarsénol une injection tous les deux ou trois jours (sauf intolérance) :

0,06 — 0,12 — 0,18
0,24 — 0,30 — 0 36
0,36 — 0,42 — 0,42
0.48 — 0,48 — 0,54
0,54 — 0.54 — 0,54

en augmentant suivant la règle le volume du solvant au fur et à mesure de l'augmentation des doses.

Des intraveineuses seraient plus indolores sans doute ; mais des raisons d'ordre pratique obligent à y renoncer.

La marche à suivre ultérieurement sera indiquée d'après les règles générales du traitement de la syphilis ; les prescriptions ci-dessus ayant trait seulement à l'obtention d'un résultat précis et à sa consolidation.

Louis Bory.

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Diététique

Action des jus de légumes sur la sécrétion gastrique.

Les recherches de *M.* Witold Orlowski l'ont conduit aux conclusions suivantes. (*Annales de Médecine*, décembre 1928.)

Les jus de légumes sont des stimulants chimiques énergiques de la sécrétion gastrique. Le jus de choux-fleurs excepté, ils ont sur les glandes gastriques une action plus forte que celle de la viande et du pain, relativement à la quantité de suc sécrété, le vitesse de la sécrétion, le pouvoir sécrétoire des glandes, la quantité d'acide chlorhydrique libre, la tension sécrétoire et le taux maximum de cet acide. Par contre, le pouvoir peptique des sucs gastriques sécrétés après ingestion de jus de légumes n'est pas supérieur à celui des sucs sécrétés après ingestion de viande : il est souvent le même et plus souvent un peu moindre ; enfin, après ingestion de choux-fleurs la quantité de pepsine dans le suc gastrique a été dans mes expériences, toujours nettement inférieure à celle qu'elle était après ingestion de viande.

Cette action des jus de légumes sur la sécrétion gastrique, alors qu'on a pu éliminer toute intervention du facteur psychique, présente un *énorme intérêt pratique*, surtout *dans les cas d'anorexie*, dans lesquels la sécrétion du suc « psychique » est totalement abolie ou insignifiante. Dans de tels cas, l'ingestion de jus de légumes provoque rapidement une sécrétion du suc gastrique « chimique » qui digère l'aliment, et les produits chimiques qui en résultent déterminent une continuation de la sécrétion gastrique. Ce pouvoir des légumes de provoquer une forte sécrétion du suc gastrique explique la grande popularité des soupes de légumes dans l'alimentation. Ici donc les recherches scientiques expliquent et confirment l'habitude traditionnelle de commencer le dîner par les soupes de légumes. En même temps, elles montrent le parti qu'on pourrait tirer des jus de légumes (soupes, purées, etc.) dans le traitement diététique des maladies de l'estomac qui s'accompagnent d'hypochlorhydrie et en général de toutes les maladies s'accompagnant de réduction de l'appétit, dans les troubles digestifs des tuberculeux par exemple et les anorexies. Par contre, d'après l'A., l'emploi des légumes dans les états d'hyperacidité et surtout dans l'ulcère de l'estomac, où ils sont cependant recommandés par Boas, Wegele, Jarocky et bien d'autres auteurs, serait inopportun.

Enfin, d'après l'A., le repas de jus de légumes mesurerait d'une façon plus exacte la sécrétion gastrique que les autres d'épreuve classiques.

Pédiatrie.

La diphtérie chez l'enfant en bas âge.

La diphtérie clinique, disent MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun (*Annales de médecine*, décembre 1928), n'est pas fréquente chez le nourrisson, mais ne doit pas être méconnue. Elle se manifeste avec plus ou moins d'évidence : habituellement il s'agit d'une forme larvée sans fausse membranes, ni adénopathie, où prédomine le coryza à B. de Lœffler. Plus rarement, il s'agit, d'une diphtérie pseudo-membraneuse ou d'une diphtérie oculte. Dans ce dernier cas, la maladie se manifeste uniquement par des phénomènes généraux ; la notion de l'infection specifique est uniquement fournie par l'existence d'une épidémie régnante, l'ensemencement du nez et l'efficacité extraordinaire du sérum qui guérit rapidement un etat d'intoxication grave, simulant. par exemple, le choléra infantile, ou l'athrepsie.

Le diagnostic de la diphtérie du nourrisson est en raison de la diversité des formes cliniques assez difficile à poser. Comme chez l'adulte, il faut distinguer le diphtérique vrai et le simple porteur de germes. Plusieurs épreuves sont alors nécessaires. Outre l'ensemencement, et la réaction de Schick, il faut, dans les cas douteux, pratiquer l'épreuve thérapeutique du sérum et la recherche des antitoxines dans le sang circulant.

Il est possible que le nourrisson soit capable de s'immuniser spontanément contre la diphtérie ; mais de toutes façons l'immunisation est chez lui longue et difficile à déterminer. C'est ce que prouvent notamment les essais d'immunisation provoquée, avec l'anatoxine de Ramon avec ou sans substance étrangère.

On peut augmenter l'immunité naturelle d'un enfant en pratiquant chez sa mère pendant la grossesse des injections d'anatoxine. Mais comme le fait a été constaté, le placenta ne laisse pas nécessairement passer les immunisines maternelles dans le sang du cordon.

Syphilis.

Traitement de la syphilis par les bismuths liposolubles.

Les bismuths liposolubles plus facilement maniables que les sels insolubles, moins dangereux à employer que les sels solubles, sont, disent MM. Fernet et P. Boyer (*Bulletin médical*, 26-29 déc. 1928) capables de donner de remarquables résultats soit employés seuls, soit associés aux arsénobenzènes. Il nous a semblé que la stomatite est moins fréquente lorsqu'on emploie le traitement mixte que lorsqu'on emploie le bismuth liposoluble seul, surtout si l'on administre l'arsenic par la voie buccale.

Il est probable que l'association des deux médicaments soit le traitement le plus efficace que nous ayons actuellement contre les manifestations actives de la syphilis, car c'est par ce traitement mixte que, presque à coup sûr, les réactions sérologiques se montrent d'emblée négativées dès la fin d'un premier traitement Il est vrai que l'association arsénobenzol et bismuth insoluble (hydroxyde de bismuth ou iodobismuthate de quinine) antérieurement donnait le plus souvent des résultats identiques.

Il faut donc, chaque fois que la chose est possible, faire ce traitement mixte, car l'efficacité du bismuth liposoluble sur l'évolution clinique des manifestations syphilitiques, pour si grande qu'elle apparaisse, ne semble point cependant devoir faire rejeter les préparations arsenicales employées en injections intra-veineuses qui, lorsqu'elles sont tolérées, restent la médication de choix comme traitement d'attaque de la syphilis primaire et secondaire. Par contre, chez les intolérants, les bismuths liposolubles seront employés de préférence aux bismuths insolubles.

Dermatologie.

Le traitement du lupus érythémateux par les injections de sels de bismuth.

« Nous estimons, disent MM. Nicolas. Lacassagne et Rousset (*Paris Médical*, 1er janvier 1929), qu'il faut avoir recours au bismuth de préférence à tout autre dans les formes fixes et dans les formes étendues ou douloureuses, ou encore dans l'érythème centrifuge à cause de la constance de son action, du soulagement immédiat qu'il procure, de l'absence de réactions et des résultats terminaux qui nous ont paru en tous points remarquables. »

Tuberculose.

Anthracose et tuberculose pulmonaire.

Le mineur, dit M. Jousset (*Revue de la tuberculose*, décembre 1928) ne fait pas plus d'anthracose que l'ouvrier de plein air.

Il est par contre, affecté d'une sclérose pigmentaire extrèmement accusée, qui abrège manifestement ses jours.

Cette tare pulmonaire ne semble pas modifier chez lui l'éclosion ou la marche de la tuberculose, dont la gravité ne diffère en rien de celle des autres travailleurs.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par des dérivés benzéniques du cuivre et du didyme.

Le benzoate de cuivre, associé à un dérivé benzénique du didyme et administré sous forme huileuse a donné à M. Stephani (*Revue de la tuberculose.*, décembre 1928) des effets indéniables dans la tuberculose des cobayes comme dans la tuberculose humaine. Spécialement étudiée pour la tuberculose pulmonaire humaine, cette médication agit indépendamment de tout choc perçu, s'exerce en premier lieu sur l'état général. La reprise fréquente du poids et chez l'homme la coloration du teint en sont les preuves.

L'évolution de la maladie. si cette dernière n'est pas trop près de sa phase ultime, est très nettement influencée favorablement dans 71 p. 100 des cas difficiles, sans que cette médication fasse courir le risque d'une aggravation.

Cette thérapeutique n'est sans danger. M. Stephani a eu de graves alertes dans plus de 5 p. 100 des cas et dans près de 2 p. 100 le décès s'en est suivi. La préparation du médicament, le choix du sujet, pourront diminuer ce pourcentage, surtout avec une technique très sévère.

NOTES PRATIQUES

Les Accidents mortels de l'anesthésie locale

M. A. Klotz, dans sa thèse inspirée par le Dr Canuyt (1), étudie, à l'aide de nouveaux documents, cette question qui est à l'ordre du jour.

Voici les conclusions :

1° Toute anesthésie, tant locale que générale, consiste à introduire un poison dans l'organisme et comporte, par conséquent, un risque d'intoxication.

2° Les accidents mortels en anesthésie locale sont rares en comparaison de la fréquence de son emploi. Ils paraissent moins fréquents que ceux de l'anesthésie générale, et même de la rachi-anesthésie.

3° L'intoxication peut être compliquée dans la plupart des cas par l'hyperdosage, la concentration excessive, l'introduction de l'anesthésique dans une veine ou dans les méninges, ou par l'état organique et psychique des malades. Il existe, en outre, chez l'homme comme chez les animaux de laboratoire, des différences individuelles dans la sensibilité au poison anesthésique.

4° Dans les accidents mortels, la forme convulsive est la plus habituelle. Elle reproduit très exactement l'image de l'intoxication par les anesthésiques locaux chez les animaux de laboratoire.

5° La mort survient généralement par paralysie respiratoire suivie d'arrêt du cœur. Cette paralysie respiratoire constitue dans certains cas, le symptôme principal.

6° On observe en outre une forme foudroyante sans convulsions, une forme comateuse et une forme caractérisée par une syncope tardive. Dans ces cas, l'anesthésie locale n'a souvent joué qu'un rôle accessoire. Quelques-uns de ces cas sont dus à des doses excessives d'adrénaline.

7° Pour prévenir les accidents, il faut suivre une technique, rigoureuse et prudente, qui accorde une attention particulière à la dose, à la concentration, au rythme de l'administration, au dosage de l'adrénaline et à la qualité des produits.

8° La préparation des malades ne doit pas être négligée : elle sera adaptée aux cas particuliers.

9° L'accident une fois déclaré, il faut le combattre le plus possible. Les mesures susceptibles de soutenir et de stimuler la respiration sont les plus urgentes ; il faut également toujours soutenir le cœur.

10° L'anesthésie locale est la méthode de choix dans la plupart des interventions en oto-rhino-laryngologie, en stomatologie et en ophtalmologie. En raison des avantages qu'elle comporte, son emploi mérite d'être généralisé, sous réserve de certaines contre-indications.

(1) Thèse de Strasbourg, 1928.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Nouvelles observations sur le Rhomnol.

Duo medicinae cardines : ratio et observatio.)
(HIPPOCRATE.)

On a donné la dénomination heureuse de *Rhomnol* à l'acide nucléinique *pur*, dont la valeur reconstituante fut mise en lumière par les travaux de Bouchard, Miescher, Gilbert, etc. C'est le phosphore *histo-organique*, d'orientation vitale, directement assimilable ; le nutriment médicamenteux toléré aux plus hautes doses : le ferment leucocytaire bio-synthétique, auquel rien n'est comparable dans la matière médicale. C'est pourquoi le Rhomnol s'est, peu à peu, substitué, dans la pratique, à toutes les autres préparations phosphatées. On le voit revigorant, par

catalyse, la nutrition déficiente et combattre toutes les variétés d'hypotrophie. Il fortifie la vitalité musculaire, reconstitue le sang et le système nerveux et fait régner vigueur, bien-être. force mentale, dans les organismes déprimés, dont il tonifie l'activité nutritive en déversant la surabondance d'énergie que nécessite la vie courante.

Le Rhomnol agit surtout en restaurant les éléments nobles du tissu nerveux (névraxe cérébro-spinal et système grand sympathique), dont il restitue les noyaux cellulaires appauvris en phosphore. Il rétablit le jeu vital, asthénié par cette carence. Dépourvu de toute toxicité, il nous permet de réaliser l'emmagasinage providentiel du métalloïde réparateur mis en réserve, augmentation de l'orexie, des forces et du poids, stimulation hématoglobulaire, neuronique et ostéogénétique ; arrêt des troubles inhérents à la croissance, à la convalescence, à la grossesse, et à la lactation ; harmonisation du système nerveux et régularisation de toutes les fonctions, par accélération des échanges ; voilà ce qu'il faut attendre de la médication par le Rhomnol. Les neurasthéniques bénéficient de son emploi aussi formellement que les tuberculeux, même lorsqu'ils sont au stade avancé consomptif et marastique : mais ce n'est qu'un usage *prolongé et régulier* qui réalise, dans les cas graves, une amélioration indiscutable.

Il n'est pas rare de voir le médecin qui omet de prescrire le Rhomnol être rappelé à l'ordre par son malade, tant l'efficacité de ce produit est péremptoire ; bien qu'il n'en ait été fait aucune publicité dans les quotidiens. En dépouillant, grâce à l'obligeance du Dr Leprince, le registre d'observations concernant le Rhomnol, je relève : cas de rachitisme, scrofule, syphilis héréditaire, prétuberculose, anémie de la formation, avec son cortège de phénomènes nerveux, toux rebelles, avec sueurs nocturnes, surmenage intellectuel, préparation difficile des examens, insénescence précoce, impuissance virile, dysménorrhée, intoxication gravidique, états adénoïdiens, amaigrissement.

Ordonnateur parfait des mutations et rénovations cellulaires, régulateur de l'activité fonctionnelle du système ganglionnaire et de la prolifération polynucléaire, le Rhomnol, en modifiant foncièrement le terrain organique, offre au praticien des ressources thérapeutiques presque inépuisables. C'est un animateur de la reminéralisation, indiqué dans les déficiences ostéo-articulaires et dentaires, la décalcification tuberculeuse et gravidique, les viciations trophiques, l'épuisement sénile. Il renforce le dynamisme endocrinien qui est à la base d'un bon fonctionnement vital, modifie la formule sanguine, dans les anémies spléniques et paludéennes, combat l'hypothrepsie infantile, arrête l'autophagie des diabétiques, des albuminuriques et des cancéreux et montre sa valeur jusque dans le traitement de certaines affections mentales — neurasthénie anxieuse. La clinique montre ici le bien fondé de l'investigation bio-chimique en nous faisant toucher du doigt le pouvoir électif de reconstitution sur le système nerveux et sur l'hématopoïèse, obtenu à la faveur probable d'une fixation opsonique, bientôt épanouie en hormones, qui diminue l'usure tissulaire et facilite la régénération des cellules. Une fois de plus, il est démontré que la physiologie est le pivot de la thérapeutique, seule raison d'être de l'art médical.

Pour rompre les cercles vicieux thérapeutiques et rétablir l'équilibre de la santé, en augmentant les puissances de garanties, sans réaction dynamique préjudiciable au protoplasme, le Rhomnol nous offre un médicament héroïque, dont le principe actif, dosable chimiquement, est nettement contrôlé par l'essai biologique : principe bien défini, incapable de variation et susceptible de garantir au praticien des résultats uniformes, grâce à la fixité de son potentiel médicamenteux assuré par le titrage physiologique.

Le problème actuel de la reminéralisation.

Dans un exposé fait au Congrès de l'avancement des sciences, le Dr Barbier a montré l'orientation du problème de la récalcification.

Nous donnons ci-dessous les conclusions de cet intéressant rapport.

1° Le *problème de la fixation du calcium* domine la pathologie de l'enfance, son absence entraînant des troubles graves, tels que le rachitisme, la spasmophilie ; ce problème dominerait peut être également le traitement de la tuberculose.

2° Pour reminéraliser les malades, il ne suffit pas de leur donner de fortes doses de phosphore et de chaux, il faut avant tout que ces médications *puissent être fixées par l'organisme*.

3° L'ergostérine ou vitamine D. serait la substance la plus

capable d'assurer cette fixation du calcium par l'organisme. Cette substance constituerait le principe actif des levures, comme l'huile de foie de morue.

4° Les rayons ultra-violets soit par leur action directe sur l'organisme, soit par une action indirecte (aliments ou médicaments activés) exercent la même action thérapeutique que les produits vitaminés naturels.

5° En associant une huile de foie de morue à de l'ergotine et à des lipoïdes irradiés, et en employant comme stabilisant l'éther benzylo-cinnamique, on obtient un produit injectable d'une remarquable activité.

6° Ce produit, connu sous le nom de « Viosten » nous a paru réaliser le fixateur par excellence du calcium dans tous les états de déminéralisation et de décalcification osseuse ou pulmonaire.

Nous rapprochons de cette communication le travail de MM. KREITMAIR et MALL, paru dans le *Journal of the American Association* du 30 juin, dans lequel ces auteurs montrent que les doses toxiques d'ergostérine irradiée occasionnent dans divers organes, d'étonnants dépôts de calcium, dépôts qu'ils ont constatés à plusieurs reprises à l'autopsie.

Ce qui prouve que le pouvoir récalcifiant intense des vitamines D. et notamment de l'ergostérol irradié.

Le traitement de l'insomnie des psychoses par l'allylisopropylacétylcarbamide. (Dr TIBI, Thèse de la Faculté de Médecine de Lyon, 1928.)

Tout a été dit sur le traitement des insomnies et chaque jour voit apparaître un nouvel hypnotique, meilleur sans doute que les précédents. Certes les barbituriques sont actuellement les médicaments hypnogènes les plus souvent prescrits et il n'est point besoin d'insister, par exemple, sur l'extrême maniabilité du somnifène si fréquemment utilisé, ni sur les propriétés à la fois antalgiques et hypnogènes de l'allonal, véritable analgésique renforcé. Cependant souvent le praticien hésite à ordonner un barbiturique, dont il connaît l'action énergique. Il préfère recourir à un simple calmant du système nerveux comme le bromure de sodium ; mais on sait la mauvaise presse qu'a le bromure de sodium chez la plupart des malades. Si on dit à une patiente qu'elle va prendre du bromure, elle se croit aussitôt beaucoup plus malade : si on veut bromurer un jeune homme, on éveille la crainte de l'épilepsie, avec la hantise de l'acné bromique. Et cependant que d'excellents résultats on obtient avec le sédobrol qui est, on le sait, du bromure de sodium dissimulé, incorporé à un extrait de bouillon végétal concentré et achloruré. Toutefois, si pour une raison importante, on ne veut donner ni barbiturique, ni bromure et, d'autre part, sachant le peu d'effets de la valériane, du cratœgus et de leurs succédanés, si on veut obtenir une action hypnogène inoffensive, douce et progressive, il faut s'adresser à l'allylisopropylacétylcarbamide (ou mieux sédormid) que vient d'étudier M. Tibi dans son travail inaugural. Le sédormid n'est pas un barbiturique : c'est un uréide, c'est-à-dire de l'urée, dans laquelle un des hydrogènes du groupe aminé a été substitué par le radical allylisopropylacétique. C'est un hypnotique et un sédatif d'action légère et de toxicité excessivement peu élevée qui se présente sous forme de comprimés dosés à 0.25, dont on peut prendre facilement 2 ou 3 par jour et même davantage. Longuement expérimenté au triple point de vue chimique, physiologique et clinique, minutieusement étudié par M. Perget et par M. Tibi, le sédormid s'est montré le plus grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux. Entre le sédobrol si utile dans le symptôme nerveux et le somnifène, dont l'action contre

les insomnies, l'agitation, le délire est aujourd'hui classique, le sédormid occupe une place excessivement importante : c est l'hypnogène doux et inoffensif que l'on peut prescrire sans crainte chez tous ceux qui ne dorment pas par suite de quelque préoccupation morbide ou d'un surmenage physique ou intellectuel.

La ménopause masculine et son traitement. (Dr SAVIGNY *Les Sciences Médicales*, 30 sept. 1928.)

Il paraît étrange de parler de ménopause masculine et, au point de vue étymologique, il y a évidemment impropriété de terme.

Celui-ci cependant, dit bien ce qu'il veut dire, car il est certain que l'homme, comme la femme subit, au décours de sa sexualité, une période troublée. C'est l'épreuve de la cinquantaine, bénigne chez les uns, mais plus sévère chez d'autres, où se manifestent à cette occasion de l'irritabilité, de la tristesse de l'insomnie, de la céphalée, de l'asthénie neuro-musculaire et intellectuelle qui, chez certains sujets, peuvent en imposer pour de graves désordres encéphalitiques.

Le pronostic est bon cependant : comme chez la femme, le traitement endocrinien joue le rôle principal avec quelques toniques et sédatifs du système nerveux.

L'extrait spermatogénétique, c'est-à-dire l'androstine sera prescrite à la dose de 4 à 8 pilules par jour, pendant longtemps, plusieurs mois, et le traitement sera continué, même après la disparition des troubles pour en éviter le retour, jusqu'à la stabilisation de l'organisme.

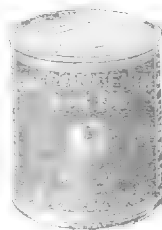
Les résultats de cette opothérapie sont en général remarquables, parfois inespérés, comme dans le cas que cite l'auteur d'un malade de 54 ans, chez lequel avait été porté le diagnostic de manie anxieuse, qui avait dû cesser toutes occupations professionnelles et était à la veille d'être interné. Ce sujet, après 3 mois de traitement, put reprendre toute son activité antérieure.

Pour être moins secoués pour la plupart, rares sont cependant les sujets qui échapent à cette crise *ménopausique*. Son interprétation dysendocrinienne permet de la juguler par le seul traitement adéquat : l'opothérapie orchitique au moyen de l'androstine, forme sous laquelle elle est très active et remarquablement tolérée.

Traitement du point de côté. (Dr DIAMANT. *Journal des praticiens*, 22 septembre 1928.)

Tout le monde connaît le point de côté et sa description semble bien inutile, mais sa signification symptomatique est intéressante à dégager, car elle relève d'affections très diverses. Les coliques hepatiques, les névralgies intercostales, les névrites paludiques, alcooliques ou toxiques, se présentent souvent sous le seul aspect du point de côté.

La pneumonie, les pleurites, les pleurésies, les pleuropéricardites, sont fréquemment l'occasion pour le malade qui en est atteint, d'accuser d'abord un point de côté plus ou moins violent. Mentionnons ici la position genu-pectorale qui, prise



spontanément par quelques malades très dyspnéiques peut être considérée comme pathognomonique d'une péricardie à gros épanchement; c'est une posture de décompression du sac péricardique que les malades prennent instinctivement.

On trouve encore le point de côté dans l'hypertrophie de la rate au cours des leucémies, des cirrhoses, des maladies infectieuses.

Quelle que soit sa signification pathognomonique, le point de côté appelle une thérapeutique spécialement dirigée contre la douleur qu'il provoque, car le malade veut être avant tout soulagé et il ne comprendrait pas que l'on négligeât cette manifestation parce que purement symptomatique.

Quelle que soit sa cause, le point de côte cédera très généralement à la Cibalgine que l'on administrera à la dose de 2, 3 ou 4 comprimés suivant son intensité. S'il s'agit de coliques hépatiques ou néphrétiques, on prescrira la Cibalgine en ampoules, deux par jour. On pourra même l'injecter *loco dolenti* en cas de pleurodynie, de zona, de pleurite, ou de névralgie, intercostales. Ce traitement n exclut pas la thérapeutique classique par les pointes de feu (surtout efficaces dans la pleurodynie des tuberculeux), les vésicatoires et les liniments.

Parmi ceux-ci la formule ci-après est particulièrement recommandable :

Baume de Fioraventi ..
Chloroforme .... } àâ 10 grammes
Salène ....

Un cas de réanimation du cœur après asphyxie par submersion (Dr P. PARET. *Concours Médical.* 10 juin 1928.)

Les cas de reviviscence du cœur après submersion, lorsque les moyens habituels mis en œuvre n'ont pas abouti dans les trente minutes qui suivent le repêchage, sont en somme rares. L'auteur cite le cas d'un enfant de quatre ans et demi, tombé dans un bassin, ayant subi une immersion de temps indéterminé, près duquel il put se rendre vingt minutes après sa sortie de l'eau et chez qui les tractions rythmées de la langue avec respiration artificielle restèrent sans résultat pendant un quart d'heure encore, jusqu'au moment où ayant pratiqué une injection intraveineuse de Coramine, le cœur se ranima très rapidement et la respiration se rétablit après une phase de Cheyne-Stockes.

Il fut pratiqué ensuite une injection intra-musculaire de Coramine qui provoqua quelques systoles, puis une intraveineuse qui déclancha la reprise du rythme, et une troisième intra-musculaire de sécurité. Trois cmc de Coramine furent donc injectés en moins de deux heures chez cet enfant de quatre ans et demi, sans aucun inconvénient, et avec une efficacité remarquable quant à l'intraveineuse. L'auteur en conclut qu'en cas d'échec de cette dernière, par suite d'une inhibition plus profonde encore, l'injection intra-cardiaque devrait être tentée.

BIBLIOGRAPHIE

Les poissons et le monde vivant des eaux. Etudes ichtyologiques, par le Dr Louis ROULE, professeur au Muséum national d'Histoire naturelle. Tome troisième : *Voyages et migrations*. Un beau volume in-8° raisin, illustré de 54 figures dans le texte et de 16 planches en trichromie, d'après les aquarelles d'Angel. Broché 42 francs. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve). R. C. Seine 76035.

Ce volume, comme l'indique son titre, est un livre de voyages. Il est consacré aux poissons migrateurs. On y lira l'histoire entière, vivante, des saumons, des anguilles, des thons et de beaucoup d'autres, tous voyageurs de grande allure. L'attention se porte avec intérêt sur ces êtres qui, sans aide ni assistance, et livrés à eux-mêmes, sont pourtant capables d'effectuer de tels déplacements.

Le saumon part des abîmes profonds de l'Océan, remonte jusqu'au plus haut des rivières, puis retourne aux abîmes, sans moyens autres que le jeu de ses nageoires et une endurance démesurée.

L'anguille, son émule, est capable de traverser l'Atlantique afin d'aller pondre, et parcourt des milliers de kilomètres en serpentant pour nager. Espèces migratrices, à voyages saisonniers et réglés, qui, par rapport à nous, représentent une abondante manne aquatique, une récolte toute préparée par la nature, dont l'industrie des pêches fait son profit.

Ouvrant à la pensée un monde nouveau, nulle histoire d'aventures n'a autant d'intérêt, nul conte autant de charme, nul roman autant de diversités étranges, que les simples récits de ces voyages présentés dans leur stricte vérité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Vingt leçons de psychiatrie, par R. BENON. in 8 : 8 fr. (Vigné.)

Le traitement clinique de la diphtérie, par P. CHAVANON. 2e éd. in-8 : 5 fr. (Vigné.)

Les origines du génie. Etude étiologique et clinique, par le Dr SMILYANICH. in-12 : 15 fr. (Vigné.)

NOUVELLES

Concours de médecin des hôpitaux. (*Admissibilité*). — Composition : 1° Des Jurys. Section A : MM. les Drs Grenet, Sainton, Faure-Beaulieu, Léon Bernard, Lesné et Stévenin. — Section B : MM. les Drs Sézary, Brodin, Caussade, Rouillard, Lortat-Jacob et Lœper.

2° Des censeurs : Section A : MM. les Drs Cain, Léchelle, Janet et Jacquet. — Section B : MM. les Drs H. Bénard, Marchal, Hutinel et Binet.

Séance du 25 février. Epreuve écrite. Questions données. Section A : Abcès du poumon. — Section B : Syphilis de l'aorte thoracique (anévrysmes exceptés).

Questions restées dans l'urne : Section A : Asthme ; — Coma diabétique. — Section B : Zona ; — Etude clinique et thérapeutique des myxœdèmes de l'adulte.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 25 février. M. Auclair. Etude des gros enfants nés en 1928 à l'hôpital Boucicaut. — M. Rosenberg. Etude sur le chlorhydrate de papavérine. — M. Carillon. Importance du décubitus latéral gauche dans l'examen de la pointe du cœur.

28 février. — Mlle Hébert. Etude médico-sociale sur la mortalité du premier âge. — M. Dié. Etude sur la tension veineuse. — David Erythrocyanose sus-malléolaire. — M. Dewing. La radiothérapie sympathique du lichen plan. — M. Gremeau. Essai sur le métabolisme.

Thèses vétérinaires. — M. Perrier. Traitement de la piroplasmose bovine en Normandie.

VIe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française (3, 4 et 5 octobre 1929). — A l'occasion du 40e anniversaire de la fondation de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, le VIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française se tiendra à Bruxelles, les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 octobre.

Les rapports porteront sur les questions suivantes : 1° Des rapports entre l'hypophyse et l'appareil génital chez la femme. Rapporteur sur la partie physiologique : M. Lucien Brouha (Liège) ; rapporteurs pour la partie clinique : J.-L. Wodon (Bruxelles).

2° La myomectomie au cours et en dehors de la grossesse. Rapporteurs : MM. Meriel et Baillet (Toulouse), M. Brindeau (Paris).

3° Indications et techniques de la stérilisation chez la femme. Rapporteurs : M. Muret (Lausanne) pour les indications, M. Laffont (Alger) pour les procédés.

L'exposé de chaque rapport sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes. En outre, d'intéressantes communications particulières seront faites par un certain nombre de congressistes.

Nous publierons le programme définitif ultérieurement, mais disons dès maintenant qu'à côté de la partie scientifique, le Congrès comprendra la visite des différents centres hospitaliers et universitaires de Bruxelles, et que les congressistes seront réunis en un banquet par souscription et invités à une soirée particulière et à une soirée théâtrale.

Un comité s'occupera des membres de la famille des congressistes qui les accompagneront et leur fera visiter les principales attractions de la capitale.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr Max Cheval secrétaire général, 16, rue Alphonse Hottat, Bruxelles.

Faculté de Lyon. — Lundi 18 février, M. le professeur Franz Benedict, du « Carnegie Institute » et du « Nutrition Laboratory », a fait une conférence, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine sur le métabolisme basal. M. le professeur Ehlers, de Copenhague, a fait, le samedi 23 février, à l'Hôtel-Dieu, une leçon sur la lutte contre la lèpre en Islande. Voici d'après le *Progrès de Lyon*, le compte rendu de cette dernière conférence.

« La syphilis, la tuberculose et la lèpre sont trois sœurs.

Les aliénistes allemands ne veulent plus que l'on compare les maisons de fous à des assemblées parlementaires. — Les directeurs des établissements d'aliénés d'Allemagne et nombre de médecins attachés à ces maisons protestent, dans la *Psychiatrische Neurologische Wochenschrift*, contre le fait que les journaux, en relatant les scènes de violence qui se déroulent dans certains Parlements, se servent fréquemment de cette formule : « On se serait cru dans une maison de fous ! »

Les aliénistes et les directeurs font ressortir que cette comparaison déplacée est de nature à discréditer les maisons de fous, où, affirment-ils, tout se passe toujours correctement, contrairement à ce que l'on observe dans certaines enceintes parlementaires.

Association professionnelle des journalistes médicaux français. — L'Association professionnelle des journalistes médicaux français qui vient de tenir son Assemblée générale, a renouvelé comme suit son bureau pour 1929 :

Président : Dr Henri Bouquet. — Vice-présidents : Dr Bizard (de Paris) et Monteux (de Marseille). — Secrétaire général : Dr A. Garrigues. — Secrétaire adjoint : Dr Molinéry. — Trésorier : Dr Mathé.

La Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français a tenu le même jour son Assemblée générale. Les rapports annuels ont permis de constater l'état florissant et les progrès constants de la caisse, grâce au nombre des cotisants et au concours des généreux donateurs.

Maternité Baudelocque clinique de la Faculté de médecine. (121, boulevard Port-Royal, professeur : A. Couvelaire.) — Les cours suivants seront faits à l'amphithéâtre de la clinique Baudelocque à 11 heures.

Mardi 26 février : M. Vignes. Anomalie de la contraction utérine ; — Jeudi 28 février : M. Le Lorier. Des pelvitomies ; — Samedi 2 mars : M. Cleisz. Albuminurie ; hypertension ; rétention hydrosaline ; azotémie ; — Mardi 5 mars : M. Levy-Solal. Eclampsie convulsive.

Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise. — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise (Oise.) Les internes en fonctions reçoivent une indemnité de 3.600 francs la première année, 3.900 francs la deuxième année et 4.200 francs la troisième année. Cette indemnité est de 4.800 à 6.000 francs s'ils sont docteurs en médecine.

L'établissement leur rembourse la moitié de leur abonnement de chemin de fer en 3e classe pour le trajet Clermont-Paris.

Enfin ils bénéficient des avantages en nature habituels (logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage.)

Ecole d'anthropologie, (15 rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.) — M. Edouard LOTH, docteur en médecine et docteur ès-sciences, professeur à la Faculté de médecine de Varsovie, fera, les lundi 11 et 18 et les mardi 12 et 19 mars 1920, à 15 heures précises, une série de quatre conférences : Anthropologie des parties molles. 11 mars : Généralités. Anthropologie des muscles : mimique de la face ; — 12 mars : Anthropologie des muscles du tronc, du dos et du membre supérieur ; — 18 mars : : Anthropologie du membre inférieur, du canal intestinal et du canal respiratoire ; — 19 mars : Anthropologie des organes uro-génitaux, des vaisseaux et des nerfs périphériques. Conclusions.

Maison départementale de Nanterre. — Le 18 avril 1929, s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 15 mai 1929 au 15 mai 1930, à des places d'interne provisoire.

Le nombre de places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à deux. Il s'augmentera du nombre des vacances qui pourront se produire dans cet emploi à partir du jour du présent arrêté jusqu au jour du concours.

A propos des programmes scolaires. — La Commission d'études de l'« Education » commencera au cours de sa prochaine séance la critique des programmes actuels.

Elle entendra successivement : un médecin spécialiste d'éducation physique : Dr CHAILLEY-BERT ; un médecin spécialiste de psychiatrie : Dr GRIMBERT ; un proviseur de grand lycée : M. CHACORNAC ; un père d'élèves : M. HUNZIKER (Président de la Fédération des Associations de parents d'elèves des lycées et collèges.)

Cette séance aura lieu au « Redressement français », 28, rue de Madrid (VIIIe), le 14 *mars à 16 heures*.

Hospices civils de Versailles. — *Concours pour la nomination de sept internes en médecine. Cinq titulaires, deux provisoires.* (Vendredi 22 mars et samedi 23 mars 1929). — Le vendredi 22 mars 1929, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de sept internes en médecine (5 titulaires et 2 provisoires).

Voyage d'études médicales de Pâques sur la Côte-d'Azur. — Comme les années précédentes, la Société médicale du littoral organise un voyage, à l'occasion de Pâques (Voyage Rose). La concentration se fera à Nice, puis on visitera successivement le Cap-d Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, le Cannet, Grasse, Vence, Menton, Monaco Monte-Carlo et Beaulieu.

Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse qui sont de tradition dans les voyages de la Société médicale du littoral. Partout, les richesses thérapeutiques de cette région sans égale leur seront présentées et expliquées. Des démonstrations scientifiques, des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques, fourniront au voyageur toutes les indications nécessaires pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable. Le Trophée romain de la Turbie, les Grottes préhistoriques de Grimaldi, le château et l'élevage de singes du Dr Voronoff, l'Observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire Musée océanographique de Monaco, seront l'occasion de très intéressantes promenades.

A ce beau voyage sur la Côte d'Azur, se rattacheront des excursions en Italie, dans les Alpes et en Corse, au gré des voyageurs.

Moins étendu, et par conséquent moins coûteux que le grand voyage international de Noël (Voyage Bleu), organisé aussi par la même Société, le voyage de Pâques permet aux familles de médecins de voir la Côte-d'Azur dans une semaine, à une époque particulièrement riante, et avec des facilites et des agréments que l'on ne peut trouver réunis ailleurs au même degré.

Pour tous renseignements, écrire au Président de la Société médicale, 24, rue Verdi, Nice.

Société d'ophtalmologie. — Le 42e Congrès de la Société française d'Ophtalmologie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 13 mai 1929 et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par le Dr AUBARET, de Marseille sur : Etiologie et traitement des blépharites.

Exposition d'instruments d'optique et de chirurgie oculaire. Visite des laboratoires et des hôpitaux. Excursion le mardi 14 mai, visite des Trianons sous la conduite de M. Mauricheau-Beaupré ; banquet d'usage à Versailles le soir.

S'adresser pour tous renseignements au secrétaire-général Dr René ONFRAY, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris VIIe.

Soirée artistique. — Les Laboratoires Dausse ont donné le samedi 23 février, à la salle Pleyel, 252, rue du Faubourg St-Honoré, une représentation théâtrale avec le concours de Mme Madeleine Rénaud et Marie Bell, sociétaires, Mlle Perdrillère, Ms Bertin et Ledoux de la Comédie Française.

Au programme : *Il était une Bergère* comédie en un acte d'André Rivoire ; puis le chansonnier Montmartrois Mauricet qui interprèta quelques-unes de ses œuvres avec beaucoup de succès ; enfin Keroubinos fantaisie en un acte de Gabriel Segond.

Au cours de la soirée il a été donné un film inédit des Laboratoires Dausse dans la région d'Etampes, film donnant toute la fillière du *Sérodausse Antitoxisényl*, du *Sérodausse Ovarien* et de l'*Hémozénol*.

Le succès de cette soirée a dépassé toutes les espérances à tous les points de vue. Tout le Corps Médical parisien avait été invité et malgré les 2.700 places de la salle Pleyel, les Laboratoires Dausse ont dû faire une deuxième séance, aussi réussie, le mercredi 27 février et en feront une troisième le mercredi 13 mars.

Si quelques personnes n'ont pas reçu les cartes qu'elles ont demandées, elles n'ont, pour la plupart, qu'à s'en prendre à elles-mêmes car un certain nombre de demandes sont parvenues aux Laboratoires Dausse sans adresse avec une signature illisible. Ces personnes peuvent renouveler leur demande pour le mercredi 13 mars.

Parmi les personnalités remarquées, nous citerons :

MM. les Professeurs Gleye, président de l'Académie de Médecine, Gougerot, Mercier, Nattan-Larrier, Poucher et Madame, Rudeaux, Javillier et Pettit de l'Institut Pasteur, Pellegrin du Muséum, les professeurs agrégés Basset, Queniot, Le Lorrier, Lian, Olivier, Philibert, Sézary, Thierry, Busquet, professeur à la Faculté de Pharmacie : Coutière, Delepine, Goris, Guerbet, Grimberg, Marc Honorat, Perrot, Bach, Delaby, Fabre, Mascré et Fron de l'Institut agronomique. MM. Antoine, Barlie, Barbier, Bayle, Belgrand, Benard, Bilhaut, Blechmann, Bouchacourt, Broquet, Cain, Calbert, Carrié, Caussade, Chalet, Chevrier, Claysse, Comby, Courcoux, Dartigues, Deglos, Delherm, Dupuy-Dutemps, Duval-Arnould, Farez, Genevrier, Guillery, Labey, Laederich, Levy-Bing, Lortat-Jacob, Manson, Mayer, Menegaux, Milian, Moinson, Monthus, Morax, Queyrat, Roger, Rocques, etc., etc., médecins des hôpitaux ; M. Kling, directeur du laboratoire municipal et un grand nombre de médecins et de pharmaciens que nous regrettons de ne pouvoir citer.

Nous invitons les retardataires à demander les cartes pour la troisième et dernière séance du 13 mars, aux Laboratoires Dausse, 4 rue Aubriot, Paris, 4e. A. R.

Le médecin et le fisc. — Une question, qui intéresse un certain nombre de médecins exerçant à la campagne, avait été posée par M. Emile Borel, député de l'Aveyron, sur le point de savoir si un médecin ayant installé un dépôt de médicaments (loi du 21 germinal an XI, article 27) peut vendre, sans sortir des cadres de la cédule des professions libérales, des médicaments à des malades de sa clientèle habituelle, sans que cette vente soit précédée d'une consultation payante, mais seulement à la suite de conseils gratuits.

M. Chéron, ministre des finances, a répondu que le médecin qui, dans une localité dépourvue de pharmacien, se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires sans tenir officine et sans vendre à tout venant ne fait pas acte de commerce.

Par suite, il reste soumis pour l'ensemble des profits qu'il retire de l'exercice de sa profession à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

M. Stéphane Lauzanne, à propos d'un livre de M. Paul Allard intitulé : *Comment on fraude le fisc* (le *Matin*, 7 février 1929, dit que c'est effrayant ce qu'il y a en France de professions incertaines, au point de vue fiscal bien entendu — et que quand l'Etat leur tend sa sébile pour qu'elles y déposent leur impôt sur le revenu, il ignore s'il doit les qualifier carpes ou lapins, et qu'il les baptise généralement carpes quand elles sont lapins, et lapins quand elles sont carpes.

« Le médecin, dit-il, est, bien entendu, un libéral. Mais, attention ! s'il vend des médicaments à d'autres que ses malades, il devient pharmacien, donc commerçant. Attention encore ! S'il se trouve dans une localité dépourvue de pharmacien, alors il reste libéral. Ah ! encore attention ! S'il est attaché à une maison de santé, il n'est plus libéral, ni commerçant, il devient salarié.

Quant au dentiste, c'est un libéral. Tout de même, s'il vend des appareils, il devient commerçant. Tout de même, pour la part de ses gains qui ne lui viennent pas de ses appareils, il reste libéral. »

Nécrologie. — Dr Léon Bouveret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin honoraire des hôpitaux, décédé dans sa 79e année. — Dr Jules Rouvier, professeur honoraire à la Faculté de médecine d'Alger, décédé à l'âge de 74 ans. — Dr Planel, de Saillans (Drôme). — Dr Truc, professeur honoraire de clinique ophtalmologique à la Faculté de Montpellier, décédé à l'âge de 72 ans. — Dr Charles Trepsat, médecin chef du sanatorium de la Malmaison, décédé à Rueil, à l'âge de 49 ans. — Dr César Tournier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon, décédé subitement à Lyon à l'âge de 64 ans. — Dr Félix Pinard, de La Cluse, près Nantua.

REVUE GENERALE

La maladie de Paget du mamelon

Par G. MENEGAUX.
Chef de clinique thérapeutique chirurgicale.

En 1874, Sir James Paget décrit une affection où, à des lésions eczémateuses ou psoriasiformes du mamelon, succède un cancer de la glande mammaire et qu'il est d'usage depuis de décrire sous le nom de « Paget's disease of the npple » : maladie de Paget du mamelon.

iButlin, en 1876, en donne une première description histologique ; enfin Darier par une série de travaux primordiaux en étudie la pathogénie, et crée le groupe des dyskératoses.

Plus récemment, plusieurs auteurs se sont élevés contre la conception de Darier qui fait de l'état dyskératosique, une lésion non cancéreuse. En particulier, Jakobeus, dès 1904, Ribbert en 1911, Arzt et Kren en 1925, et en France, Masson et Pautrier considèrent que, dès le stade initial, il s'agit d'un cancer. On voit toute l'importance du problème au point de vue de ses conséquences thérapeutiques.

Anatomie pathologique

Anatomiquement, la maladie de Paget doit être étudiée à deux stades que nous pourrons appeler, sans rien préjuger de leur nature, lésions eczématiformes, cancer confirmé.

1° *Lésions eczématiformes.* — Dès l'examen d'une coupe histologique, on se rend compte que l'épiderme recouvrant le mamelon est profondément bouleversé dans sa structure. Par endroits, il manque complètement. En d'autres, il est végétant et extrêmement irrégulier. Mais ce qui caractérise la maladie, c'est l'existence de cellules spéciales, dites *cellules de Paget*. Celles-ci sont plus volumineuses que les cellules malpighiennes normales. Elles sont dépourvues de filaments d'union et Darier lui-même a appelé « ségrégation » le phénomène d'isolement de ces cellules qui résulte de cette dermolyse. Cette évolution spéciale se traduit par une kératinisation du bord de la cellule qui lui donne l'aspect de « corps rond » ou « cellule à manteaux ». Enfin, ces éléments font un contraste frappant avec les cellules malpighiennes normales par leur protoplasme clair et leur noyau vésiculaire énorme. Ces cellules anormales sont irrégulièrement réparties. On en trouve dans toutes les couches de l'épiderme. Par endroits, elles remplacent toutes les cellules de la basale. Ailleurs, on peut en rencontrer dans la granuleuse où, avec leur taille monstrueuse et leur énorme noyau, elles tranchent avec les cellules malpighiennes aplaties, chargées de granulations à éléidine.

A un fort grossissement, la cytologie de la cellule de Paget est intéressante. Son protoplasme, très finement granuleux, est souvent acidophile au centre, et basophile à la périphérie. Son noyau vésiculeux est souvent muni de deux ou trois volumineux nucléoles. De nombreuses caryokinèses peuvent être observées, parfois elles sont atypiques, multipolaires.

Les éléments normaux sont tassés, comprimés et quelquefois on trouve des aspects fort curieux que Pautrier interprète comme étant l'envahissement d'une cellule épithéliale normale par une cellule de Paget.

A côté de la lésion épidermique, il est indispensable d'étudier celles de l'épithélium des canaux galactophores qui, pour Lecène, sont absolument constantes. La paroi du canal est le siège d'une hyperplasie ; tantôt on trouve de véritables végétations, qui forment des sortes de villosités intra-canaliculaires ; tantôt, l'épithélium est hyperplasié dans son ensemble, et il arrive même à remplir complètement la lumière du canal.

Les cellules de l'épithélium sont irrégulières, volumineuses ; elles présentent de nombreuses monstruosités et rappellent ainsi les cellules de Paget. L'aspect de ces canaux ressemblerait étroitement à celui d'un boyau cancéreux si l'on n'y retrouvait pas une lumière, une couche élastique intacte et une couronne de cellules myo-épithéliales.

2° *Stade de cancer confirmé.* — On trouve alors histologiquement un épithélioma, mais qui garde en général une parenté frappante avec l'ulcération dont il est né. Il provient, soit des cellules épidermiques normales, soit des cellules de Paget. Dans le premier cas, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux avec globes épidermiques. Dans le deuxième, les cellules cancéreuses sont semblables aux cellules dyskératosiques ; c'est lui qui seul mérite le nom de « Cancer de Paget ».

Darier a magistralement décrit cette dernière forme ; « les éléments constituants, dit-il, ne sont pas spino-cellulaires, car les globes épidermiques font défaut ; ni baso-cellulaires, c'est-à-dire petits, tous pareils, tassés et mal limités ; ni semblables à ceux d'un cancer vulgaire du sein, c'est-à-dire cylindriques ou polygonaux. Les éléments du cancer de Paget ressemblent aux cellules dyskératosiques et on trouve très souvent la forme des cellules dites en manteau ».

Pathogénie

De nombreux auteurs se sont refusés à admettre à la maladie de Paget une individualité propre. P. Delbet, en 1898, reprenant les descriptions de Paget, se demandait s'il n'y a pas une simple coïncidence entre une lésion eczématiforme et un cancer glandulaire. Cornil, en 1908 défendait la même opinion : « L'eczéma du mamelon et de l'aréole ne diffère nullement de l'eczéma en général. Ajoutons que beaucoup d'eczémas du sein ne sont pas suivis de cancer. La maladie de Paget est chose rare, tandis que le cancer du sein est extrêmement fréquent et l'on est amené à penser qu'il s'agit d'une simple coïncidence entre l'eczéma du mamelon et la tumeur mammaire ».

Baumgartner a observé un cas où la radiothérapie a guéri l'eczéma. Deux ans après, la malade a été atteinte d'un néoplasme glandulaire et l'examen de la pièce opératoire a montré que le cancer était parfaitement séparé des lésions cutanées, anciennes et cicatrisées, par un tissu sain.

Tout récemment, Arnd soutenait encore la même théorie.

Or il est bien possible de voir un eczéma du mamelon qui ne soit pas une maladie de Paget. Seule la « cellule de Paget » telle que nous l'avons décrite plus haut, est caractéristique de l'affection et c'est sa présence qui permet de porter le diagnostic de maladie de Paget.

Ainsi limitée, la maladie de Paget existe incontestablement et a une individualité propre. Mais on discute encore sa nature et son origine. La cellule de Paget est-elle un dérivé de l'épithélium malpighien ? Ou vient-elle de l'épithélium des canaux galactophores et est-elle ou n'est-

elle pas cancéreuse ? En réalité, deux théories seulement restent en présence (1).

L'une fait de la maladie de Paget une « dyskératose », c'est-à-dire une évolution spéciale de certaines cellules épidermiques. Le processus serait, au moins au début, « bénin ». L'autre la considère comme un cancer primitif des canaux galactophores ayant secondairement envahi la peau.

C'est Darier qui, dans une série de publications, a échafaudé puis élargi la notion de la dyskératose. Il groupe en particulier la dermatose de Bowen, le molluscum contagiosum, la psorospermose folliculaire végétante (maladie de Darier), avec la maladie de Paget. Ces quatre affections ont une lésion anatomique commune qui paraît être caractéristique, le processus dyskératosique. Il le définit ainsi : « Il s'agit d'altérations épithéliales dans lesquelles un certain nombre de cellules malpighiennes s'isolent et se différencient de leurs voisines, n'évoluent plus comme leurs congénères vers une kératinisation normale, mais subissent individuellement des modifications morphologiques et cliniques spéciales ». Ces cellules ont subi une disparition de leurs filaments d'union (desmolyse) qui a entraîné leur isolement (ségrégation).

Cette notion de la dyskératose est à l'heure actuelle à peu près classique en France et à l'étranger et est admise par la plupart des dermatologistes. Parmi les chirurgiens, Lecène en est partisan et récemment son élève, Mlle Dobkevitch, tout en insistant sur les lésions des canaux galactophores et sur leur continuité avec les cellules épidermiques, montrait qu'on ne peut trouver aucune trace de migration de cellules de Paget vers le derme et que la couche basale est partout indemne, parfaitement nette et continue.

Dans cette théorie, la maladie de Paget est un état précancéreux, pouvant aboutir à un cancer du sein, mais parfaitement susceptible de ne jamais subir la transformation maligne.

Très différente est la deuxième hypothèse, qui fait de la cellule de Paget un élément d'emblée néoplasique.

L'état dyskératosique est, pour les auteurs qui la défendent, un phénomène « accessoire, tout à fait banal, traduisant un état de souffrance des cellules malpighiennes, et qui se rencontre dans bon nombre de lésions épithéliales de tout ordre et de toute nature » (Pautrier). Darier lui-même l'avait observé dans les épithéliomas cutanés, dans les verrues ; Pautrier l'a rencontré dans un cas de tuberculose verruqueuse et dans un autre de blastomycose végétante. Dès 1904, Jacoboeus soutenait que la maladie de Paget est un cancer né de l'épithélium des canaux galactophores. Ribbert en 1911 se ralliait à la même opinion. En France, Masson, puis Pautrier sont partisans de cette théorie. Le premier a publié deux cas de lésions pagétoïdes, dues à l'invasion épidermique d'un cancer profond de la glande mammaire. Pautrier et son élève Kogos ont cru constater que l'élément cellulaire de Paget est envahissant et fertile, donc néoplasique et qu'il était susceptible de détruire les cellules malpighiennes normales.

Pautrier, étudiant une pièce opératoire de maladie de Paget, a vu deux canaux galactophores obturés à un centimètre du mamelon par un épithélioma dont les cellules étaient analogues aux éléments de Paget. Or l'origine glandulaire de ce néoplasme pouvait être affirmée ; il était disposé autour des cavités de sécrétion telles qu'on en rencontre dans les cancers mammaires et jamais dans les épithéliomas cutanés. De plus, on sait que, seules, les cellules glandulaires présentent une bandelette obturante qui encadre leur surface libre et que l'on nomme « kittleisten » ; or les cavités de sécrétion étaient bordées par des cellules munies de Kittleisten. Ce cancer était donc un épithélioma glandulaire coexistant avec une lésion pagétoïde du mamelon.

Pautrier en conclut que la maladie de Paget est un véritable cancer, mais « épidermotrope ».

Cette théorie serait singulièrement affaiblie, s'il existait, comme on l'a dit, des maladies de Paget en dehors du mamelon. Il ne serait pas possible de la soutenir pour des lésions situées dans des régions où la glande mammaire ne peut pas manifestement être en cause.

Aussi Pautrier s'est-il attaché à ruiner cette objection importante : il a étudié minutieusement les cas publiés et telles sont ses conclusions : un certain nombre d'observations sont inutilisables, parce que sans examens histologiques, d'autres concernent des épithéliomas malpighiens présentant des images dyskératosiques ; dans d'autres enfin, il s'agit de réelles maladies de Paget où le point de départ du cancer peut être retrouvé dans une glande sébacée par exemple, ou à l'urèthre, au rectum.

Enfin, il nous faut signaler que quelques auteurs ont observé des cancers dyskératosiques développés en pleine glande mammaire, sans aucune connexion avec les téguments. Ainsi Dunet a publié un cas où l'examen histologique montrait un néoplasme formé par des cellules absolument identiques aux cellules de Paget et où il n'existait aucune lésion cutanée.

En résumé, nous ne savons pas grand'chose sur la pathogénie de la maladie de Paget et même sur sa signification ; les uns considèrent cette affection comme le début d'un cancer véritable, les autres en font un état précancéreux. Mais au point de vue pratique, toutes les opinions se rejoignent pour estimer nécessaire l'amputation large du sein.

Etude clinique.

La maladie de Paget s'observe presqu'uniquement chez les femmes ayant dépassé la quarantaine.

Parfois le début se fait au niveau du mamelon par un écoulement séreux ou même légèrement sanguinolent, avant toute manifestation cutanée. Plus souvent apparaît, sur le mamelon une croûtelle ou des végétations papillaires rappelant l'état verruqueux, qui se reproduisent si on les arrache. Peu à peu la lésion érosive se constitue. C'est une ulcération eczématiforme indolente ou légèrement prurigineuse siégeant sur le mamelon et le débordent parfois.

A la période d'état, l'ulcération a grossi et se présente maintenant avec des caractères cliniques très nets qui permettent le plus souvent le diagnostic avant toute biopsie (Darier). « Il s'agit, dit cet auteur, d'une tache rouge, grumeleuse, érosive ou ulcéreuse, marbrée d'îlots rosés épidermisés, remarquable par la netteté de son contour polycyclique que borde un fin ourlet ou une collerette de squame ». Au palper, cette nappe érosive est sous-tendue par une induration nette, mais superficielle et papyracée.

A un stade plus avancé, la rétraction du mamelon se produit et à cette époque, il n'est pas rare de trouver soit superficiellement, soit dans la profondeur, un noyau dur, plus ou moins bien limité ; à cette période le cancer est certain.

(1) Darier, au début de ses études sur la maladie de Paget, interprétait la cellule de Paget comme une "coccidie". Il soutint cette opinion en particulier dans la thèse qu'il inspira à Wickham, mais il l'abandonna rapidement au profit de la théorie de la dyskératose.

Le diagnostic clinique est facile, si l'on s'en tient aux termes de la description de Darier. On se rappellera que l'eczéma simple du mamelon est, huit fois sur dix, symptomatique de grossesse ou de gale, et est bilatéral. Notons de plus la netteté des concours et la collerette de squame qui sont en faveur de la maladie de Paget, car ces caractères existent rarement dans l'eczéma simple.

En dehors de celui-ci, il faudra avoir toujours présent à l'esprit la possibilité d'une des affections suivantes (Baumgartner) :

1° L'eczéma du mamelon et de l'aréole coïncidant avec un cancer glandulaire ;

2° Les cancers glandulaires ayant envahi l'aréole et ayant produit une lésion eczématiforme, mais secondaire ;

3° Le cancer de l'aréole, infiltrant de proche en proche les régions voisines ;

3° L'épithélioma des orifices du mamelon, prolongé à la glande par les canaux galactophores.

En résumé, toute lésion eczématiforme ou psoriasiforme du mamelon ou de l'aréole doit être tenue pour suspecte, surtout si elle survient vers l'âge de quarante ans.

Traitement.

On a préconisé, au stade de début, les applications caustiques, l'emplâtre de Vigo, la radiothérapie. Delbet a conseillé l'extirpation de la surface ulcérée seule. En réalité ce ne peuvent être que des traitements d'attente devant une lésion douteuse, où la palpation ne permet de sentir aucune induration sous-jacente, *a fortiori* aucune tumeur. De même, Lecène a préconisé l'amputation de la totalité du sein, sans enlever les pectoraux et sans curage de l'aisselle ; cette méthode permet l'examen histologique de la pièce.

En réalité, une maladie de Paget bien caractérisé doit être considérée comme un cancer du sein et traitée comme tel ; c'est dire que l'amputation large du sein s'impose, avec exérèse des ganglions de l'aisselle, suivant la technique d'Halsted ou une technique dérivée.

Telle est la maladie de Paget du mamelon ; lésion dont nous ne connaissons encore ni la nature intime, ni la malignité à sa période initiale, sa constatation doit entraîner obligatoirement l'acte thérapeutique maximum, l'ablation large de la mamelle, comme s'il s'agissait d'un cancer manifeste.

BIBLIOGRAPHIE

ARND. — *Virchow's Archiv*, vol 261, fasc. 2, p. 700, 1926.

BARBIER. — *Bull. Soc. de Dermat.*, mars 1927, n° 3, p. 150.

DARIER. — *Bull. Assoc. pour l'étude du cancer*, 1920, p. 169.

Mlle DOBKEVITCH. — Thèse de Paris, 1926.

DUNET. — *Bull. Assoc. pour l'étude du cancer*, 1922, p. 420.

KOGOS. — *Ann. de Dermat. et de Syphiligr.*, t. VIII, n° 6, p. 350, juin 1927.

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. t. II, 1926.

LE DENTU et DELBET. — T. 23, 1913.

PAUTRIER, LÉVY et DISS. — *Presse médic.*, n° 65, août 1927, p. 995.

PAUTRIER, LÉVY et DISS. — *Presse médic.*, n° 68, août 1927, p. 1041.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les grandes oxalémies

Par M. LOEPER et J. TONNET.

Certains sujets n'ont pas le don d'entrainer le public médical et ne le pénètrent qu'avec lenteur.

L'oxalémie est du nombre. Elle a grand'peine à vaincre la résistance ou l'indifférence des médecins.

Les uns n'y voient qu'un détail purement chimique et ne lui reconnaissent aucune valeur pathogénique.

D'autres la considèrent comme tout à fait exceptionnelle. Beaucoup se demandent si elle est cause ou effet et, partant, n'y attachent guère d'importance. Et la plupart restent hésitants devant la difficulté d'un dosage ou l'imprécision d'une technique. L'oxalémie, qui n'est que l'oxalurie sous un vocable plus restrictif, eut pourtant ses heures de gloire, au temps de Golding Beard qui la découvrit, de Cantani, de Primavera, et de l'Ecole d'Armand Gautier, avec Lecœur et Albahary. Elle subit une assez longue éclipse, reparut quelques années avant la guerre, fut à l'ordre du jour d'un Congrès (1) et eut l'honneur de communications, de rapports, même d'articles de traités classiques, mais elle retomba bientôt dans le silence.

Elle mérite pourtant qu'on l'étudie, qu'on la recherche et qu'on la traite, car elle a sa personnalité sinon son autonomie, ses symptômes et ses dangers. Si elle ne représente pas une maladie, elle est au moins un ensemble de signes définis dont l'origine certaine est l'acide oxalique et dont le test le plus frappant n'est autre que l'augmentation de cet acide dans le milieu sanguin.

Nous l'avons dénommée jadis « goutte oxalique » parce que certains de ses symptômes se superposent assez exactement à ceux de la goutte urique. Mais c'est une goutte hypotensive, une goutte asthénique, une goutte froide et non une goutte floride aux violentes réactions vasculaires et articulaires.

C'est aussi une maladie anémiante, hémorragique parfois, algique et névralgique toujours, qui provoque des crises viscérales comme le tabès ; de la migraine, comme l'anaphylaxie ; peut-être aussi de l'asthme ; et qui s'accidente de réactions gastriques pseudo-ulcéreuses et de réactions intestinales mucorrhéiques. En outre, est-il besoin de rappeler qu'elle est une maladie à calculs, en un mot une *maladie précipitante* au sens que l'un de nous a donné à ce mot (2).

On y voit le rhumatisme déformant comme on voit dans la goutte urique les localisations articulaires ; elle a ses dépôts comme l'autre a ses tophus ; l'oxalate s'y mue souvent en carbonate de chaux et s'associe fréquemment aussi aux phosphates, à l'acide urique et à la cholestérine.

L'oxalémie a son trépied lithiasique : la lithiase rénale, la lithiase intestinale et même la lithiase prostatique. Le professeur Teissier, de Lyon, avait entrevu son importance (3). Les dosages de son élève Sarvonat ont servi de bases à ses études, comme les dosages de Béchamp et de Tonnet ont servi de base aux nôtres.

Si nous avons substitué le mot d'*oxalémie* à celui d'oxalurie, c'est que l'oxalurie ne donne qu'une idée imparfaite de l'encombrement de l'organisme par l'acide oxalique,

(1) M. LOEPER. — L'oxalémie (*Rapport au Congrès français de médecine Paris*, 1912.)

(2) M. LOEPER. — Les maladies précipitantes et les concrétions (*Progrès médical*, 1920. — M. LOEPER et M. DEBRAY. L'arthritisme, maladie précipitante (*Rapport au Congrès de* Vittel, 1927.)

(3) Voir la thèse de SARVONAT sur l'acide oxalique, Lyon 1911.

comme l'élimination d'acide urique urinaire ne donne qu'imparfaitement la mesure de l'uricémie.

L'oxalémie est exogène et endogène. Elle dérive d'un métabolisme imparfait des purines qui font de l'alloxane, de l'acide parabanique et de l'acide oxalique comme elles font de la xanthine et de l'acide urique.

L'uricémie, l'oxalémie peuvent alterner chez un même sujet, se combiner entre elles ou même s'associer à la cholestérinémie (Loeper, Garcin et Tonnet).

L'oxalémie est donc un trouble de nutrition complexe et, chose assez curieuse, le foie y joue son rôle. Le foie troublé dans son fonctionnement peut faire trop d'acide oxalique ou, sans doute surtout, n'en détruire pas assez. Et c'est encore une analogie avec la goutte.

Nous n'avons pas la prétention de refaire ici l'étude de la question que nous avons maintes fois traitée dans des articles et rapports depuis dix-huit ans.

Nous croyons pourtant qu'il faut en parler et la défendre encore. Car malgré ces travaux, malgré des articles classiques qui donnent à la maladie la consécration qu'elle mérite, il reste encore à son sujet dans le monde médical une certaine hésitation.

Les difficultés d'un dosage semblent rebuter beaucoup, spécialement le Pr Merklen. Les chiffres que nous avons donnés ont paru trop élevés à M. Guillaumin, mais ils semblaient faibles à d'autres. Peut-être avons-nous le droit de penser qu'entre ces deux extrêmes c'est la moyenne qui a raison ?

L'acide oxalique du sang normal ne dépasse pas, à notre avis, 1 centigramme (M. Guillaumin dit 2 milligrammes) celui des urines 2 centigrammes. Les chiffres de 3, 5 et 7 ne nous avaient jadis pas paru exceptionnels. Nous en allons citer de plus élevés et qui caractérisent les *grandes oxalémies.*

* * *

Nous rappellerons brièvement notre technique ne fût-ce que pour permettre à d'autres de l'appliquer, de la discuter ou de la modifier :

Technique. — On reçoit 20 à 30 cc. de sang dans 10 cc. d'une solution de citrate de soude à 1/10 contenus dans une éprouvette graduée. On verse le tout dans une capsule de porcelaine. On ajoute 10 cc. d'HCl à 1/10 et l'on porte à l'ébullition ; après refroidissement on ajoute un volume d'acide trichloracétique au 1/5 égal à celui du sang en expérience.

On mélange le tout dans un ballon jaugé de 100 cc. en versant de l'eau distillée jusqu'au trait de jauge.

On agite et l'on filtre.

On recueille du filtrat le plus grand volume possible et on le verse dans un verre à expérience, puis on ajoute de l'ammoniaque jusqu'à neutralité, puis quelques gouttes d'acide acétique pour avoir une très légère acidité.

On introduit alors 2 cc. de chlorure de calcium à 1/10 et on laisse reposer vingt-quatre heures.

L'acide oxalique se précipite sous forme d'oxalate de chaux. On filtre. On lave le précipité à l'eau bouillante jusqu'à ce que l'eau de lavage soit sans action sur une solution de permanganate de K à N/100.

Le filtrat est arrosé de XX gouttes environ d'HCl pur, lavé à l'eau bouillante légèrement acidulée par HCl.

La solution ainsi obtenue contient l'acide oxalique qui est dosé par une solution de permanganate de K à N/100 après addition de 10 cc. de SO^4H^2 au 1/5.

Le nombre de centimètres cubes employé est multiplié par 0.00063. Il donne la quantité d'acide oxalique contenue dans la prise d'essai de sang total. Cette quantité est ensuite rapportée au litre de sang.

* * *

Nous avons vu depuis quatre ans 50 oxalémiques.

Nous ne considérons ici que les très gros chiffres, ceux qui dépassent 0,05 dans le sang.

Ils sont au nombre de 16 : 9 se tiennent entre 6 et 0,10 centigrammes ; 5 atteignent 0,10 centigrammes ; 1 va à 0,30 ; 1 à 57.

Ce dernier chiffre qui nous paraît indiscutable n'avait été encore atteint que dans un dosage de M. Khoury.

	Sang
M. C..., hôp. Tenon, goutte, 21 avril 1926	0,12
M. L..., entérocolite	0,10
M. L..., douleurs gastriques, 18 juin 1926	0,15
M. C. G., crises gastriques, 26 juin 1926	0,06
M. G..., arthropathies, 12 juillet 1926	0,07
M. H..., goutte, 23 octobre 1926	0,08
Mme B.. arthropathies, 15 novembre 1926	0,09
Mme L.., arthropathies, 26 mars 1927	0,13
Mme L.., arthropathies, 7 mai 1927	0,06
Mme L.., arthropathies, 12 décembre 1927	0,07
M. N..., 19 octobre 1927	0,16
M. N..., 19 octobre 1927	0,16
M. G.., arthropathies, 9 novembre 1929	0,10
M. G.., arthropathies, 14 juin 1928	0,08
M. B.., asthénie, 2 juin 1928	0,01
M. N.., asthénie douloureuse, 21 mai 1928	0,30
M. L.., arthropathies	0,08
M. E.., troubles nerveux	0,03
M. E.., troubles nerveux	0,05
M. K.., hémorragies intestinales, anémie	0,57

On avouera que de tels accroissements ne sont pas négligeables puisqu'ils représentent dans certains cas plus de cinq fois le chiffre normal. Il serait vraiment illogique de leur refuser cette importance que l'on accorde si facilement à des augmentations bien moindres de l'acide urique sanguin. Si l'on admet l'hyperuricémie à 0,06 au lieu de 0,04, comment ne point admettre l'hyperoxalémie à 0,10, 0,30 et même 0,50 au lieu de 1 à 2 centigrammes chiffre normal ?

L'élimination urinaire est souvent proportionnelle, mais non toujours, à l'oxalémie. Nous avons vu des sujets qui ne rendaient que 3 centigrammes pour 15 centigrammes d'acide sanguin et ce sont les plus malades.

Nous l'avons dit plus haut : ces malades sont des nerveux, des hypotendus, des douloureux. Leur excitabilité nerveuse, leur dépression ou leurs angoisses vont de pair avec leur oxalémie, s'atténuant ou s'accroissant avec elle.

Leurs douleurs abdominales ou articulaires, leur mucorrhée, s'exagèrent aussi avec le taux de l'acide oxalique sanguin.

Avec la rhubarbe qui introduit de l'acide oxalique dans l'organisme, avec le chocolat ou le cacao qui en apportent aussi, nous avons vu apparaître ou s'accentuer des douleurs articulaires et des tuméfactions des doigts. Et l'expérience réussit à deux reprises dans les mêmes conditions et fut aussi probante chez un adulte et chez un enfant.

Les crises gastriques coïncident souvent avec l'hyperoxalémie et l'augmentation du rapport de l'acide oxalique sanguin à l'acide urinaire. Par deux fois elles disparurent. dans nos observations, en même temps qu'apparaissait l'oxalurie libératrice de 10 à 15 centigrammes par vingt-quatre heures.

Les plus touchés de nos malades font de l'anémie et des hémorragies intestinales, même des hémorragies gastriques dont l'association à des douleurs violentes impose le dia-

gnostic d'ulcère ; et, dans le sang rendu par la bouche, on trouve une proportion d'acide oxalique de 8 centigrammes et des cristaux d'oxalate de chaux en abondance.

Un de nos sujets était fortement anémié et l'acide oxalique du sang atteignait 0,57 centigrammes. L'amélioration de l'anémie coïncide avec un abaissement à 0,17 de ce taux d'acide oxalique.

Une constatation d'oxalate de chaux dans le liquide céphalo-rachidien est possible dans des cas de migraine et Rodillon a étudié ces faits sous le nom suggestif d'oxalorachie.

Enfin, beaucoup des malades sont dysuriques et ce n'est pas toujours parce que les urines chargées de cristaux sont irritantes pour le col vésical, c'est aussi parce que la *prostate* renferme des *calculs* constatés chez l'un par la radiographie et chez l'autre par la prostatectomie.

Nous ne disons rien des calculs du rein et pourtant certains sujets font, après des crises viscérales ou nerveuses, des débâcles de graviers oxaliques et même de vrais calculs. Nous ne faisons que signaler la lithiase intestinale sur laquelle l'un de nous (1) a insisté avec Béchamp et qui coïncidait dans un cas avec un ulcère duodénal et des hématémèses mortelles.

* * *

L'idée la plus courante est que l'oxalémie dépend de la nutrition intime des tissus et qu'elle est une maladie de la nutrition. Il n'est pas niable en outre qu'elle peut être alimentaire, l'oxalémie de la rhubarbe et celle du cacao le prouvent.

Mais nous croyons aussi, et de plus en plus, que l'*oxalémie a souvent*, nous ne disons pas toujours, *une origine intestinale* parce que l'acide oxalique se forme dans l'intestin, grâce à la fermentation de certains aliments sous l'influence des microbes.

De nombreuses recherches ont en effet prouvé que les microbes tels que l'aspergillus, le bacterium Rouxii, le bacillus diabeticus et même le colibacille faisaient dans l'intestin même de l'acide oxalique.

Et cet acide oxalique, ils le font souvent avec du sucre autant qu'avec des gélatines.

Nous avons souvent vu s'élever le taux d'acide oxalique du sang par l'ingestion de grandes quantités de sucre. Nous ne l'avons pas vu avec l'injection sous-cutanée de glucose. C'est que le sucre ingéré fermente dans l'intestin.

Un autre facteur intervient, l'*état du foie*, dont les recherches de Sarvonat et les nôtres ont prouvé l'action oxalolytique, et que l'examen du coefficient azoturique montre souvent insuffisant. Il y a aussi l'état du sang. Peut-être, comme le veut Goiffon, l'*alcalose sanguine* est-elle fréquente dans l'oxalémie et cette alcalose fait-elle apparaître une quantité anormale d'acide oxalique comme d'autres acides organiques ?

Il y a enfin la *perméabilité rénale* : Si nous ne pouvons préciser le seuil d'élimination de l'acide oxalique, nous pouvons cependant dire que le rein se montre parfois peu perméable et que le rapport de l'acide oxalique sanguin et urinaire n'est pas de 1/1, mais de 4 à 5/1.

Qu'il s'agisse d'apport, de formation ou de rétention, l'acide oxalique se détruit dans les tissus et spécialement dans le foie, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Sarvonat et les nôtres.

Mais en quoi se transforme l'acide oxalique quand il brûle ou se détruit ; est-il toxique par lui-même ou par les produits de sa transformation ?

Decottignies, Loeper et Sarvonat ont dit qu'il se fixait sur les centres nerveux.

C'est un décalcifiant : il aime les os, il abaisse la tension artérielle et trouble le fonctionnment du cœur. Il se mue en acide carbonique, et sans doute, comme l'a soutenu Lépine, en *oxyde de carbone*.

Nous récherchons cette transformation, mais ne pouvons encore en donner la preuve chez l'homme, ni chez l'animal.

Enfin, il se précipite au voisinage des articulations, dans l'intestin, dans le rein, même dans la prostate où certains auteurs l'ont caractérisé (Marion). Si les dosages ne le mettent point toujours en évidence, c'est qu'il se mue progressivement dans les tissus en carbonate de chaux (Loeper, Schulmann, Tonnet) (1).

* * *

Telle est dans ses grandes lignes la grande oxalémie.

Les quelques indications que nous avons données servent de base à une thérapeutique précise. Et cette thérapeutique vise quelques points principaux ; elle doit réduire l'apport en nature, les fermentations intestinales, l'alcalose sanguine, accroître la combustion, faciliter l'élimination, dissoudre les concrétions.

Et ce n'est pas chose facile. Nous n'avons ici, ni le temps, ni l'espace pour traiter en détail la thérapeutique qui a d'ailleurs peu varié depuis vingt ans.

Cinq médications la dominent : la magnésie calcinée d'abord, qui aseptise l'intestin, y précipite l'oxalate de chaux et réduit les résorptions ; le chlorure de magnésium, ou le sulfate de magnésie, qui facilitent la dissolution et excitent l'activité du foie ; l'acide phosphorique qui réduit l'alcalose sanguine et s'oppose aux précipitations tissulaires ou rénales ; la théobromine qui accroît l'élimination rénale, et qu'il faut souvent combiner à l'uroformine.

Enfin, sont indiquées les injections d'hypophosphites ou de glycérophosphates de soude et de magnésie, voire de phosphore, parce que tous ces produits, minéralisants directs ou indirects, réparent la déminéralisation des os, du système nerveux et des tissus.

(1) MM. Loeper et G. Bechamp. — La lithiase oxalique de l'intestin (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1910).

CHRONIQUE

Quelques questions d'obstétrique

La femme enceinte. *Teneur du sang en acide lactique.* — La teneur du sang en acide lactique pendant la gestation est de 20.8 mmg. pour cent au lieu de 17.8 mmg., pendant la dilatation de 24.3, pendant l'expulsion de 44.9 (2).

Métabolisme des graisses. — Chez une femme enceinte en régime normal, il existe une légère acétonémie. Un très léger excès de graisse avec taux normal d'hydrate de carbone augmente cette acétonémie (3).

* * *

Insuline. — Sachs (4) considère que le principal bienfait du traitement des vomissements gravidiques par l'insuline consiste en une augmentation d'appétit due à l'hypoglycémie.

(1) Lœper, Schulmann et Tonnet. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1925.
(2) Bokelmann. — L'acide lactique du sang pendant la gestation et le travail, (*Arch. für Gyn.*, 1927, t. 129, p. 726.)
(3) Bokelmann et Bock. — Métabolisme des graisses et gestation. (*Arch. f. Gyn.*, 1927, tome 129, p. 541.)
(4) Sachs. — Traitement des vomissements gravidiques par l'insuline (*Mediz. Klin.*, 51 avril 1927, p. 556.)

MAHNERT, trois fois par jour, injecte une unité clinique d'insuline avant les repas (pendant 3 ou 4 jours de suite) chez des nouveau-nés et leur administre *per os* du glucose. Les effets ont été remarquables chez les prématurés en commençant dès le jour de la naissance (1).

* * *

Appendicite et gestation. — M. PÉRY, en collaboration avec MM. RABERE et François LEURET, a rapporté une intéressante observation d'appendicite grave au cours de la gestation (2).

Une multipare de 35 ans, sans antécédent net d'affection abdominale, est prise, au cinquième mois d'une gestation, la nuit, de contractions utérines qui font croire à une menace d'avortement ; cependant le col n'est pas modifié. Une injection de morphine procure une légère sédation. Le lendemain, le surlendemain, les douleurs sont moins violentes et un petit lavement ramène quelques matières dures ; mais il s'est produit un vomissement bilieux, la température est à 37°5, les deux fosses iliaques sont sensibles.

Le jour suivant, coup de poignard dans la fosse iliaque.

On se décide à intervenir, on trouve un appendice perforé qu'on enlève et du pus bouillon sale. On met un drainage à la Mickulicz.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes ; mais, une semaine plus tard, des coliques, du ballonnement, une constipation opiniâtre, font faire le diagnostic d'iléus paralytique par péritonite. On tente, alors, une entérostomie à droite sur une anse grêle.

Deux mois plus tard, la malade accouche prématurément d'un enfant pesant 1.800 gr. qui s'élève.

* * *

Les métrorhagies qui se produisent au cours de la gestation appellent toujours un examen approfondi et nécessitent que le médecin soit très informé des causes possibles de cet état : causes banales et causes rares, causes bénignes et causes graves. Une observation récente du professeur AUDEBERT (de Toulouse) a le mérite d'insister sur une de ces causes (3).

Il s'agissait d'une grande multipare de 41 ans envoyée à la Clinique par un médecin des environs pour petites hémorragies survenues au sixième mois de sa grossesse. L'interrogatoire apprend qu'en réalité cette femme perdait en rouge depuis quelques mois, les pertes étaient d'abord rosées, puis plus colorées, irrégulières, peu abondantes. L'examen ne révèle rien de suspect au niveau du col ou du segment inférieur. L'auscultation est positive ; les hémorragies ont cessé. Expectation, repos absolu au lit, garniture aseptique. Deux jours après l'entrée, début du travail avec reprise des hémorragies ; le col étant en voie d'effacement, on aperçoit nettement à l'interieur de la cavité cervicale des végétations digitiformes implantées sur le quadrant postérieur et droit ; au spéculum, on se rend compte que ce sont ces formations qui saignent : l'aspect grenu irrégulier, végétant, la coloration violacée presque vineuse et le saignement facile de ces lésions font penser à la possibilité d'un épithélioma intra-cervical au début, biopsie.

Bientôt après, accouchement prématuré d'un enfant mort récemment, poids de 930 grammes, poids du délivre 370 grammes, pas d'insertion basse, mais caduque épaissie.

Résultats de la biopsie : métrite adénomateuse.

Il semble bien que la fausse couche soit imputable à l'adénomatose cervicale ; l'endométrite lui est probablement surajoutée ; en effet, cette femme a conduit précédemment cinq gestations à terme.

* * *

Quinine et avortement. — Pour KESSLER, il ne faut évacuer immédiatement un utérus en travail d'avortement que si l'hémorragie est importante. Sinon, on attend.

Vingt-quatre heures après, on évacue l'utérus si l'avortement est imminent et si la température ne s'élève. Si la température dépasse 37°5 (axillaire), on attend en donnant cinq doses de 20 cgr. de quinine à une ou deux heures d'intervalle, puis de l'extrait hypophysaire. En cas de non évacuation, on recommence deux jours plus tard (1).

* * *

Cancer et gestation. — Le professeur CLERMONT (de Toulouse) a apporté une intéressante contribution (2) à la question des rapports entre le cancer et la gestation, question que des recherches antérieures (3) m'ont amené à étudier.

La malade du Prof. Clermont était une tertipare de 29 ans, constipée comme elle l'avait été à ses précédentes gestations, mais cependant à un degré beaucoup plus marqué et de façon progressivemetn augmentée. Au septième mois, elle fit de l'occlusion nette. Pas de mélæna, pas d'amaigrissement, bon état général : on fit le diagnostic de volvulus.

Une laparotomie médiane montre une tumeur sur le sigmoïde. Aussitôt on ferme l'incision et on opère à gauche. On extériorise la tumeur, on la fixe à la peau et on ouvre cette anse au thermocautère. Huit jours après, on extirpe la tumeur en sectionnant au ras de la peau : il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

La femme guérit, accoucha à terme (296 jours après la fin des D. R.) d'une fille pesant 3.800, fut opérée pour fermeture de sa fistule et reste guérie depuis cinq ans.

* * *

Cyphoscoliose. — Chez les femmes atteintes de cyphoscoliose, la puberté est tardive d'après KLAFTEN (4).

Le pronostic de la gestation dépend de l'état du cœur et des poumons.

Sur 76 cas, vus par Klaften, il y a eu 61 accouchements à terme, 6 avortements spontanés, 6 interruptions thérapeutiques pour décompensation, 3 accouchements prématurés provoqués et 1 hystérectomie.

* * *

Lactation. — 1° D'après NEBERT et KOCH (5) il y a deux phases sécrétoires du lait : l'une entre les tétées, l'autre pendant les tétées, celle-ci étant 50 à 100 fois plus importante et étant très influencée par les états nerveux.

2° Les valeurs moyennedu lait des femmes en Australie sont de densité : 1.0296, lactose 64.5, protéines 14, graisse 53, cendres 1.9. Le lait des femmes jeunnes est plus riche en beurre que celui des femmes plus âgées, plus pauvre en protéine (6).

3° ZWEIFEL traite les mastites par l'irradiation : 20 % de la dose érythème et distance focale de 30 cm. Une seule application, Guérison à condition que l'abcès ne soit pas formé (7).

* * *

Asthme et gestation. — Pour OFFERGELD (8) l'avortement et la morti-natalité sont fréquents en cas d'asthme : soixante-treize pour cent. Dans les cas accentués, il préconise d'interrompre la gestation, après avoir essayé la suggestion, les bains

(1) MAHNERT. — Insuline et courbe pondérale des nouveau-nés (*Monts. f. Geb. med. Gyn.*, octobre 1926, p. 347.)

(2) PÉRY, RABÈRE et LEURET. — Appendicite grave au cours de la gestation. (*B. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, oct. 1928, p. 711.)

(3) AUDEBERT et E. ESTIENNY. — Grossesse et accouchement dans un cas de polyadénome digitiforme du col utérin. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, oct. 1928, p. 794.)

(1) KESSLER. — Quinine et avortement. (*Zentralb. f. Gyn.*, p. 3003, 20 nov. 1926.)

(2) CLERMONT et GAY. — Cancer du côlon et grossesse. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, oct. 1928, p. 782).

(3) H. VIGNES.

(4) KLAFTEN. — La menstruation et la gestation des cyphoscoliotiques (*Arch. für Gyn.*, 1927, t. 129, p. 550.)

(5) NEBERT et KOCH. — Musique et lactation (*Monats. f. Kinderh.*, sept 1926, p. 385.)

(6) WARDLAW et DART. — Le lait de femme en Australie (*Australian Journ. of exper. Biol. and Med. Sc.*, 1926, t. 3, p. 129.)

(7) ZWEIFEL. — Rœntgenthérapie des mastites (*Strahlentherapie*, 1926, tome 24, p. 318).

(8) OFFERGELD. — Asthme et organes génitaux (*Zeits. f. Geb. med. Gyn.*, 1926, t. 90, p. 22).

BIBLIOGRAPHIE

L'Année Psychologique publiée par Henri Piéron (vingt-huitième année (1927). 2 volumes in-8°. Félix Alcan éditeur, Paris 1929.

La nouvelle présentation de l'« Année Psychologique » offre, sous une forme plus élégante et plus facilement maniable, les mêmes éléments qui faisaient l'intérêt des précédents volumes. La première partie est consacrée aux « Mémoires originaux » et aux « Notes et Revues. » Elle s'ouvre sur un très important travail de P. Kucharski, sur « l'Excitabilité auditive en fonction du temps. » Résultat de six années de recherches au laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne. Mené avec des méthodes et une pénétration d'esprit remarquables, ce mémoire est destiné à modifier totalement la théorie de l'audition telle qu'elle était à peu près généralement admise par Helmholtz. Toujours dans le domaine si important de la psychologie, se remarquent ensuite un mémoire de Piéron, sur l'« Excitation lumineuse intermittente ou alternante », apportant un nouveau complément à l'ensemble magistral des recherches de l'auteur dans le domaine de la vision ; un intéressant travail de Foucault, sur « la Perception des longueurs par la peau », et un mémoire de Marcel François, sur « la Température interne et le sens des durées », essayant d'aborder l'étude du sens de temps sous un angle purement physiologique. Faisant suite à ses importantes recherches sur l'hallucination. Quercy a contribué à ce volume par un article sur « Les images consécutives et leur pouvoir hallucinogène », tandis que deux mémoires, l'un de Velinsky sur « La certitude associative et la psychologie de l'apprentissage » et l'autre de Fessard, sur « La précision et la cohérence dans les examens par tests », achèvent d'apporter des contributions de valeur aux domaines les plus variés de la science physiologique.

Parmi les « Notes et Revues », se détache surtout un travail de Laugier et Weinberg, sur « Le facteur subjectif dans les notes d'examens », tout à fait curieux par les précisions qu'il apporte sur la question du point de vue numérique. Le volume se termine enfin sur deux notes, l'une de Lahy sur « Le facteur physiologique dans la construction des machines à écrire », l'autre de Fr. Baumgarten, sur « Les tests de Binet-Simon et la technique moderne. »

La seconde partie est consacrée aux analyses bibliographiques. Leur nombre toujours très élevé (1.166 pour le présent volume), montre l'importance particulière que la direction de l' « Année Psychologique » attribue à cette partie de son effort périodique. Et vraiment, en parcourant les divisions si variées que comporte cette présentation analytique de tout ce qui est publié d'important en 1927 dans tous les domaines de la psychologie, en envisageant la longueur de la liste des périodiques dont ce volume offre aux lecteurs le dépouillement impartial et éclairé, étant donnée la qualité des collaborateurs qui veulent bien assumer cet effort considérable aux côtés de H. Pieron, on comprend que c'est davantage encore par cet ensemble d'analyses que « l'Année Psychologique » se présente comme un ouvrage dont ne peut se passer aucun chercheur désireux de se tenir au courant des progrès et remaniements incessants de la psychologie, tant théorique qu'appliquée aux nombreux terrains où elle porte actuellement son activité.

P.-B.

Le traitement curatif de l'asthme, 2e édition. 1 brochure 100 p. Maloine. 1929.

Dans cette nouvelle édition, l'auteur apporte des précisions sur les soins généraux qui doivent accompagner son traitement désensibilisateur. Un chapitre nouveau relatif aux asthmes drogués étudie l'état du sympathique chez l'asthmatique et fait connaître à la fois l'existence et le traitement d'un syndrome secondaire nouveau.

Questions cliniques d'actualité. Leçons professées à la Charité service du prof. Sergent. Masson et Cie, édit.

Une heureuse initiative du professeur Sergent, soucieux d'étendre encore l'enseignement qu'il donne dans sa chaire de la Charité, l'a conduit à faire appel à divers collaborateurs choisis parmi ses anciens élèves ou des personnalités étrangères à son service dans le but d'organiser un cours complémentaire. Pendant toute la durée de l'année scolaire, le vendredi, en fin de matinée, une leçon est faite sur un sujet d'actualité ou de spécialisation par un conférencier particulièrement qualifié pour le traiter.

Ainsi l'enseignement journalier élémentaire réservé aux stagiaires, l'enseignement personnel du professeur, sont complétés par un cours de médecine supérieure qui aborde indifféremment tous les domaines de la pathologie.

La 1re série de ces leçons groupées en un volume, nous est présentée aujourd'hui par la librairie Masson, sous une forme qui fait honneur aux éditeurs. Les sujets suivants ont été traités et leur simple exposé objective plus éloquemment qu'un commentaire, l'intérêt de ce nouvel ouvrage : *Diagnostic de la paralysie infantile* (L. Babonneix). *La bronchite chronique syphilitique* (R. Benda.) *Relations entre la rate et la respiration* (L. Binet.) *A propos du diagnostic de myocardie* (P. Bordet.) *Le diabète rénal* (Mariano R. Castex.) *Les complications pleurales des pneumopathies aiguës simples à pneumocoque* (A. Courcoux.) *La part de la chirurgie dans la thérapeutique des syndromes basedowiens* (Pierre Descomps.) *Le virus filtrant tuberculeux* (H. Durand.) *Les septicémies à staphylocoques* (A. Lemierre.) *La forme coqueluchoïde de l'insuffisance cardiaque* (C. Lian.) *Les ascites cirrhotiques crurales* (R. Mignot.) *La linite gastrique* (P. Oury.) *Accidents extra-pleuraux d'origine pleurale au cours du pneumothorax thérapeutique* (P. Pruvost.) *Les formes des infections broncho-pulmonaires du nouveau-né et du nourrisson* (P. Ribadeau-Dumas,) *Le traitement du diabète sucré* (P. Rousseau.) *L'indépendance cinématique des lobes pulmonaires* (E. Sergent.) *Le problème de la pluralité des virus syphilitiques* (Cl. Simon.) *Le sarcome à cellules fusiformes de la poule.* (R. Turpin).



de moutarde, les bains de pieds chauds, les exercices respiratoires, l'adrénaline et l'atropine.

SCHWARZER a publié l'observation d'une femme qui, arrivée à la fin de sa première gestation, fit une crise de dyspnée à début brusque, accompagnée de stridor. Il y avait un gros corps thyroïde en sorte que plusieurs médecins firent le diagnostic de compression. Mais l'auteur, se fondant sur le fait que le stridor était expiratoire, diagnostiqua un asthme gravidique et guérit la malade par l'ingestion de calcium (1).

SCHPOLIANSKI a observé une femme qui, à trois gestations, fit un asthme grave. Il y avait hypocalcémie à la troisième gestation. L'injection intraveineuse de calcium apporta quelque soulagement, mais il fallut interrompre la gestation, ce qui amena la guérison immédiate. Cette femme ne souffrait d'asthme que pendant ses gestations (2).

FORNENO a publié deux observations d'asthme au cours de la gestation. Dans la première, une femme, après cinq gestations normales, eut successivement quatre gestations compliquées d'asthme assez violent pour nécessiter l'interruption de la gestation. Dans le deuxième cas, c'est à la huitième gestation que la femme ressentit les premières atteintes d'un asthme qui amena la mort du fœtus ; à la gestation suivante, il fallut pratiquer un accouchement provoqué au huitième mois.

Chez les deux femmes, l'amélioration fut instantanée dès l'évacuation de l'utérus, les accidents ne se sont pas reproduits entre les gestations. Ces malades avaient eu l'une et l'autre, de nombreuses gestations normales. Pourquoi y eut-il cette apparition brusque de la maladie ? Peut-être faut-il invoquer une fatigue due aux gestations multiples et aux allaitements. La première malade avait une légère exophtalmie, du pseudo-myxœdème ; la seconde avait eu des crises de tachycardie paroxystiques.

***

Divers. — ZINSSTAG, à trois reprises, a vu des femmes atteintes de rétrécissement mitral qui allaient à terme sans mal et qui mouraient subitement après l'accouchement (4).

Une femme, vue par PRIESEL et WINKELBAUER (5), présente en diverses régions des tumeurs lymphogranulomateuses et une légère leucocytose. Elle accouche d'une fillette qui, à trois mois, présente des signes de la même maladie et qui succombe à quatre mois et demi.

DEUCHER fait une césarienne basse et au moment où on enlève l'opérée de la table, elle fait une hémorragie grave par le vagin, puis brusquement se cyanose et meurt. A l'autopsie, on constate une embolie gazeuse. Etant donnée l'hémorragie, DEUCHER pense qu'il y a eu atonie utérine et aspiration d'air dans une veine quand on a remué la femme (6).

Henri VIGNES.

(1) SCHWARZER. — Asthme gravidique pris pour une compression laryngée (*Zentr. für Chir.*, 1927, t. 54, p. 857.)
(2) SCHPOLIANSKI. — Asthme gravidique. (*Monats. fur Geb. med. Gyn.*, tome 78, p. 260).
(3) A. FORNERO. — La Gravidanza come causa essentiale di Asma Abitudinario. (*Riv. Italiana di Gineco*, mars-avril 1925.)
(4) ZINSSTAG. — Gestation et rétrécissement mitral. (*Monats. f. Geb. med. Gyn.*, févr. 1927, p. 498.)
(5) PRIESEL et WINKELBAUER. — Passage transplacentaire de la lymphogranulomatose (*Virchows Archiv. für Anat. méd. Physio*, 10 déc. 1926, p. 749.)
(6) DEUCHER. — Embolie gazeuse après césarienne. (*Zentr. für Gyn.*, 20 nov. 1926, p. 3025.)

Manuel pratique pour faciliter le placement des enfants, des malades et des vieillards. Edition 1928. Un vol. in-16 broché, d'environ 600 pages. Prix : 22 fr. Publications de l'Office centrale des œuvres de bienfaisance, 175, boulevard Saint-Germain, Paris-VIe.

Cet ouvrage fait connaître au public et aux œuvres les différents établissements des départements recevant des enfants, des malades, des infirmes, des incurables et des vieillards. Il donne les conditions d'admission, les prix de pension et tous les renseignements utiles pour faciliter les placements dans les pouponnières, orphelinats, internats divers, maisons de santé, cliniques, hôpitaux, maisons de repos et de convalescence, préventoriums, sanatoriums, asiles, hospices, maisons de retraite, etc.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

Comment évaluer cliniquement la durée de la traversée digestive.

« La constipation est caractérisée par la rareté des évacuations intestinales et la consistance anormalement dure des matières fécales ». Ainsi s'exprimait Martinet, qui résumait de la sorte l'opinion populaire, et passait sous silence les cas de constipation par accumulation que l'on observe si souvent Nombreux en effet sont les sujets qui ont une selle journalière et qui de ce fait ne se croient pas constipés, estimant que pourvu qu'ils aient une selle par jour ils sont en règle avec leur intestin: malgré les symptômes d'auto-intoxication évidente qu'ils présentent, ils sont tout étonnés lorsque leur médecin leur fait remarquer que leurs selles, bien que journalières, sont insuffisantes à déblayer convenablement leur intestin. C'est chez ces malades que les divers procédés permettant d'évaluer la durée de la traversée digestive rendront de précieux services, procédés qui seront d'autant plus facilement acceptés qu'ils seront plus simples. Aussi ne parlerons-nous pas ici des rayons X, bien qu'ils soient évidemment de beaucoup le moyen de contrôle le plus parfait et le plus scientifiquement exact.

Depuis bien des années on a eu l'idée de faire ingérer au sujet en observation, diverses substances colorées et de noter à quel moment ces substances apparaissaient dans les selles et à quel moment elles cessaient d'y être reconnaissables : l'espace de temps compris entre le moment où le colorant était pris (généralement au petit déjeuner du matin) et le moment où ce colorant cessait d'être visible dans les selles représentait *grosso modo* la durée de la traversée digestive. C'est au charbon que l'on s'était adressé tout d'abord, et au charbon de peuplier officinal ; mais ce corps est loin d'être sans action sur le chimisme digestif de même que sur le péristaltisme, et il y avait là une cause d'erreur certes non négligeable. Le charbon animal qui a presque détrôné depuis quelques années le charbon végétal, ne présentait guère moins d'inconvénients, et à l'heure actuelle on a presque partout renoncé à se servir de l'un comme de l'autre. Les propriétés d'adsorption des charbons, charbon végétal ou charbon animal, nous ont fait personnellement renoncer depuis bien longtemps à ces substances comme procédés d'évaluation de la traversée digestive, car les causes d'erreur étaient par trop fréquentes, surtout pour une méthode qui n'a nullement la prétention d'être scientifique, mais d'être surtout clinique, au sens étymologique du mot.

C'est au carmin que vont nos préférences depuis bien des années. Le carmin est en effet un corps qui, à notre connaissance, n'a aucun effet sur le travail du tube digestif, pas plus que sur celui d'aucun autre organe. Il nous paraît correspondre tout à fait au colorant « neutre » du bol digestif que nous pouvons souhaiter pour l'épreuve qui nous occupe aujourd'hui ; en effet tous les colorants connus ou bien sont détruits au cours de leur passage dans le tube digestif, et par conséquent ne sont pas des colorants des fèces, ou bien exercent une action modificatrice quelconque sur le chimisme digestif ou sur le péristaltisme. Or le carmin non seulement conserve ses propriétés tinctoriales de la bouche à l'anus, mais encore il traverse tout le tractus digestif sans le gêner autrement que s'il était un corps étranger inerte.

Rappelons ici quelques détails, pharmacologiques ou autres qui nous paraissent nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre. On croit communément que le carmin est tout simplement de la poudre de cochenilles, c'est-à-dire des coccus qui vivent sur certains nopals, cultivés d'abord au Mexique, puis dans d'autres contrées chaudes. C'est du moins ce que disent à leurs clients certains pharmaciens mal documentés, et l'on comprend la répugnance de certaines personnes à absorber cette poudre d'insectes peu appétissante. La préparation du carmin n'est pas tout à fait aussi simpliste : les cochenilles sont d'abord pulvérisées, puis bouillies dans de

l'eau ; le décocté, traité par le bitartrate de potasse ou par l'alun, laisse précipiter une poudre d'une belle couleur rouge qui est le carmin. Dans le commerce, le carmin est malheureusement trop souvent mélangé à de l'alumine ou à de la fécule de pomme de terre pour lui donner plus de volume, ou à du vermillon pour lui donner plus de poids ; ces deux fraudes sont faciles à déceler : l'eau iodée révèle l'addition de fécule, et le nitrate de cobalt, l'alumine, et quant au vermillon il est facile de le reconnaître par l'acide azotique et l'iodure de potassium. D'ailleurs le carmin pur doit être entièrement soluble, dans l'ammoniaque et ne doit laisser que 8 à 10 % de cendres, et il est par conséquent bien facile de dépister les falsifications. A notre avis il est toujours préférable de prescrire : « Carmin n° 40 », ce qui est une garantie de la bonne qualité du produit, les « numéros » au-dessous de 40 étant généralement d'un pureté douteuse, si nous en croyons Dorvault.

Dans la plupart des cas (environ 60 %) le carmin devient visible dans les selles peu de temps après son absorption ; mais dans certains cas, et malgré tous les soins apportés à examiner les selles, il reste invisible et semble avoir totalement disparu. C'est là la grosse objection que font certains médecins à cette méthode de contrôle du transit digestif qui, par ailleurs est si simple et si vraiment clinique. Mais on oublie trop aisément que le carmin, à peu près insoluble dans l'eau, est très soluble dans l'ammoniaque ou dans les solutions ammoniacales. Comme il n'existe pas, croyons-nous, de sel d'ammoniaque susceptible d'être administré en même temps que le carmin pour le maintenir en solution dans le tube digestif sans modifier du même coup le chimisme digestif, il est infiniment simple de « révéler » le carmin à sa sortie, c'est-à-dire dans les selles mêmes, en versant quelques gouttes d'ammoniaque sur les selles. Si l'on se donne la peine d'expliquer au malade ce que l'on attend de lui et pour quelles raisons, il fera sans doute volontiers st sans nulle répugnance cette petite réaction à laquelle il est d'ailleurs le premier intéressé.

Voyons maintenant comment il convient de procéder pour cette « épreuve du carmin ». On prescrira : « Carmin n° 40 0 gr. 75, pour un cachet n° 1, à prendre au milieu du petit déjeuner du matin. » (Ceci en supposant que la selle journalière se produit dans l'heure qui suit le petit déjeuner ou tout au moins dans la matinée.) Le lendemain matin le malade devra examiner ses selles ; au besoin il aura recours à quelques gouttes d'ammoniaque comme nous venons de l'indiquer. La selle devra être alors à peu près totalement colorée en rouge et l'on devra avertir le malade qu'à l'état normal il devrait éliminer à peu près les trois quarts de son carmin. Le jour suivant le malade devra faire le même examen, avec ou sans ammoniaque, et si son intestin est en fonctionnement normal, la première partie de sa selle pourra être colorée en rouge, ou même ne présentera aucune coloration, auquel cas on aura le droit d'estimer qu'il n'y a pas d'accumulation dans le côlon. Notons en passant que l'on rencontre nombre de sujets qui, malgré une selle journalière qu'ils estiment suffisante, continuent à éliminer du carmin pendant trois, quatre ou même cinq jours, sans s'en trouver autrement incommodés ; un examen approfondi nous prouvera toujours que ce sont des intoxiqués chroniques ou des sujets chez lesquels le foie est déficient.

Grâce au petit tour de main que nous venons d'indiquer et qui est d'une extrême simplicité (un cachet de carmin au petit déjeûner et quelques gouttes d'ammoniaque sur la selle du lendemain et du surlendemain) la méthode d'évaluation de la durée de la traversée digestive par le carmin permet d'attendre tout ce que l'on est en droit d'obtenir d'elle. Ses résultats, comme d'ailleurs ceux de nombre de méthodes d'examens cliniques simplifiés, ne seront évidemment qu'approximatifs, mais, dans la plupart des cas ils suffiront à renseigner utilement le médecin désireux de connaître le degré de constipation « cumulative » de son malade. Et cette vieille méthode, à notre avis injustement délaissée faute d'un peu de soin dans son application, valait bien, croyons-nous, d'être rappelée au même titre que ces vieux serviteurs dont on regrette trop tard ne n'avoir pas su apprécier les services.

Dr A. E. E. Reboul.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement opothérapique des symptômes obésité, stérilité, migraine, dans les insuffisances ovariennes.

Par le Dr **Alice ULRICH-LÉVY**,
Ex-externe des hôpitaux de Paris.

Le syndrome hypoovarien comporte, indépendamment des troubles génitaux et menstruels qui lui sont propres, une triade symptomatique extrêmement fréquente : l'obésité, les migraines périodiques, la stérilité.

Aussi, un traitement susceptible d'influencer efficacement ces trois symptômes cardinaux, peut-il être considéré comme énergiquement agissant sur l'ovaire lui-même, que celui-ci ait été amoindri et diminué fonctionnellement, soit primitivement par un processus pathologique infectieux, kystique ou scléreux, soit secondairement par suite d'un fléchissement de l'état général, lui-même sous la dépendance d'une affection aiguë ou chronique, d'une intoxication etc...

Un tel traitement devra évidemment s'efforcer d'être pathogénique et devra viser, tout d'abord, la cause de l'insuffisance, lorsque celle-ci aura pu être précisée par le diagnostic.

Les médications galéniques emménagogues classiques sont d'un faible secours. Par leur action congestive sur l'appareil utéro-annexiel, elles peuvent sans doute stimuler une menstruation prête à se manifester, à qui manquait pour se déclancher cet appoint fluxionnaire, mais elles sont sans action sur l'ovaire, *primum movens*, de l'hyperémie cataméniale, et par conséquent sur l'ovulation dont l'absence est à l'origine de la stérilité hypo-ovarique. Ces médications emménagogues ne peuvent donc qu'intervenir subsidairement, épisodiquement, et à titre tout à fait accessoire dans le traitement de l'hypo-ovarie.

Beaucoup plus logique et plus causal est le traitement opothérapique. Institué par les extraits d'ovaires, et notamment sous les espèces de l'opothérapie ovarique dissociée (agomensine, sistomensine) dont Pouliot s'est fait le promoteur (1), il donne fréquemment de beaux succès. Pour notre part, nous avons souvent obtenu par cette méthode la guérison d'insuffisances ovariennes simples, en particulier chez les jeunes filles, sans obésité concomitante bien caractérisée.

Mais en présence du syndrome adiposo-génital, lorsque l'obésité occupe une place prépondérante, nous préférons faire intervenir l'extrait spermatogénétique. On sait que Knud Sand et Lipschuts ont établi expérimentalement une analogie hormonale entre le testicule et l'ovaire, analogie également admise par Gley. Pierra et Jouve, dans un mémoire paru il y a quelques années (2), ont montré d'autre part, que cette analogie doit être recherchée dans la partie spermatogénétique de la glande génitale mâle, et que de celle-ci peut être extraite une substance hormonique agissant chez la femme comme un élément complémentaire et équilibrant d'un ovaire fonctionnellement pertubé.

Les résultats que nous a donnés cette opothérapie spermatogénétique, que nous avons utilisée, suivant les cas, par voie injectable ou ingérable, sous forme d'ampoules et de comprimés d'androstine, seront beaucoup mieux illustrés par quelques observations que par de plus amples développements.

Obs. I. — Hypoménorrhée, obésité.

Mme B... 30 ans.

Deux enfants de 4 et 8 ans. Depuis le dernier enfant, les règles ont été constamment plus faibles. Tendance à l'obésité qui a été rapidement en s'exagérant. Depuis un an a pris 10 kgr. et les règles sont devenues presque nulles. Poids 90 kgr.

12 *octobre* 1917. — Traitement : androstine intra-musculaire, une ampoule tous les deux jours, pendant huit jours ; extrait thyroïdien 0.05 pendant huit autres jours.

21 *octobre*. — Amaigrissement 2 kgr.

(1) L. Pouliot. — Essai sur l'opothérapie des troubles menstruels Opothérapie lutéique dissociée. *Paris Médical*, 11 novembre 1922.
(2) Pierra et Jouve. — L'opothérapie spermatogénétique chez la femme. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 10 novembre 1924.

16 *novembre*. — Poids 85 kgr. les règles ont duré trois jours.

21 *décembre*. — Poids 83 kgr.

20 *mars* 1928. — Poids 81 kgr. A maintenant des règles pendant cinq jours à date fixe, d'abondance moyenne.

Obs. II. — Obésité, malthusianisme.

Mme O... 35 ans.

Mariée depuis un an. Désir de maternité contrarié par le mari, d'où très grosse nervosité, insomnie. Règles extrêmement faibles et douloureuses. Poids 71 kgr.

Janvier 1928. — Traitement : androstine intra-musculaire, une ampoule tous les deux jours. Il est fait 24 injections.

Avril. — Etat général bien meilleur, le sommeil est bon, le psychisme redevenu normal. Les règles durent maintenant quatre où cinq jours, sont d'abondance normale et sans douleur. Le traitement spermatogénétique est continué sous forme de comprimés d'androstine (quatre par jours, dix jours par mois). Poids 67 kgr.

Obs. III. — Hypoménorrhée, stérilité.

Mme M... 28 ans.

Réglée à 16 ans, très irrégulièrement, très abondamment. Mariée depuis 5 ans, pas de gressesse ni jamais de début de grossesse, malgré désir de maternité. Perd très peu, liquide à peine teinté de rose. A l'examen, utérus petit, légèrement aplasique, à col scléreux mais, largement ouvert.

3 *février* 1927. — Traitement : androstine, six comprimés, dix jours par mois.

Mars. — Règles plus abondantes et plus teintées.

Avril, mai. — Peu de changement.

Juin. — Règles *normales*, durant cinq jours.

Juillet, août, septembre. — Egalement.

Octobre. — Vient consulter parce qu'enceinte.

Obs. IV. — Migraines, stérilité.

Mme L.... 27 ans.

Très irrégulièrement réglée à la suite d'une fausse couche de deux mois 1/2, il y a deux ans, qui nécessita un curettage. Depuis, les règles sont très insuffisantes. Mariée depuis un an 1/2, n'a pas d'enfant malgré un très grand désir d'en avoir. N'a pas eu de règles en juin, à peine en juillet. Migraines très fréquentes.

12 *juillet* 1927. — Traitement : 12 injections d'androstine par mois.

Novembre. — Règles de cinq jours, normales en quantité ; migraines très espacées.

Janvier 1928. — Enceinte. Migraines totalement disparues depuis le retour des règles.

Obs. V. — Migraines, stérilité, obésité.

Mme O.... 31 ans.

Mariée depuis huit ans, sans enfants, malgré nulle opposition.

Réglée à l'âge de 14 ans, régulièrement, mais toujours très faiblement. Migraines fréquentes. Type hypoovarien adipeux. Poids 73 kgr.

17 *Mai* 1927. — Traitement : huit jours d'extrait thyroïdien 0,05 par jour, huit jours d'androstine, quatre comprimés par jour, alternativement. Ce traitement a été poursuivi plusieurs mois ; dès le deuxième mois, les règles sont devenues plus importantes, les migraines ont disparu, le poids a baissé de 3 kgr.

Décembre 1927. — La malade est enceinte, son état général est excellent.

Obs. VI. — Insuffisance ovarienne associée à de multiples troubles endocriniens.

Mlle N.... 18 ans.

Jeune fille de taille et de poids un peu au-dessous de la normale, mais bien proportionnée. D'intelligence très supérieure à la normale, elle présente de légers troubles du psychisme : sommeil fréquemment interrompu, rêves voluptueux douloureux. Système pileux exubérant (sur tout le corps). Corps thyroïde un peu marqué. Stase capillaire, mains froides violacées, tendance aux engelures. Troubles vagotonique s(nausées) T. A. 11-7 1/2 (Pachon). Règles insuffisantes avec retards constants. En somme cas complexe où l'insuffisance ovarienne et l'instabilité thyroïdienne donnennt la note dominante.

17 *octobre* 1927. — Traitement : 1° sérum éthyroïdé à dose progressive, dix jours : 2° androstine, quatre comprimés par jour, dix jours.

16 *novembre* 1927. — Tous les malaises n'ont fait que s'accentuer et l'absence de règles persiste (deux mois de retard). J'administre alors l'androstine injectable, une ampoule de 0 gr. 06 tous les deux jours : douze injections.

15 *janvier* 1928. — Les règles reviennent presque normales, Le même traitement est continué depuis plusieurs mois à le dose de quatre ou six ampoules d'androstine par mois dans la semaine qui précède les règles Celles-ci sont maintenant régulières, l'état général est nettement amélioré. La malade n'a presque pas souffert d'engelures pendant l'hiver 1927-28, alors que, les précédents, elle en était fort incommodée.

Tels sont les faits que nous avons observés.

Pouget (d'Alger) a obtenu avec l'opothérapie ovarienne protéidique (agomensine) (1) des résultats analogues aux nôtres chez des malades à évolution sexuelle retardée, avec stérilité prolongée, ce qui tend bien à prouver, comme l'admettent maintenant la plupart des physiologistes, l'unicité d'une hormone orchitique et ovarienne, coexistant avec d'autres différenciées, la première agissant spéficiquement sur l'ovulation.

Aussi bien, nous estimons aussi qu'il y a indication princeps d'une opothérapie ovarienne adéquate en présence d'un syndrome hypoovarien, mais nous croyons qu'il convient, dans certains cas, d'instituer de preférence l'opothérapie spermatogénétique (qui peut d'ailleurs lui être associée) si dans ce syndrome prédominent *l'obésité, les troubles sympathiques* (2), avec ou sans *troubles psychiques* concomitants, et *la stérilité*. Mentionnons aussi les *hydrorrhées* intermenstruelles, ou équivalentes d'une menstruation absente ou très réduite, souvent causées par un déséquilibre du sympathique pelvien, comme le montre leur guérison chirurgicale possible par la résection du nerf présacré, tentée avec succès par Cotte dans quelques cas.

Il va sans dire qu'un tel traitement n'exclut aucune des médications adjuvantes utiles, physique, hydrothérapique, kinésithérapique etc... voire opothérapique. C'est ainsi que nous avons associé quelquefois, comme on l'a vu dans nos observations, l'androstine à la thyroïde ou au sérum éthyroïdé, pour obtenir une sommation d'effets thérapeutiques. Nous croyons, cependant, qu'il faut être très sobre de ces associations qui aboutissent facilement à un imbroglio pharmacodynamique, où il est difficile, sinon impossible, de faire la part de la médication utile. En ce qui concerne la thyroïde, on ne l'utilisera jamais en même temps que l'extrait spermatogénétique, les deux opothérapies ayant une similitude d'action assez grande contre-indiquant leur emploi simultané (3).

VARIÉTÉS

Fernand WIDAL

Quelques souvenirs d'un camarade.

Lorsque j'étais encore collégien à Condorcet, qui s'appelait Fontanes, Fernand Widal, avec Abel Hermant, Paul Desjardins, Emmanuel Arago, Albert Salle, Pierrot-Deseilligny, Chauveau, René Dubois, Henri Vaquez, Courtois-Suffit et beaucoup d'autres, était mon condisciple. Je le connus peu alors. Nous étions de très nombreux élèves dans ce grand lycée d'externes, déjà illustré par nos aînés, René Doumic, Bergson, les Reinach et Widal, le dirai-je, n'attirait guère l'attention et passait inaperçu. Lui, qui de-

(1) Pouget. — Le traitement opothérapique de la stérilité féminine, (*Paris Médical*, 26 septembre 1925.)

(2) Cf Vinchon. — Les indications de l'extrait spermatogénétique dans les troubles vagotoniques de la femme. (*Paris Médical*, 25 août 1928.)

(3) Pouchet, Guy Laroche, Faillie et Camus. — Action de l'extrait testiculaire sur les échanges respiratoires. (Académie de Médecine, séance du 26 juin 1928). Ces auteurs montrent que l'extrait testiculaire augmente les échanges respiratoires, quoique plus faiblement que les extraits thyroïdiens, d'où activation des combustions internes, perte de poids, plus grande résistance à la fatigue.

vait être ce qu'il devint, ne passait pas alors, précisément comme on dit aujourd'hui, pour un as ; Henri Vaquez, qui devint vite son intime et fut, dans la préparation des concours son étroit compagnon d'études et son émule, puis son collègue à la Faculté, me permettra d'en dire presque autant de lui. Courtois-Suffit qui, à peine sorti des bancs, se mit à travailler d'arrache-pied et conquit les hôpitaux, était lui aussi un élève quelconque, très effacé. N'est-il pas curieux, en vérité, de constater chez ces médecins qui tous trois furent de premier ordre et dont deux au moins devinrent des maîtres, des notes de lycée moyennes, un travai simplement honorable ?

Entre Widal et moi s'établit tout de suite, à l'Ecole de médecine, une bonne sympathie de camarades. Il m'a toujours traité très amicalement. Jusqu'ici j'ignorais qu'il fut particulièrement épris d'histoire, et je m'explique à présent sa manie d'enrichir mon nom d'une syllabe, et de m'appeler Marathon, en l'honneur de la victoire fameuse de Xerxès sur les Perses qu'on nous avait enseignée. Il ne me désignait jamais autrement, et mettait plaisamment mon nom devenu épique à tous les cas de la déclinaison selon le discours qu'il m'adressait. Si les circonstances surtout, mais aussi mon indolence naturelle et mon esprit de fantaisie me laissèrent tout de suite loin derrière lui et nous séparèrent, nous eûmes quand même mainte occasion de nous coudoyer au cours de nos études, et j'ai pu garder le souvenir de quelques rencontres.

Je me souviens qu'un jour — ce devait être durant notre externat sinon avant — nous cheminâmes de conserve une bonne heure à travers Paris ; de la rive droite nous passâmes sur la rive gauche et nous nous séparâmes à l'Institut (était-ce un signe ?). Naturellement, nous bavardâmes. Nos études, nos projets, la médecine, faisaient l'objet de notre entretien et je fus frappé ce jour-là des vues tout à fait nouvelles pour moi traditionnaliste et conservateur par nature, nouvelles pour tous à l'époque, qu'émit mon camarade, avec une tranquille assurance, une autorité déjà qui faisaient de lui presque un prophète, et des horizons qu'il m'ouvrit. « Les études pastoriennes, les microbes, vois-tu, c'est l'avenir, c'est la vraie voie intéressante et féconde où il faut s'engager », me disait-il, et il me développait ses raisons.

Peu de temps après, je m'inscrivis, ma foi, à son cours libre de bactériologie organisé avec Chantemesse, à l'Ecole pratique et qui était alors une nouveauté.

Vers la même époque, allant déjeuner à Lariboisière où Widal était interne, j'y trouvai, avec lui et les collègues, un invité d'âge respectable et d'allure martiale, la rosette à la boutonnière, qui n'était autre que le Dr Widal père, médecin principal de l'armée ; et quant au fils, il partageait joyeusement avec nous les distractions de la salle de garde. Plus tard, de loin en loin, je revis Fernand Widal, et je m'amusais de remarquer combien, à mesure qu'il s'élevait dans la hiérarchie de la Faculté et des hôpitaux, il s'évertuait en se redressant, en surveillant la dignité de son attitude, à ne pas perdre une ligne de sa taille.

Dans ces dernières années, j'assistai plusieurs fois à sa leçon clinique de Cochin. Sans notes, ne craignant pas de se répéter, il parlait d'une voix forte, un peu nasonnée. Il était clair, démonstratif, convaincu et persuasif. Il avait conservé une simple cordialité de manières, et plus d'une fois, au moment de faire sa leçon au lit du malade, m'apercevant éloigné et séparé de lui par la foule des suivants et des auditeurs que je ne pouvais fendre, il m'appela à haute voix, me fit faire place et asseoir commodément à son côté.

Le jour d'hiver où son élève Sicard, devenu professeur à son tour, fit sa leçon inaugurale, Widal était entré dans la salle vêtu d'une lourde pelisse. Il avait pris place dans l'hémicycle et s'était assis silencieux, la tête droite à son habitude. Sicard, au début de son discours, rendit hommage selon la coutume, à ses maîtres successivement, et plus particulièrement à Fernand Widal, dont il retraça brièvement les travaux, en soulignant le rang éminent qu'ils lui assurent dans la médecine française et en lui exprimant sa gratitude. Le maître, ainsi remercié et glorifié, fut alors l'objet d'une retentissante ovation. J'étais dans l'amphithéâtre, bondé d'assistants et je l'observai. Pendant tout le temps que durèrent les applaudissements, il resta immobile, la tête droite, le regard fixe, sans un geste, et son émotion certaine ne se connut qu'à l'altération momentanée de ses traits. Belle et digne tenue que d'autres n'ont peut-être pas exactement observée ce jour-là.

Il y a quatre ans de cela, Widal vient de disparaître et Sicard, bien plus jeune, l'a suivi à quelques jours d'intervalle. Tous deux laissent des regrets unanimes. Je m'excuse d'avoir voulu réunir en un faisceau vraiment bien léger et indigne de lui, ces souvenirs d'un maître et d'un ami.

Dr René Matton

Salies-de-Béarn, 16 février 1929.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 février 1929

M. Ombrédanne fait part du décès de *M. Dehally* (du Havre) membre correspondant de la Société.

Métastase d'un séminome. — *M. J. Berger* communique l'histoire d'un malade entré en 1922 pour tumeur du testicule et ayant subi plusieurs applications de Rayons X. Quatre ans après, apparition d'une tumeur pelvienne avec phénomènes inflammatoires. Nouvelle intervention. Incision du péritoine à la face externe du cæcum. L'énucléation de la tumeur est impossible. Ponction au bistouri (liquide analogue à du raisiné) on prélève un fragment pour examen histologique. Il s'agit d'une métastase de séminome. Plus de deux ans après, le malade est en très bon état.

A propos du bistouri électrique. — *M. de Martel* a vu en 1927 Cushing se servir d'un bistouri analogue parfaitement au point.

Goitre aberrant dans la gouttière carotidienne. — *MM. Cornioley et Segond* (de Genève). Rapporteur *M. Lenormant.* — Jeune homme de 35 ans présentant des crises de bradycardie paroxystique où le pouls descendait à 30 pulsations par minute. Il avait d'autre part une dyspnée permanente.

Dans la région carotidienne, il existe une petite tumeur de la grosseur d'une olive. Ablation facile ; elle touche le pneumogastrique sans y adhérer. Guérison complète.

M. Robineau a eu trois fois l'occasion de couper délibérément le pneumogastrique droit au-dessous du récurrent. Aucune modification cardiaque n'a été observée.

M. de Martel croit que la section d'un nerf est une excitation certaine, mais très courte.

M. Moure a vu, une fois, le fait suivant dans un anévrysme de la carotide interne. Une pince mise à l'aveugle vers la base du crâne a entraîné la mort brusque du malade.

Deux cas de valvules du cæcum. — *M. Lenormant* rapporte deux observations, l'une de *M. Hartglas* (de Dourdan), l'autre de *M. Wilmoth* (de Paris). — Le premier malade a été opéré avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Détorsion facile. Fixation de l'appendice dans la plaie de la fosse iliaque droite. Guérison.

La deuxième malade présente une crise progressive d'occlusion. Laparotomie. Volvulus cæcal avec bride au niveau de l'angle hépatique. Fixation à la paroi et cæcostomie. Guérison.

M. Lenormant croit qu'en plus de la mobilité cæcale, il faut un obstacle incomplet, une bride par exemple pour réaliser le volvulus du cæcum.

Après la détorsion, M. Lenormant croit qu'une cæcostomie est très utile. Par contre, il repousse l'appendicostomie qu'a faite M. Hartglas.

Si on ne peut pas détordre, il ne reste comme ressource que la résection.

M. Lecène croit que l'appendicectomie garde des indications, en particulier dans certaines dysenteries chroniques.

Invagination intestinale et lavement baryté. — *M. Foucault* a envoyé l'observation suivante que rapporte *M. Mouchet*.

Enfant de dix mois ; début dramatique. Pour convaincre les parents de la nécessité de l'intervention, on fait un lavement baryté qui s'arrête vers l'angle colique droit. Intervention habituelle. Injection intramusculaire de sérum salé hypertonique. Guérison.

Le lavement a fait passer la tête du boudin de la fosse iliaque gauche à la fosse iliaque droite, ce qui n'est pas négligeable ; mais cette méthode ne peut supplanter l'intervention, malgré l'article récent de *Fruchaud* et *Peignot* (Angers).

M. Mathieu est tout à fait de cet avis.

Duodénum mobile. — *M. P. Duval* a recueilli depuis six mois, douze cas de duodénum mobile. Les troubles n'étaient pas assez importants pour que les malades soient opérés. L'auteur présente de fort belles radiographies.

Maladie kystique du tiers supérieur de la diaphyse humérale. — *M. J. Berger* rapporte l'observation d'une malade de 24 ans qui présenta une fracture à ce niveau. Réduction et appareil plâtré. Guérison parfaite.

M. Dujarier croit qu'il vaut mieux greffer ces maladies kystiques systématiquement.

M. Lenormant s'élève contre la suggestion de M. Berger de fracturer chirurgicalement ces kystes osseux.

M. Mouchet a l'opinion que la cure est bien plus rapide et plus efficace après une greffe osseuse.

Ecrasement du pied. — Présentation de malade par *M. Grégoire*. — Pour des douleurs tardives, M. Grégoire, au lieu de l'amputer, a fait une résection tibio-tarsienne avec une sorte d'onglet dans le calcanéum.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 février 1929.

A propos des fractures intra-capsulaires engrenées du col du fémur. — M. *Barbarin* pense que l'engrènement des fragments dans la fracture intra-capsulaire du col du fémur est moins rare qu'on ne l'écrit. Cet engrènement accidentel détermine presque toujours une position défectueuse des fragments et par conséquent du membre. Mais on peut utilement employer l'engrènement chirurgical (artificial impaction) proposé par *Cotton* (de Boston) dans un certain nombre de cas, en particulier dans les pseudrarthroses, après échec des procédés ordinaires de traitement, tant qu'il n'y a pas résorption du col fémoral.

M. *Trèves* considère l'existence de ces fractures comme certaine. Il existe deux variétés : 1° pour la première, le déplacement est nul ou minime et l'impotence fonctionnelle souvent incomplète, surtout au début. Il suffit de laisser ces malades au repos avec défense de poser le pied à terre pendant 30 à 40 jours pour obtenir à coup sûr la consolidation et une guérison parfaite ; 2° dans la seconde variété, la rotation en dehors est constante, le raccourcissement habituel peu marqué, l'impotence fonctionnelle plus complète, les fragments sont perceptibles et bombent en dehors de la fémorale. Sauf chez les gens très âgés ou affaiblis, l'auteur pense qu'il faut désengrener et réduire ces fractures pour éviter la marche défectueuse et les douleurs persistantes de la hanche. Le désengrènement peut être laborieux et se fera en chargeant la cuisse du malade sur l'épaule du chirurgien qui tire en abduction et fait la rotation interne. Application du grand plâtre après le désengrènement.

Traitement des tumeurs vésicales. — M. *Pasteau*. — Les tailles sus-pubiennes verticales ou transversales, les exérèses totales de la vessie ne sont plus actuellement que des opérations ultimes, de nécessité, à utiliser seulement quand l'emploi des agents physiques est impossible. Pour employer utilement le radium, il faut faire une taille ; l'emploi endoscopique est aveugle. Les rayons ultra-pénétrants et le radium par application externe ne donne que des résultats aléatoires. En présence d'une tumeur vésicale, il faut employer *la haute fréquence* par voie endovésicale toutes les fois que cela est possible. L'intervention ne nécessite pas d'instrument spécial, pas d'anesthésie générale ; elle permet un traitement ambulatoire et la seule complication est l'épdidymite, d'ailleurs rare. Mais il convient de surveiller ultérieurement les opérés pour agir sans tarder sur la moindre repullulation de la tumeur.

M. *Lavenant*, passant en revue les différents traitements du cancer de la vessie : exérèses, radiothérapie, électrocoagulation, radium, montre qu'on ne saurait, à l'heure actnelle, attendre de chacune de ces méthodes que des succès restreints. Il est à désirer d'autres techniques plus sûres que l'électrocoagulation et la radiumthérapie. Il cite une observation où l'application de radium fut suivie d'une déautrition profonde et d'une intoxication mortelle avec purpura par désintégration cellulaire.

Sur la chirurgie viennoise. — M. *Pauchet* résume les points intéressants qu'il a observés dans la pratique de la chirurgie viennoise : *a*) les cancers du rectum opérés dans les services de *Hocheneg* et de *Eiselsberg*, sans anus artificiel préalable, et avec conservation du sphincter pour ménager l'usage de la défécation normale ; *b*) les ulcères duodénaux opérés par *Finsterer* ont toujours fait l'objet de gastrectomie ; *c*) les prostatectomies chez *Lichenstern* se font en un temps. Si les reins sont déficients, une sonde à demeure pendant 8 à 15 jours draine les urines sales. Résection systématique des canaux déférents : *d*) anastomose testiculo-déférentielle chez *Lichenstern* pour combattre la stérilité chez l'homme ; *e*) la phénolisation des ovaires et des testicules couramment employée par *Doppler*, revitalise le sujet comme avec l'opération de Voronoff.

Méniscectomie. — *M. Massart* présente un malade qui a subi il y a trois mois une ablation partielle du ménisque interne. Cette opération conservatrice a supprimé le phénomène de bloquage douloureux et a permis au malade de retrouver la fonction complète de son articulation du genou gauche.

Deux résultats déplorables de fracture du condyle huméral incorrectement traités. — *M. Rœderer* présente deux malades : 1° Enfant de 3 ans ayant déjà fait antérieurement deux fractures du condyle. Translation, bascule et rotation du fragment inférieur. Soudure de la corne externe de ce fragment qui fait presqu'île à angle droit sur le bord interne de l'humérus. A la palpation, aspect d'un coude bifide, mais excellente physiologie. 2° Enfant de 13 ans ; fracture à 6 ans. Bascule, rotation et ascension du fragment qui ne s'est pas soudé à l'humérus. Véritable os surnuméraire coiffant la tête radiale. Enorme cubitus valgus. Limitation de la flexion. Force réduite de l'avant-bras.

Résultats de trois cas de greffes osseuses pour tuberculose ostéo-articulaire. — *M. Bressot* (de Constantine) communique ces trois observations (deux de tuberculose du genou, une tuberculose du coude) qu'il a traitées par greffe osseuse. Les résultats ont été mauvais et ont abouti à deux amputations et une résection.

Tétanos à porte d'entrée oculaire chez un enfant de trois ans. Sérothérapie. Guérison. — *M. Coudray* (de Nogent-le-Rotrou) communique l'observation d'un enfant chez lequel un débris de paille, sauté sous la paupière, dans une étable, et resté six jours avant d'être retiré détermina un tétanos qui débuta douze jours après l'accident. Pendant douze jours, sérothérapie massive en injections sous-cutanées : morphine ; chloral. Guérison.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Conduite à tenir en présence d'une iritis,

Par le Dr A. FAVORY,
Chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris.

La fréquence et la gravité des complications de l'iritis sont dues en grande partie à ce qu'un traitement approprié n'a pas été mis en œuvre assez précocement.

Nous ne ferons que rappeler ici les principaux symptômes qui permettent de faire le diagnostic d'iritis. Ce sont d'abord les symptômes subjectifs : douleur oculaire et péri-orbitaire, photophobie avec larmoiement, baisse légère de l'acuité visuelle, L'examen objectif montre : une rougeur de l'œil, non pas diffuse, mais localisée autour de la cornée, véritable infection périkératique. D'autre part, il n'y a pas de sécrétion conjonctivale, ce qui permet de la distinguer d'une simple conjonctivite.

La pupille est en myosis ; son contour est irrégulier, présentant des exsudats qui formeront plus tard des adhérences (synéchies), si l'on n'intervient rapidement.

La couleur de l'iris est changée : les yeux bleus sont devenus vert sale, les yeux noirs sont d'un brun jaunâtre. Il existe enfin une légère hypotension du globe.

En présence de tels symptômes, que doit-on faire ?

Trois directives sont à observer :

1° Combattre la douleur et la photophobie ;
2° Eviter la formation de synéchies ;
3° S'attaquer à la cause de l'iritis.

1° On combattra la douleur par la prescription d'antinévralgiques (aspirine, par exemple), par l'application de compresses chaudes. Actuellement, on emploie de préférence la chaleur sèche produite par une ampoule électrique ou mieux le thermophtalme de Cantonnet. On pourra obtenir un résultat analogue par la diathermie qui permet en outre de réaliser un chauffage en profondeur.

Enfin l'effet décongestionnant d'une sangsue appliquée à la tempe est souvent utilisé avec succès contre la douleur.

Les frictions à la tempe avec l'onguent belladonné sont parfois employées.

On combattra la photophobie par le port de lunettes fumées.

2° Mais l'acte thérapeutique important et qui nécessitera un diagnostic sûr, sera l'emploi d'un mydriatique.

Celui-ci aura pour but de dilater la pupille ; d'une part pour empêcher le jeu incessant de l'iris à la lumière, d'autre part pour éviter la complication la plus redoutable de l'iritis, c'est-à-dire la formation de synéchies. Celles-ci peuvent être partielles — ce qui est peu grave — ou totales, véritable séclusion pupillaire, d'où résulte le glaucome secondaire et toutes ses conséquences.

L'instillation répétée deux fois par jour d'un collyre au sulfate neutre d'atropine à un pour cinq cent :

Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 02
Eau distillée	10 gr.

suffira dans les cas habituels pour amener rapidement une mydriase maximale et lutter contre l'apparition de ces complications.

Au début, si l'iris est très enflammé, on pourra faire les instillations trois et quatre fois par jour pour obtenir la mydriase.

L'emploi de l'atropine n'est cependant pas sans inconvénient ; dans quelques cas, elle peut élever la tension oculaire, et produire des désastres, Aussi devra-t-on surveiller la tension oculaire journellement et arrêter l'emploi de l'atropine si la tension s'élevait. Dans certains cas l'irritation produite par l'atropine exige l'emploi de dionine qui calme également la douleur :

Dionine	0 gr. 10
Eau	10 gr.

2 gouttes deux fois par jour.

De bons résultats ont été obtenus par l'ionisation, soit à l'iodure, soit au salicylate. Il semble que ce procédé ait prévenu dans les cas où il a été employé la formation de synéchies.

3° Enfin, le dernier temps du traitement s'attaquera à la cause.

Rappelons qu'en présence d'une iritis, il faut d'abord songer à la syphilis. Si les recherches dans ce sens sont positives, il faudra faire un traitement mercuriel (cyanure de Hg intra-veineux, à raison de un centigramme par jour), les arsenicaux amenant parfois des accidents du côté du nerf optique.

En l'absence de la syphilis, il faut rechercher une gonococcie éventuelle, et en ce cas il semble que la vaccinothérapie agisse favorablement.

On a souvent incriminé le rhumatisme, mais ce fait n'est pas prouvé et on a tendance actuellement à rapporter à leur véritable cause — syphilis, blennorragie, maladies infectieuses aiguës ou chroniques (tuberculose, lèpre, actinomycose, goutte...) — les iritis dites rhumatismales. Quoi qu'il en soit, il semble que, dans certains cas, on puisse admettre cette étiologie : il faudra alors donner des composés salicylés et faire le traitement médical du rhumatisme, mais d'autre part, appliquer un traitement local identique ; dans l'occurence, il sera de première importance.

Récemment, on a insisté sur la nécessité de rechercher des lésions et infections focales. C'est ainsi que l'on a pu trouver des iritis par lésions dentaires, par amygdalites, sinusites frontales ou maxillaires.

L'importance d'un tel facteur ne saurait être méconnue et l'on devra toujours, en l'absence d'une cause évidente, rechercher ces infections focales et s'entourer de renseignements complémentaires en demandant un examen au spécialiste oto-rhino-laryngologiste ou stomatologiste.



REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Pathologie générale.

L'étude du rythme saisonnier des maladies infectieuses a donné des résultats aussi intéressants qu'inattendus (Pierre Woringer, *Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1928) ; l'explication de leurs oscillations ne dépend pas des variations microbiennes ; c'est l'organisme humain, qui, sous l'influence de facteurs météorologiques, subit des modifications dans sa résistance. Dans les infections *héliophobes* la carence solaire prépare le terrain, tandis que l'action de la lumière implique un rôle important dans le processus d'immunisation (dermophylaxie) ; dans les infections *héliophiles* il est plus difficile de déterminer le facteur météorologique, l'immunisation étant probablement à point de départ intestinal (entérophylaxie). Le premier groupe, à *type hiberno-vernal*, avec maximum en mars, comprend les pneumococcies, les méningococcies, les streptococcies, la tuberculose, l'encéphalite épidémique ; le second groupe, à *type estivo-automnal*, avec maximum en septembre, comprend la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra, la poliomyélite ; la diphtérie ne correspond à aucun de ces groupes et appartient à un type franchement hibernal.

Ces considérations physiopathologiques permettent de préciser les indications de l'hélio et de l'actinothérapie dans la lutte anti-infectieuse ; l'emploi systématique de la lumière, comme agent thérapeutique et surtout prophylactique, permettra vraisemblablement d'abaisser la morbidité et la mortalité des infections héliophobes du type hiberno-vernal.

Neurologie.

La paralysie agitante est manifestement améliorée par les alcaloïdes de la jusquiame ou de la belladone, dont la grande toxicité et l'accoutumance rapide rendent cependant la posologie délicate et la prolongation illusoire ; ces deux écueils semblent être évités par l'emploi de la poudre de datura stramonium. Ferry rapporte, dans la *Gazette médicale de Picardie* (octobre 1928), deux observations, qui lui permettent de fixer les points suivants :

1° Nécessité de la recherche du seuil d'intoxication à l'aide de doses quotidiennes progressivement croissantes ; 2° toxicité assez faible de la poudre de stramoine, qui permet, sans inconvénient grave et malgré le codex, l'emploi de doses de deux grammes par jour ; 3° nécessité absolue d'atteindre le seuil toxique pour obtenir les résultats les plus favorables ; 4° réduction au minimum des périodes de repos ; 5° aucun danger d'accoutumance.

Pathologie externe.

La douleur à gauche dans l'appendicite aiguë s'ajoute à la douleur habituelle de la fosse iliaque droite, dans certaines crises au début, qui paraissent sans gravité : température autour de 38°, pouls de 70 à 80, pas de faciès grippé, peu ou pas de vomissements, pas de météorisme abdominal. R. Badolle (*Loire médicale*, octobre 1928), ayant eu l'occasion d'assister à des catastrophes dues à la temporisation dans des cas semblables, recommande l'intervention systématique chez tout malade commençant une appendicite et souffrant à gauche. Le chirurgien trouve un appendice hyperémié, quelquefois turgescent ou ecchymotique, sans exsudation ou avec une légère exsudation louche, sans adhérences ou avec des adhérences minimes ; jamais on n'a observé d'appendice engainé d'adhérences ou encapuchonné d'épiploon. La douleur à gauche relèverait d'un réflexe douloureux du péritoine, causé par une flore microbienne appendiculaire particulièrement virulente. Ces remarques se rapportent à plusieurs centaines d'appendicites observées et opérées à l'hôpital de Roanne par Berthier et Badolle.

Obstétrique

Les vomissements à type incoercible au cours d'une grossesse. Drouin rapporte, dans le *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle* (octobre 1928), un cas où l'eau minérale elle-même était à peine tolérée ; une légère douleur dans la fosse iliaque droite ayant attiré l'attention, on diagnostiqua une crise appendiculaire légère sans élévation thermique. L'intervention montra un appendice turgescent, long et recourbé à son extrémité. A part un léger vomissement post anesthésique, l'état nauséeux disparut, l'opérée s'alimenta rapidement et la grossesse continua dans de bonnes conditions. L'épine irritative était bien due à un appendice malade.

Voies respiratoires.

L'hémoprophylaxie de la coqueluche a été préconisée par Gillot il y a plusieurs années.

Une épidémie de coqueluche a été observée par Gillot, Sarrouy et Mlle Lecomte (*Algérie médicale*, novembre 1928) dans un internat comprenant 23 enfants ; trois d'entre eux, atteints de coqueluche, n'ont pu être séparés de leurs camarades. Le donneur de sang fut le surveillant général de l'école âgé de 25 ans et atteint autrefois de la coqueluche. Vingt hémothérapies ont été pratiquées, à des doses de 3 à 5 cc. de sang total ; six semaines après aucun cas de coqueluche n'avait été constaté ; sur les vingt enfants traités cinq avaient déjà eu la coqueluche.

Pathologie exotique.

Le typhus exanthématique existe-t-il en Cochinchine ? Lavau et Morin en ont observé un cas à l'hôpital de Sadec (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, avril 1928) ; un échantillon de sang, prélevé au onzième jour de la maladie, agglutinait le Proteus X. 19 (Souche Metz) de l'Institut Pasteur de Paris à 1 pour 300 ; un autre échantillon de sang recueilli sur citrate de soude en pleine convalescence, arriva trop tard à Saïgon pour que l'inoculation au cobaye fut suivie de succès. Ballet et Mesnard avaient constaté au Tonkin la présence d'une affection fébrile, sporadique et bénigne en général, que ses propriétés sérologiques d'une part, pathogènes pour le cobaye d'autre part, permettaient d'identifier avec le typhus exanthématique ou plutôt avec le groupe du typhus ; on tend actuellement à réunir sous cette rubrique toute une série d'affections décrites primitivement sous des noms variés (fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, fièvre fluviale du Japon, fièvre de Delhi, typhus levissimus, maladie de Brill, typhus tropical, etc.) et dont la dernière venue serait la fièvre marseillaise.

Varia.

Toute albuminurie survenant sans cause et persistante doit faire craindre l'atteinte bacillaire d'un rein et demande à être surveillée (De la Marnierre, de Brest).

Entre l'anaphylaxie et l'asthme il y a un grand espace à franchir, car il y a une différence notable entre l'anaphylaxie qui est un fait connu, déterminé, toujours semblable à lui-même et l'asthme qui est multiple (Turlais, d'Angers).

Aux lésions très graves correspondent des méthodes héroïques. Il faut savoir les appliquer judicieusement, en connaissant les risques qu'elles comportent, mais aussi en se disant qu'elles peuvent faire merveille (W. Jullien, de Pau).

Nombreuses sont les maladies qui se ressemblent ! Les unes différentes avec les mêmes symptômes et les autres identiques avec des symptômes différents ! (J. Liautard, de Marseille.)

J. Lafont.

« A peine sortis des bancs de l'école, l'esprit surchargé de vaines théories, croyant tout connaître parce qu'on peut tout expliquer avec des systèmes, courant après la fortune, sans se soucier de la considération, la plupart de nos jeunes médecins se précipitent en foule dans les villes et perdent dans les illusions d'une réputation prématurée des germes de talents qu'une expérience lente et tranquille eût un jour développés. C'est ainsi que partout, on découvre les torts faits à la Société par l'abolition des usages dont le temps avait démontré la sagesse. » (Aimé Martin, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de Lyon Discours prononcé à la séance publique de l'Académie de Lyon, le 23 *août* 1808. Eloge de Désiré Pétetin.)

1862. — Un troisième examen de fin d'année à la Faculté de médecine de Paris.

Un agrégé à tous crins, s'adressant au candidat.

— Eh bien ! Monsieur... vous êtes de Lyon ? Ah ! ah ! on est fort à Lyon !...

Le candidat.

— Mais oui, Monsieur, seulement veuillez remarquer que, depuis un an, je suis à Paris ! —

(Bien trouvé et pourtant historique dit la *Gazette médicale de Lyon* de 1863.)

GLANURES

1828-1829 : deux dates importantes dans l'histoire de la fièvre typhoïde. — 1828. — Le Dr Leuret (de Nancy) communique à l'Académie de médecine un mémoire sur des dothiénentérites observées à Nancy en 1828 et prononce le nom de *contagion* dans cette affection.

1829. — La question de la contagion est posée de nouveau devant l'Académie de médecine avec les mémoires :

1° De Gendron (Esprit) sur les dothienentéries observées aux environs de Château-du-Loir ;

2° De A. Bretonnean. Notice sur la contagion de la dothienentérie, lue à l'Académie de médecine le 7 juillet 1829.

« Les idées de Bretonneau et de Gendron, ne rencontrèrent pas grand crédit. Chomel n'osait pas nier la contagion, mais n'y croyait guère à Paris, dans les hôpitaux, Rochoux contesta même les arguments de Bretonneau, et les grands cliniciens de l'école de Paris restèrent longtemps incrédules aux arguments des observateurs de province (1) »

1829. — Louis, « qui est la plus grande des autorités mortes ou vivantes dans tout ce qui se rapporte à l'histoire naturelle de cette fièvre, dont la monographie est unique en médecine, comme un modèle de recherches attentives (2) » impose à la maladie le nom de fièvre typhoïde, sous lequel elle devait désormais être connue en France et publie un ouvrage en deux volumes intitulé : « Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de *gastro-entérite*, fièvre putride, adynamique ataxique, *typhoïde*, etc., etc., comparées avec les maladies aiguës les plus ordinaires, par P. C. H. A. Louis, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris — ouvrage en 2 volumes, dédié à M. Chomel, professeur de clinique à l'École de medecine de Paris — 1829 1re édition, chez J.-B. Baillière éditeur » (3).

(1) P. Brouardel et Thoinot.
(2) Budd — Typhoïd fever, London 1873.
(3) La 2e édition parut en 1841 avec une légère modification du titre « Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous les noms de *fièvre typhoïde*, putride, adynamique, ataxique, biliaire, muqueuse, gastro-entérite, entérite folliculaire, dothienentérie, etc, etc., comparées avec les maladies aiguës les plus ordinaires.

Dans sa préface, Louis, écrivait : « *J'ai longtemps cherché un mot qui exprimât le caractère anatomique de cette affection sans être désagréable à l'oreille, et ne l'ayant pas trouvé, je m'en suis tenu à l'expression* **Affection typhoïde**, *au moins à peu près exempte d'inconvénients* » « ... les uns n'ont regardé les altérations du conduit intestinal que comme une des suites plus ou moins éloignées de la maladie elle-même ; le plus grand nombre n'y a vu qu'une gastro-entérite ; quelques-uns, après avoir recueilli et examiné une certaine masse de faits, ont envisagé le groupe des symptômes désignés par le mot fièvre, comme le résultat de lésions variées, tantôt d'un organe, tantôt d'un autre ; ou bien, tout en inclinant beaucoup vers l'opinion qui fixe le siège de la maladie dans le canal intestinal, ils n'ont pas cru pouvoir prendre un parti définitif et sont restés dans le doute.

Ce doute est encore aujourd'hui le partage de beaucoup de bons esprits, de ceux qui ne demandent qu'à se rendre à l'évidence, et auxquels les faits recueillis jusqu'à ce jour paraissent insuffisants pour produire la conviction. De nouvelles recherches étaient donc nécessaires et c'est dans l'espoir que celles-ci seront utiles à la science que je me décide à les publier.

Afin de savoir à quoi s'en tenir sur une question que ne pouvaient pas beaucoup éclairer de simples discussions, j'ai recueilli de 1822 à 1827, l'histoire de tous les sujets atteints de maladies aiguës, admis à l'hôpital de la Charité, dans les salles Saint Jean et Saint-Joseph, alors confiées à M. Chomel. J'ai rassemblé dans cet espace de temps, à part quelques faits incomplets, cent trente-huit observations de fièvre typhoïde, dont cinquante relatives à des individus qui ont succombé. J'ai analysé les unes et les autres, et afin de connaître, parmi les nombreuses lésions de ceux qui ont péri, celles qui sont propres à l'affection typhoïde, je les ai comparées aux altérations observées à la suite d'autres maladies aiguës, chez quatre-vingt trois sujets dont j'ai ainsi recueilli l'histoire. J'ai fait le même travail pour les symptômes, chez les malades atteints de fièvre typhoïde ou de toute autre affection aiguë, terminée par le retour à la santé ou par la mort ; en sorte que j'ai analysé les altérations des viscères de cent trente-trois sujets et les symptômes de près de neuf cents.

J'ai retranché des matériaux de mes analyses les faits qui m'ont paru manquer d'un certain degré d'exactitude *et quand j'ai tiré des conséquences des autres, j'avais toujours présente à l'esprit cette pensée de l'auteur de l'Émile : « Je sais que*

La Ménopause et ses troubles

II. — Bouffées de chaleur et sueurs.

« Si, dans un compartiment de chemin de fer, disait le professeur Guyon, une voyageuse demande la permission de baisser les glaces, questionnez-la : vous aurez toujours l'occasion de constater qu'on lui a enlevé les ovaires, si elle n'est pas sur son retour d'âge. »

La voyageuse dont il est ici question, souffre de ces *bouffées de chaleur* qui sont le tourment habituel des femmes à l'âge critique. Ce symptôme bien connu, mérite cependant une description spéciale. Ce sont des crises passagères de dilatation vasculaire générale ou partielle du réseau capillaire sous-cutané, accompagnées de phénomènes particuliers : telle est la bonne définition que donne E. Lévy dans sa thèse de 1899.

Une sorte d'*aura* préside au début de la crise : c'est quelquefois un léger frisson, ou encore une sensation de constriction de l'abdomen ou de l'épigastre. L'aura peut également se déclarer au niveau de la tête. Puis, violemment, le sang monte au visage en même temps qu'une chaleur brûlante se répand à la face et souvent à tout le corps. Les pommettes sont rouges, les mains chaudes, le pouls accéléré et plein. Les symptômes concomitants habituels sont des vertiges avec ou sans bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue (nuage, points brillants, etc.), menace de syncope, oppression poignante, palpitations.

Après cet accès qui s'accompagne d'une certaine agitation, survient une phase d'abattement accompagnée de pâleur, de frisson et de sueur souvent abondante.

La durée de la crise est très variable : l'*aura* dure quelques secondes ; la crise congestive et la crise sudorale ensemble, une dizaine de minutes d'habitude, mais cette durée peut être beaucoup plus longue.

Quant à la fréquence de ces accès, elle est également très variable. Ils peuvent se reproduire cinq ou six fois en vingt-quatre heures et quelquefois bien plus souvent, puisque certaines femmes les voient reparaître toutes les cinq minutes. Quelquefois, ils se déclarent la nuit et produisent de violents cauchemars et un réveil au milieu de sueurs.

Bien souvent ces crises de bouffées de chaleur se produisent, à la façon de tous les troubles ménopausiques, à l'époque où autrefois apparaissaient les règles. Cette répétition des crises qui amène bien souvent une dépression marquée de tout l'organisme se prolonge pendant cinq ou dix ans, en général, et quelquefois se reproduit indéfiniment.

***

Comme pour tous les troubles ménopausiques, ceux qui suivent la ménopause naturelle sont beaucoup moins violents et moins pénibles que ceux qui surviennent après la ménopause chirurgicale. Il semble que la transformation s'opérant graduellement et naturellement, prépare peu à peu les organes à la disparition d'une fonction essentielle.

On sait que, depuis le mémoire de Jayle en 1897, on considère que ces troubles sont dus à la cessation de la sécrétion interne de l'ovaire, explication fort plausible, mais qui n'est pas satisfaisante dans tous les cas, puisque les troubles ménopausiques sont faibles ou peuvent manquer chez des femmes placées apparemment dans les mêmes conditions physiologiques et anatomiques.

***

Le traitement par les extraits ovariens est trop souvent infidèle : en revanche, la *lachésine* donne constamment satisfaction : on pourra en juger par l'observation suivante due au Dr Ch. (de la Loire-Inférieure).

M., âgée de 52 ans, est atteinte, depuis la disparition de ses règles, c'est-à-dire depuis deux ans, de vertiges, bouffées de chaleur, maux de tête et de douleurs diverses. Elle a essayé l'hamamélis, l'hydrastis et les spécialités les plus vantées pour le retour d'âge. Aucun résultat. La *lachésine* l'a guérie de tous ses malaises.

Dr Mendel,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

a vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien dans les jugements que j'en porte, plus je suis sûr d'approcher de la vérité ».

Le cerveau de Lénine. — Dans un article, publié par la revue *Monde* et destiné à un public extra-médical, le Dr Semachko, commissaire du peuple à l'hygiène publique de l'U. R. S. S., donne les renseignements suivants sur le cerveau de Lénine, dont l'examen microscopique fut confié au professeur Oscar Vogt, directeur de l'Institut de neurologie « Kaiser Wilhem », de Berlin.

« Après la mort de Lénine, il apparut comme absolument nécessaire d'étudier de la façon la plus scrupuleuse son cerveau et de tâcher de découvrir, par un examen scientifique approfondi, les particularités de sa structure, les caractères du processus morbide, en un mot, de déchiffrer, si possible, l'énigme de son génie.

Dans ce but le Commissariat du Peuple à l'Hygiène constitua une commission spéciale composée des savants les plus en vue de l'Union Soviétique.

Les membres de la Commission se répartirent la direction du travail suivant leurs spécialités respectives. Les anthropologistes étudièrent les particularités physiques du cerveau de Lénine. Rien d'exceptionnel ne fut trouvé dans ce domaine (le poids du cerveau de Lénine est de 1.440 grammes, c'est-à-dire assez élevé par rapport à la taille), si ce n'est le développement des circonvolutions et d'autres signes anatomiques particuliers aux cerveaux des intellectuels.

Les anatomistes et les cliniciens caractérisèrent le processus morbide du cerveau de Lénine du mot allemand *Abnutzungs Sclerose* (c'est-à-dire une sclérose due à l'usure). Les modifications sclérotiques des parois des vaisseaux étaient tellement accentuées que certaines d'entre elles étaient pétrifiées. Certains vaisseaux s'étaient rétrécis au point de ne même plus laisser passer une soie très fine. L'hérédité (le père de Lénine est mort au même âge lui aussi d'artério-sclérose), un travail intellectuel intense, une vie pleine de fièvre et une activité cérébrale débordante, voilà, de l'avis des pathologues-anatomistes, les causes de la mort de Lénine.

Après cette étude fondamentale sommaire, les savants se demandèrent s'il ne fallait pas soumettre le cerveau de Lénine à d'autres recherches faites selon une méthode récente, élaborée avec succès par le professeur berlinois Oscar Vogt : la « cyto-architectonique ». Le principe de cette méthode est qu'en se fondant sur l'étude de la structure des cellules (leur « architectonique »), on peut expliquer les particularités de la vie mentale de l'homme.

Le principe de l'étude de Vogt est celui-ci : du moment que les cellules du cerveau se différencient et s'agglomèrent d'après leur fonction en des endroits déterminés (que Vogt appelle centres ou « pôles ») cela signifie qu'en se fondant sur l'étude de la structure de ces cellules et de ces « pôles » on peut conclure des particularités de la vie mentale d'un homme. Par la comparaison successive de la structure des cellules et des hommes, le professeur Vogt a donc tiré des conclusions au sujet des processus progressifs et régressifs dans la structure de l'écorce cervicale. En étudiant le cerveau de Lénine de cette façon, le professeur Vogt a constaté un développement particulier des cellules pyramidales dans un des « pôles », et dans une des couches de l'écorce de l'encéphale. Ces cellules, de dimension plus grande, possèdent entre elles des ramifications très développées atteignant parfois 10 centimètres. Le développement de ces cellules pyramidales, bien plus important dans le cerveau de Lénine que dans le cerveau d'un individu quelconque, est une preuve anatomique de la richesse de la vie mentale de Lénine, de sa faculté de s'orienter rapidement dans une situation, de son sens de la réalité (*Wirklichkeitssinn*).

31.000 coupes ont été faites avec le cerveau de Lénine ; l'institut Vogt, dit le Dr Semachko, les conserve pour les investigations de la science de l'avenir. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cérébrale, par D. Santenoise ; in-8, 336 p., 84 fig. ; texte : 65 fr. (A. Legrand).

Hygiène des races et politique de repeuplement, par le Dr Hermann Wener Siemens, trad. par Mlle Arone ; in-8, 100 p. : 14 fr. (A. Legrand).

Précis de Pathologie expérimentale, par Charles Richet fils, in-8, 331 p. 8› fig. : 40 fr. (Baillières).

Leçons du dimanche de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, in-8, 273 p. (Baillière).

Vie et Reproduction. Notions actuelles sur les problèmes généraux de la Biologie animale, par Max Aron. Préface de P. Boin. 366 p., 190 fig. : 38 fr. (Masson).

Etude élémentaire des arythmies. Lecture des électrogrammes. Phono et cinématographe, par R. Lutembacher, 110 p., 78 fig. 30 fr. (Masson).

Précis de physico-chimie biologique et médicale, par A. Dognon. 310 p., 63 fig. : 30 fr. (Masson).

La Haute-Fréquence en ophtalmologie. Diathermie médicale. Diathermie chirurgicale. Etincelage, par Monbrun et Casteran. 127 p., 22 fig. 16 fr. (Masson).

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Epreuve clinique. Séance du 25 février : MM. Gérard-Marchant, 6, Welti 7, Raia, 7.

Séance du 27 février. — MM. Chevalier 7, Gueullette 5, Chabrut 8.

Séance du 1er mars. — MM. Brouet 8, Leibovici 6, Fèvre 7.

Facultés de médecine de Paris — *Thèses.* — 4 mars. — Thèses vétérinaires. — M. Holstein. Recherches des bacilles de Koch dans les excrétions de chiens tuberculeux. — M. Motreff. Claude Bernard et Pasteur devant le vétérinaire. — M. Ménager. Etude du traitement des affections respiratoires du chien.

6 mars. — Thèses vétérinaires. — M. Grasser. L'ascaridiase du cheval et ses complications. — M. Julienne. Les strongyloses chez le poulain de pur sang. — M. Delanne. Etude sur la race laitière de l'Est (Haute Marne). — M. Dutot. Affection du testicule chez les animaux domestiques.

9 mars. — Thèses vétérinaires. — M. Davesne. De la non-délivrance chez la vache. — M. Katziolos. L'echtyma contagieux du mouton. — M. Decausse. Intoxications par les pommes chez les bovins du pays d'Auge.

M. Vaurs. Du rôle de la phagocytose sur les trypanosomiases.— Mme Malpart. Brillat-Savarin et la médecine. — M. Bédourel. Etude sur la néphrite.

Faculté de médecine de Paris. — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance.* (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — Cours de perfectionnement (Pâques 1929), du 21 au 29 mars, sous la direction de M. le professeur Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, médecin des hôpitaux, et des chefs de clinique et assistants du service : Les notions actuelles en hygiène et pathologie du premier âge.

Chaque jour, de 9 h. 30 à 10 h. 45 : Visite des salles par M. le professeur Lereboullet : à 10 h. 15, 16 heures, 16 h. 45 : Leçons avec présentation de malades et exercices pratiques.

Programme des leçons. — Jeudi 21 mars, 10 h. 45, M. Lereboullet : Les lois générales de la physiologie et de la pathologie du nourrisson , 16 heures, M. Saint-Girons : La colibacillose du nourrisson ; 16 h. 45, M. Chabrun : La diphtérie du premier âge.

Vendredi 22 mars, 10 h. 45, M. Cathala : Les classifications des affections digestives et des troubles de la nutrition ; 16 heures, M. Chabrun : Les troubles digestifs des enfants nourris au sein ; 16 h. 45, M. Bohn : L'asthme des nourrissons.

Samedi 23 mars, 10 h. 45, M. Lelong : Les troubles digestifs des enfants nourris au lait de vache ; 16 heures, M. Bohn : Les broncho-pneumonies du nourrisson et leur traitement actuel ; 16 h. 45, M. Saint-Girons : L'anaphylaxie alimentaire et les troubles liés à l'abus des farines.

Lundi 25 mars, 10 h. 45 : M. Lereboullet : La sténose du pylore du nourrisson ; 16 heures, M. Lelong : Hyperalimentation et hypoalimentation : les régimes carencés ; 16 h. 45 : M. Brizard : Les eczémas du nourrisson.

Mardi 26 mars, 10 h. 45, M. Cathala : Indications et mode d'emploi des différents laits dans la diététique du premier âge ; 16 heures : M. Gournay : Le diabète dans la première enfance ; 16 h. 45, M. Detrois : Les selles du nourrisson. Etat actuel de la question.

Mercredi 27 mars, 10 h. 45 : M. Lelong : Les formes cliniques et le diagnostic de la tuberculose du nourrisson ; 16 heures, M. Brizard : La syphilis du nourrisson (première leçon) ; 16 h. 45, M. Roudinesco : Spasmophilie et tétanie.

Jeudi 28 mars, 10 h. 45 : M. Cathala : Le problème de l'alimentation sans lait dans la première enfance ; 16 heures; Mme Dollfus : Notions récentes sur le rachitisme (étiologie et pathologie) ; 16 h. 45, M. Chabrun : Les infections aiguës du premier âge et leur prophylaxie.

Vendredi 29 mars, 10 h. 45 : M. Lelong : la tuberculose du nourrisson : le B. C. G. ; 16 heures, Mme Dollfus : Les traitements du rachitisme ; 16 h. 45, M. Brizard : La syphilis du nourrisson (deuxième leçon.)

N. B. — Les leçons porteront surtout sur les progrès récents réalisés dans les divers sujets traités ; elles seront complétées par l'exposé quotidien fait au cours des visites par le professeur Lereboullet ; et par l'examen direct des malades. Un certificat sera délivré à la fin des cours. S'inscrire à la faculté (le droit à verser est de 250 fr.)

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique médicale des enfants.* (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie (Pâques 1929 3 avril-13 avril) ; Mercredi 3, 15 h., Professeur Nobécourt : Ouverture du cours ; 10 h. 30, MM. Boulanger-Pilet : Notions nouvelles sur la diphtérie ; 16 h., René Martin : L'anaphylaxie en pédiatrie ; 17 h., Jean Hutinel : Abcès du poumon.

Jeudi 4, 10 h. 30, Bidot : Urologie clinique ; 16 h., René Martin : Broncho-pneumonie et traitement ; 17 h., Jean Hutinel : Méningite cérébro-spinale.

Vendredi 5, 10 h. 30, Bidot : Coprologie clinique ; 16 h.: Boulanger-Pilet : Syndromes hypophysaires : 17 h., Janet, Le diabète sucré.

Samedi 6, 10 h. 30 : Léon Tixier : Hérédo-syphilis ; 16 h., René Martin : Les anatoxines ; 17 h., Lebée : Néphrite de l'enfance.

Lundi 8, 10 h. 30, Léon Tixier : Hérédo-syphilis ; 16 h. : Pichon : Rhumatisme cardiaque ; 17 h. Nadal, Asthme infantile.

Mardi 9, 10 h. 30, Duhem : Radiologie (1re leçon) : 16 h., Janet : Syndromes thyroïdiens ; 17 h., René Mathieu : Prurigo et eczéma.

Mercredi 10, 10 h. 30 : Léon Tixier : Rachitisme et R. U V.; 16 h., Paraf : La rougeole ; 17 h., René Mathieu : Les colites.

Jeudi 11, 10 h. 30 : Prétet : Septicémies de l'enfance ; 16 h., Janet : Vomissements cycliques ; 17 h., Babonneix : Les poliomyélites.

Vendredi 12, 10 h. 30, Duhem : (Radiologie (2e leçon) ; 16 h., Paraf : La scarlatine ; 17 h. : Babonneix : Encéphalopathie et mongolisme.

Samedi 13, 10 h. 30, Professeur Nobécourt : Cours ; 16 h., Pichon : Acrodynie ; 17 h., Babonneix : Hérédo-syphilis nerveuse.

Professeur Nobécourt : Conférence clinique à 9 heures. S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

Une croisade médicale en Algérie. — La France peut être fière de la croisade médicale que ses médecins ont, depuis cent ans, menée en Algérie. Les résultats viennent d'en être soulignés par le gouverneur général Bordes dans sa visite aux territoires du Sud.

Quatre années ne s'étaient pas écoulées depuis le débarquement de Sidi-Ferruch que le docteur Maillot dont le nom a été donné à Alger à l'ancien hôpital du dey), ouvrait, à Bône, la croisade contre le paludisme. A Constantine, Laveran découvrait l'hémotozoaire, germe du mal, découverte qui approche, dans le domaine scientifique, celles de Pasteur.

En même temps, le corps médical s'attaquait à la variole qui ravageait alors les populations arabes. On voit encore, en Algérie, des indigènes « grêlés » et qui nous semblent nombreux, parce que le mal a complètement disparu dans la métropole ; jadis, ils étaient légion et bientôt la variole sera rayée de la nosologie nord-africaine.

Le typhus exanthématique faisait, en 1869, dans le seul département d'Alger, 217.000 victimes ; en 1927, on a relevé 909 cas... La peste tuait les Arabes par millions, avant 1830 : aujourd'hui, elle n'existe plus qu'à l'état sporadique — comme partout. Le choléra, la typhoïde, la tuberculose ont subi une régression constante, et la conjonctivite granuleuse qui engendre si souvent la cécité des indigènes et dont le pourcentage atteignait 90 à 98 % dans le Sud, recule chaque jour devant les soins de nos services d'hygiène.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. Kling, directeur du Laboratoire municipal de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs de Choudens, à Saint-Jean-de-Gonville (Ain), Maignot, au Pouzin (Ardèche), Julian, à Beaucaire (Gard).

EDUCATION PHYSIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Barbarin (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bellin du Cotteau (de Paris).

Hôpital Saint-Joseph. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. de Ginestet, Brisard, Hurez, Demirleau, Goidin et Blanchard. Service d'oto-rhino-laryngologie : M. Hémon.

Internes provisoires : MM. Dessirier, Patry, Marie et Garnier. Service d'oto-rhino-laryngologie : M. Lefranc.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine. Métro : Gambetta). — *Conférences sur les méthodes de laboratoire appliquées à la cardiologie clinique.* — Ces conférences, accompagnées de projections, sont faites tous les samedis, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon, par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, et ses assistants, MM. BLONDEL, BRÉANT, MARCHAL, STOÏCESCO, VIAU et VIDRASCO.

Prochaines conférences. 16 mars, M. BRÉANT : La réserve alcaline ; 13 et 20 avril, M. VIAU : L'électrocardiographie dans le diagnostic des arythmies sinusales et extrasystoliques.

PROGRAMME DU SERVICE DU Dr LIAN : Le matin, à 10 heures : Visite dans les salles (sauf le mardi et le vendredi) ; lundi, à 10 h. 3/4 : Interprétation des électrocardiogrammes recueillis dans la semaine ; mardi et vendredi, à 10 heures : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins (auscultation des malades par les auditeurs grâce au télécardiophone) ; mercredi, à 10 heures : Causeries au lit des malades (salles Lelong et Axenfeld) ; jeudi, à 10 h. 3/4 : Radiologie cardio-vasculaire ; samedi, à 10 h. 1/2 : Conférence de cardiologie, avec la collaboration des assistants français et étrangers du service.

Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque (2 au 11 mai 1929,) par M. C. LIAN et ses assistants : tous les matins, à 10 heures : Conférence clinique avec projections ; à 11 heures : Examen clinique et de laboratoire ; mardi et vendredi matin consacrés entièrement aux examens des malades de la consultation par les médecins inscrits au cours ; tous les après-midi, à 15 heures : Démonstrations pratiques (sphygmomanométrie, méthode graphique, électrocardiographie, radiologie, épreuves neurovégétatives) ; à 17 heures : Conférence clinique avec projections.

Les médecins inscrits au cours pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires puis comme assistants

S'inscrire auprès du Dr Blondel, assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription, 250 francs.

Hôpital maritime de Berck. — *Cours de Pâques.* — Le Dr E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, fera, du lundi 25 mars au samedi 30 mars 1929, six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

Lundi 25 mars : Traitement du mal de Pott ; mardi 26 mars : Traitement de la coxalgie ; mercredi 27 mars : Traitement de la tumeur blanche du genou ; jeudi 28 mars : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied ; vendredi 29 mars : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur ; samedi 30 mars : Traitement des ostéites tuberculeuses ; traitement des adénites tuberculeuses.

Les cours auront lieu le matin, à l'hôpital maritime. Ils commenceront le lundi matin, à 9 heures. Chaque cours sera suivi des ponctions, opérations, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes. Les après-midi seront consacrés aux visites de salles, examens de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves.

Droits d'inscription : 100 francs. Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits. Pour tous renseignements, écrire au Dr Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur Paul Carnot) — *Cours de vacances de Pâques du 21 au 28 mars 1929 pour les médecins français et étrangers.* — Les données nouvelles de clinique et de thérapeutique tirées du sang.

A la demande des auditeurs et pour condenser le cours dans les minimum de temps, les 28 leçons seront faites en une semaine et auront lieu quatre fois par jour ; elles seront suivies de démonstrations techniques et de présentations de malades, à l'amphithéâtre Trousseau, aux laboratoires Dieulafoy, à la Polyclinique physiothérapique Gilbert.

Jeudi 21 mars 1929 : 1. Le matin, à 9 h. 30, professeur Paul Carnot : Les nouvelles méthodes d'hémodiagnostic et d'hémothérapie. — 2. Le matin, à 10 h. 30, M. le Dr Henri Bénard, médecin des hôpitaux : L'hydrémie et le métabolisme de l'eau (réfractométrie, chlorurémie, indice lipocytique). — 3. Le soir, à 14 h. 30, professeur Maurice Villaret, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : La tension sanguine, artérielle et veineuse. — 4. Le soir, à 15 h. 30, Dr Lenormand, ancien interne des hôpitaux : Les œdèmes et les exsudats en clinique (œdèmes cardiaque, brightique, hépatique, inflammatoire).

Vendredi 22 mars : 5. Le matin, à 9 h. 30, M. Coquoin, chef de laboratoire de la clinique : L'azotémie. Techniques (dosage de l'azote total ; de l'urée par le xanthydrol ; de l'azote résiduel ; constante d'Ambard, etc.). — 6. Le matin, à 10 h. 30, Dr Alfred Coury, ancien chef de clinique adjoint de la clinique : L'azotémie. Syndromes cliniques. — 7. Le soir, à 14 h. 30, Dr Baudouin, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec : La glycémie. Techniques. — 8. Le soir, à 15 h. 30, Dr Baudouin : La glycémie. Syndromes cliniques. Thérapeutique (insuline ; synthaline : etc.).

Samedi 23 mars : 9. Le matin, à 9 h. 30, Dr Etienne Chabrol, professeur agrégé, médecin de l'hôpital d'Ivry : La cholémie pigmentaire et saline. Techniques et syndromes cliniques. — 10. Le matin, à 10 h. 30, Dr Etienne Boltanski, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux : La cholestérinémie, l'uricémie, l'oxalémie. Techniques et syndromes cliniques. — 11. Le soir, à 14 h. 30, Dr Henri Bénard, médecin des hôpitaux : L'équilibre acido-basique. Techniques (détermination du pH. de la réserve alcaline). Syndromes cliniques d'acidose et d'alcalose. — 12. Le soir, à 15 h. 30, Dr Dausset, chef de laboratoire de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu : La fixation du calcium. Principes et techniques d'actinothérapie.

Lundi 25 mars : 13. Le matin, à 9 h. 30. Dr Henri Bénard, médecin des hôpitaux : La coagulation du sang. Techniques. Temps de saignement et de coagulation. — 14. Le matin, à 10 h. 30, Dr Libert, ancien chef de clinique : Les syndromes hémorragiques (hémophilie, hemogénie, maladies hémorragipares, purpuras). Thérapeutique des hemorragies. — 15. Le soir, à 14 h. 30, M. Deval, chef de laboratoire de la clinique : Techniques des réactions sérologiques. Réaction de fixation Bordet-Gengou. Réactions colloïdales. Réactions de Wassermann, Hecht, Verne. — 16. Le soir, à 15 h. 30, Dr Louis Brin, ancien chef de clinique : Applications cliniques des réactions de fixation. Diagnostic et conduite du traitement antisyphilitique d'après le B.-W.

Mardi 26 mars : 17. Le matin, à 9 h. 30, Dr Raghet, chef de clinique : Les chocs sanguins. Accidents cliniques. Thérapeutique par le choc et ses techniques. Hémothérapies spécifiques. — 18. Le matin, à 10 h. 30, Dr Blamoutier, ancien interne des hôpitaux : Les chocs sanguins. Méthodes de désensibilisation et d'antianaphylaxie. — 19. Le soir, à 14 h. 30, Dr Jacques Dumont, chef

du laboratoire de bactériologie de la clinique : Les infections sanguines. Techniques d'hémocultures et d'examen direct du sang. — 20. Le soir, à 15 h. 30, Dr FROMENT, chef de clinique : Les septicémies. Staphylococcémies. Streptococcémies. Méningococcémies. Gonococémies, etc.

Mercredi 27 mars : 21. Le matin, à 9 h. 30, Dr Marguerite TISSIER, chef de laboratoire de la clinique : Cytologie du sang. Techniques d'examens. Diagnostics hématologiques. — 22. Le matin, à 10 h. 30, Dr BARIÉTY, ancien interne des hôpitaux : Les syndromes hématiques. Anémie pernicieuse : polyglobulie. Leur thérapeutique (méthode de Whipple, etc.). — 23. Le soir, à 14 h. 30, Dr LAGARENNE, chef du laboratoire de radiologie de l'Hôtel-Dieu : Traitement des syndromes hématiques par la radiothérapie (leucémies ; splénomégalies). — 24. Le soir, à 15 h. 30, Dr Jacques DUMONT : Etude parasitologique et thérapeutique du paludisme. Malariathérapie.

Jeudi 28 mars : 25. Le matin, à 9 h. 30, Dr Armand TZANCK, médecin des hôpitaux : Les groupes sanguins. Détermination pratique. Choix des donneurs. Technique des transfusions. — 26. Le matin, à 10 h. 30, Dr LAMBING, chef de clinique : Les hémoglobinuries. — 27. Le soir, à 14 h. 30, Dr DELAFONTAINE, ancien interne des hôpitaux : Leucémies. Maladie de Hodgkin, pseudo-leucémies. — 28. Le soir, à 15 h. 30, Dr COMANDON : Cinématographie du sang (avec films.)

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Maternité Baudelocque. — *Clinique de la Faculté de médecine.* (121, boulevard Port-Royal, XIVe. Professeur : A. COUVELAIRE.) — Les cours suivants seront faits à l'amphithéâtre de la clinique Baudelocque, à 11 heures.

Lundi 4 mars, M. AUBERTIN : Anémies pernicieuses gravidiques ; Lundi 11 mars, M. MORAX : Troubles visuels de la gestation ; Lundi 18 mars, M. LÉVY-VALENSI. Psychoses puerpérales.

Colonies de vacances et œuvres de plein air. — *Congrès international et 9e Congrès national* — Le neuvième Congrès des colonies de vacances et œuvres de plein air aura lieu à Pau en 1929, la semaine après Pâques.

L'importance des questions à traiter, le caractère international du Congrès, le beau cadre dans lequel il se déroulera, tout concourt à assurer son succès.

PRINCIPALES QUESTIONS TRAITÉES. — 1° La sélection médicale et les indications du séjour des enfants à la montagne, à la mer, à la campagne : Dr FAYON. — 2° La collaboration du médecin praticien et de l'Inspection médicale scolaire en vue du placement des enfants en colonies de vacances : Dr Lucie COMTE. — 3° Les camps de vacances thermaux : Dr MOLINÉRY. — 4° Les échanges internationaux d'enfants et leur rôle éducatif en vue de la paix M. GRADEL — 5° Les vacances scolaires et le tourisme : M. OUVRARD. — 6° Prophylaxie des accidents de vacances : M. VIMARD.

Pour tous renseignements et pour adhérer, écrire au Dr DEQUIDT, président du Comité national, 52, rue St-Georges Paris. 9e.

Le cancer en Grande-Bretagne et dans le Pays de Galles. — D'après la statistique publiée par le ministre de l'hygiène, le nombre des décès dus au cancer, pendant l'année 1927, s'élève pour la Grande-Bretagne et le Pays de Galles, à 54.078.

Une victime des rayons X. — Depuis vingt ans directeur au laboratoire de radiologie de l'hospice de la Charité, le Dr Sébastien Turchini a été victime des rayons X.

A la suite de graves mutilations, il a dû renoncer à son activité.

Après le professeur Bergonié, les physiciens Infroy, Vaillant et les docteurs Lerey, Ménard et Lobligeois, voilà une victime à ajouter au palmarès des victimes de la science.

Voyage d'études pour médecins aux stations hydrominérales et climatiques d'Italie. — Le sixième voyage « Nord-Sud » aura lieu du 10 au 26 septembre 1929. L'itinéraire publié plus loin indique les localités qui seront visitées. Comme les précédents, le voyage sera dirigé par M. le Prof. Guido Ruata.

Seuls les médecins sont admis à prendre part au voyage « Nord-Sud » ; ils pourront se faire accompagner d'une personne de leur

famille jusqu'à concurrence d'un tiers des inscrits. Le nombre des places est limité à un maximum de 150.

Les adhérents au voyage «Nord-Sud» seront répartis, à leur choix, dans l'un des groupes de langue française, italienne, anglaise ou allemande, à chacun desquels sera attaché un médecin interprète.

Le voyage «Nord-Sud» aura lieu en train spécial de première classe des chemins de fer de l'Etat, où chaque participant aura sa propre place réservée : seuls les bagages à main sont admis dans le train spécial. On organisera également un service spécial d'autos pour les parcours sur route, et un bateau spécial sera réservé sur le lac de Garda.

Dans chaque localité visitée le meilleur traitement sera assuré aux participants.

Le prix d'inscription est fixé à lire 1.600 par personne : ce prix comprend la totalité des frais du lieu de réunion (Merano) au terme du voyage (Viarehgio). Les adhérents au voyage «Nord-Sud» recevront un carnet muni de trois coupons pour l'acquisition de billets individuels de chemin de fer avec réduction de 50 % : le premier pour le voyage d'une station frontière ou d'une autre station italienne à Merano, valable du 20 août au 11 septembre ; le second de Viareggio à une autre station ou à la frontière, valable du 25 septembre au 15 octobre ; le troisième, avec la même validité, pour le voyage entre deux stations italiennes ou à la frontière.

Les inscrits au voyage «Nord-Sud» et provenant de la Grèce, de la Turquie ou de l'Egypte bénéficieront, à l'aller comme au retour, d'une réduction de 20 % sur le prix global de passage sur les vapeurs du Lloyd Triestino et de la Sitmar et de 30 % sur le prix du seul passage (repas exclus) sur les vapeurs des Sociétés Puglia et San Marco en service entre la Grèce et l'Italie.

Les inscriptions au voyage «Nord-Sud», seront closes aussitôt que le nombre maximum de 150 sera atteint et de toutes façons au plus tard le 15 juillet. Les inscrits recevront à leur adresse, avant le 15 août, les documents pour le voyage.

Les inscriptions par le bulletin ci-inclus, sont reçus à l'Ente nazionale industrie turistiche, 6, via Marchera, Roma.

Nécrologie. — Dr DANTIN, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux (promotion 1909). — M. Henri GRAND, interne des hôpitaux, décédé à l'âge de 26 ans, à Paris. — Dr Georges GÉRARD, professeur d'anatomie à la Faculté de Lille, décédé à l'âge de 54 ans.



BIBLIOGRAPHIE

Leçons du dimanche de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par les Drs P. CARNOT, SAINTON, BENSAUDE, M. VILLARET, H. BÉNARD, A. BAUDOUIN, DIOCLÈS, TIFFENEAU, HALBRON, RATHERY, HARVIER, CHABROL. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris. Un volume in-8 de 273 pages, avec figures. : 20 fr.

Ce volume trouvera sans aucun doute le succès que ces conférences ont connu le dimanche à la Clinique de l'Hôtel-Dieu.

En voici le détail :

Les péri-dextro-viscérites infectieuses, par le professeur CARNOT.

Les lipodystrophies, par le Dr Paul SAINTON.

Diagnostic endoscopique du cancer du rectum et du côlon terminal, par le Dr R. BENSAUDE.

Les troubles du métabolisme de l'eau chez les hépatiques, par le Dr Maurice VILLARET.

Le pH et les équilibres acido-basiques ; aperçu d'ensemble, par le Dr Henri BÉNARD.

Quelques formes actuelles des neuro-infections, par le Dr A. BAUDOUIN.

Les techniques radiologiques modernes en gastro-entérologie, par le Dr DIOCLÈS.

Les nouveaux médicaments diurétiques, par le professeur TIFFENEAU.

Les angines de poitrine et leur traitement, par le Dr Paul HALBRON.

Insuline et ses succédanés, par le professeur RATHERY.

Thyroxine et folliculine, par le Dr Paul HARLIER.

Le coma insulinique, par le Dr Etienne CHABROL.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le n° 3 fr. 50. Abonnement un an : 50 fr. Boivin, édit. 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 février 1929 : H. Busson : Rabelais et le miracle. — J. Vianey : L'éloquence de Bossuet (I) : L'apologie de la religion contre les libertins. — H. Hannette : La France et la Provence dans l'œuvre de Dante (I) : Le voyage de Dante (I) Le voyage de Dante en France. — A. Puech : L'éloquence chrétienne au IVe siècle (VIII) : Saint-Jean Chrysostome. — A. Jolivet : Les drames de Striudberg (XII) : Petits drames en une scène. — G. Cohen : Chrestien de Troies, sa vie et son œuvre (XXII) : Perceval ou le roman du Graal.

TRAVAUX ORIGINAUX

Défense des méthodes et critique des théories psychanalytiques.

Dr G. PAPILLAULT,
Directeur de Laboratoire à l'Ecole des Hautes-Etudes,
Professeur de Sociologie à l'Ecole d'anthropologie de Paris (1).

Vous avez entendu et applaudi la conférence profondément pensée de M. Seillière ; nul n'était plus capable que lui de nous exposer les théories transcendantales du Dr Jung et de suivre l'influence néfaste qu'elles peuvent exercer aussi bien sur la morale que sur la raison. Car vous savez que M. Seillière à consacré plus de 40 volumes à analyser les idées mystiques que l'on s'est efforcé, depuis deux siècles, de substituer aux grandes directives rationnelles du monde occidental, et il a montré, avec une clarté supérieure, les sophismes de ces théories philosophiques et les catastrophes qu'elles ont entraînées après elles. Les idées de Jung ne pouvaient donc échapper à sa critique perspicace.

Comme sociologue, je ne puis que donner mon plein assentiment à sa réprobation ; mais comme médecin je condamne ces théories avec plus d'énergie encore, car une longue pratique m'a convaincu que la psychanalyse peut rendre les plus grands services dans les maladies nerveuses et mentales et guérir là où la psychiatrie ordinaire échoue. Et je pense qu'il y a dans cette méthode une partie précieuse qu'il est urgent de débarrasser de toute une végétation parasite qui la masque ou la déforme. Et c'est d'autant plus désirable en France que ces théories, greffées sur la méthode psychanalytique, répulnent fort justement à l'esprit français et écartent médegins et malades d'un mode de traitement qui peut rendre ces plus grands services quand il est conduit suivant les règles d'une expérimentation psychologique aussi prudente que précise.

Ma conférence comprendra donc deux parties : la première sera consacrée à la partie positive de la psychanalyse, à ses méthodes d'observation ; la seconde à l'examen critique des théories qu'on en a décrites dans les écoles de Vienne et de Zurich. On confond trop souvent, méthode et théories, alors qu'il faut les séparer rigoureusement.

I. — Méthodes psychanalytiques.

Qu'est-ce donc que la psychanalyse ? — Ce n'est point une théorie, je ne saurais trop y insister, c'est une méthode de recherche, un moyen d'investigation dans notre *inconscient* pour y découvrir les processus secrets de notre activité mentale, aussi bien normale que pathologique.

Seulement, il nous faut bien entendre sur la nature de cet inconscient, source de tant d'erreurs chez les psychanalystes. Nous laisserons de côté tout cet *inconscient physiologique* ou organique qui échappe et a toujours échappé à notre intuition. La plupart de nos organes vivent, croissent, agissent sans que nous sachions comment. Même nos muscles volontaires se contractent et exécutent nos mouvements sans que nous puissions soupçonner leur nombre et leurs synergies.

Bien différent est cet *inconscient* que j'ai appelé *psychalytique*. Il comprend les traces de tout ce que nous avons perçu dans nos expériences passées, de tout ce qui est enfoui dans notre mémoire, en dehors de notre complexe conscient actuel. Mais ici encore nous trouvons deux parties différentes, qu'il nous faut distinguer avec soin : une d'elles s'éveille à notre appel quand nous en avons besoin pour penser ou pour agir. C'est la mémoire proprement dite des psychologues ; une seconde partie, plus profondément enfouie, échappe à nos appels, à nos efforts d'attention, et nous semble à jamais effacée. Mais c'est une profonde erreur ; chacune de ces traces mnémoniques inconscientes est toujours active et vivante comme vivent et agissent les organes de notre corps, sans que nous le sachions. C'est même cette analogie qui m'a conduit à donner à ces traces, à ces complexes mnémoniques qui persistent dans notre cerveau, le nom d'*épiorganes*, parce qu'ils constituent chacun une sorte d'organe fonctionnel fait de réflexes associés dont les prolongements somatiques ont disparu, mais dont la partie cérébrale vit toujours. Nous avons ainsi des millions et des millions d'expériences passées, ou d'épiorganes, qui restent à l'état potentiel dans notre cerveau, car on peut dire qu'aucun ne s'y efface, et que, sous l'influence d'une excitation appropriée, tous ces épiorganes pourraient reprendre cette qualité encore si mystérieuse qu'on appelle l'état conscient.

Remarquons bien maintenant que tous ces épiorganes, étant vivants, continuent à agir et, par conséquent, influent sur notre activité mentale et sur notre *moi*. Il en est même parmi eux qui possèdent une activité particulièrement forte, parce qu'ils étaient plus chargés d'émotion, ou, d'une façon plus générale, parce qu'ils impliquaient, au moment de leur formation, un vif intérêt de notre moi, en touchant à des tendances instinctives qui forment la base de notre personnalité. Mais s'ils ont encore tant d'activité, me demandez-vous, pourquoi ne se mêlent-ils pas d'une façon plus manifeste à notre conscience ? Quelle activité s'oppose à la leur pour les maintenir dans ces limites obscures de l'inconscient ? Leur oubli est dû, en effet, à une force *active* et tient à un processus que Freud a nommé le *refoulement* mais dont il a déformé la nature avec ses idées philosophiques. Et nous touchons ici au point crucial de notre exposé, car si nous comprenons bien cet acte inhibitif, le refoulement, toute la psychanalyse nous apparaîtra en pleine clarté.

Pour me faire bien comprendre, je choisirai comme exemple de refoulement une expérience personnelle dont j'ai pu saisir les processus de formation par une intuition directe. C'est elle, d'ailleurs, qui m'a fait comprendre l'importance de la psychanalyse, il y a bientôt vingt ans, quand personne en France n'en soupçonnait l'existence.

J'étais en Suisse, en 1899, et je commençais, pour la première fois de ma vie, à faire des ascensions. Je constatai rapidement que je n'étais pas sujet au vertige, et que je pouvais, par un entraînement progressif, m'habituer aux excursions les plus difficiles. Tout allait donc à souhait, sauf la nuit qui ne m'apportait qu'un repos fort incomplet. Je ne rêvais que précipices sans fond et j'éprouvais précisément cette angoisse et ce vertige que j'évitais devant la réalité. Or il arriva qu'un jour je m'égarai, au cours d'une ascension, et dans des conditions assez fâcheuses qui m'imposèrent l'alternative fort désagréable ou de passer à la belle étoile une nuit très froide dans la montagne, ou de franchir un gouffre, en sautant par dessus. Je pris pourtant ce dernier parti ; je réussis non

(1) Conférence contradictoire faite le 8 mai 1928 à la Société « La Maïeutique » suivant celle de M. E. Seillière, membre de l'Institut, qui était intitulée : *La Mythologie de la psychanalyse.*

sans peine et sans péril, puis je me retournai, par un geste bien naturel, pour contempler l'abîme auquel je venais d'échapper. La vue en était plus effrayante que sur le bord où j'avais pris ma résolution, de sorte que je ressentis une frayeur rétrospective devant le danger que je venais de courir et brusquement je fus envahi par tous les symptômes du vertige le plus pénible.

Je rentrai à mon hôtel vraiment effrayé de la nuit qui m'attendait et des cauchemars qui ne pouvaient manquer de m'assaillir. Mais à mon grand étonnement je m'éveillai le lendemain, reposé par un sommeil profond, sans cauchemars, sans le moindre rêve. Et plus jamais je n'éprouvai de ces vertiges oniriques, même après les ascensions les plus périlleuses.

Analysons maintenant ce qui s'était passé dans mon expérience : j'avais éprouvé souvent devant des abîmes, un sentiment de crainte, émotion qui n'était au fond que la préparation violente mais diffuse et désordonnée aux actes désespérés que je ferais pour me retenir dans la chute que j'entrevoyais. Mais mon instinct de défense réagissait, et formait un épiorgane ou complexe antagoniste, fait d'efforts discriminés et d'attention volontaire, qui repoussait le complexe émotif et en mitigeait les conséquences vertigineuses. Or remarquons qu'il y avait antagonisme complet entre ces deux épiorganes ; l'un étant la représentation émotive de la chute, l'autre l'état d'activité pour l'éviter, il fallait que l'un l'emportât sur l'autre, le *refoulât*.

Mais quand le sommeil survenait, quand mon épiorgane actif, *ergastique*, comme je l'ai nommé, se dissociait dans le repos, l'épiorgane émotif, ne trouvant plus devant lui d'antagoniste, devenait le maître de la situation et, par sa partie centrale, représentative, réalisait la potentialité vertigineuse que le refoulement y avait accumulée. Mais le jour où cette charge émotive a pu se vider dans les manifestations psychiques et somatiques d'un réel vertige, elle a perdu sa puissance nocive, les circonstances accidentelles m'en ont *purgé*, c'est-à-dire que j'ai employé la méthode cathartique indiquée par Freud, et qu'Aristote avait déjà notée lorsqu'il remarquait que les représentations théâtrales nous purgent des émotions qui s'accumulent en nous et nous rendent meilleurs.

Remarquons maintenant que si cette purgation ne s'était pas réalisée, mes ascensions auraient refoulé de plus en plus mon épiorgane émotif, et il serait tombé dans cet inconscient qu'on appelle l'oubli. Mais, qu'un jour, soit survenu un évènement tragique, un incendie par exemple, où il m'aurait fallu traverser une passerelle étroite pour sauver quelqu'un, ou me sauver moi-même, l'émotion actuelle aurait réveillé le complexe refoulé, plein d'émotion anciennes ; elle aurait fait bloc avec ces dernières, et j'aurais pu être brusquement envahi par une inhibition incompréhensible, par une phobie que les circonstances présentes n'étaient pas assez graves pour expliquer, et qui aurait eu sa vraie cause dans l'épiorgane émotif refoulé et oublié.

Cette expérience vous fait comprendre facilement la méthode psychanalytique. Elle suit la même voie que celle qui avait été préparée chez moi par le hasard des circonstances, Mon expérience nous a montré que l'état de relâchement, où nous a placés le sommeil, permet aux tendances émotives, refoulées par l'activité ergastique du moi pendant le jour, de se manifester dans le rêve. Si donc un psychasthénique ou un névrosé doivent leurs processus pathologiques, obsessions ou troubles fonctionnels digestifs, moteurs, etc. à un complexe refoulé, celui-ci va se manifester sûrement dans les rêves des malades. Seulement il ne le fera pas avec la même clarté que dans mes cauchemars, parce que le souvenir de mes craintes de vertige persistait, tandis que, chez le pathologique, l'oubli est plus complet, le refoulement est permanent, Ses rêves seront donc une sorte de *compromis*, d'apparence plus ou moins absurde, entre le complexe refoulé, récessif, et l'instinct de défense du *moi* associé à l'ensemble des croyances qui le constituent. Le rêve devient ainsi un *symbole* plus ou moins obscur qu'il nous faudra déchiffrer, et l'on comprend que son apparence absurde, illogique, incomplète, confuse, trahira précisément cette lutte entre le complexe inconscient mais actif, qui filtre dans le rêve et les énergies refoulantes du moi, bien plus variées que ne le pensait Freud, qui les réduisait à la censure sociale.

Comment pouvons-nous interpréter ce rêve symbolique, en fouillant dans les profondeurs de son inconscient ? Toujours par les mêmes moyens. Le rêve s'est manifesté dans l'état de relaxation du moi causé par le sommeil, nous allons donc placer notre sujet dans un état analogue, aussi voisin que possible, tout en restant compatible avec son examen psychique. On le fait étendre sur une chaise longue, dans une demi-obscurité, on répète devant lui un mot important de son rêve, et on note les associations d'idées qui se font en son esprit, plongé qu'il est dans cet état de rêverie quasi onirique. On continue ainsi, en notant avec soin les réponses. Le complexe refoulé va agir sur l'enchaînement des idées, comme il agissait déjà dans le rêve ; il fera sourdre peu à peu quelques-unes des circonstances qui ont accompagné sa formation, puis, à une séance plus décisive, après la détermination de souvenirs, de circonstances de plus en plus nombreux et précis. le complexe émotif causal va enfin surgir dans la conscience après un oubli qui remonte souvent à la période infantile, à cet âge où le cerveau se forme, est si émotif, et prend des directions qui agiront ensuite sur toute sa vie,

Or ce complexe était essentiellement un essai d'adaptation à des circonstances périmées depuis longtemps, et qui *n'ont avec l'état psychique présent qu'une analogie émotive* ; mais il ne peut s'appliquer aux circonstances actuelles. Si, dans mon expérience, mon complexe vertigineux avait engendré en moi une agoraphobie ou une peur de vertige en descendant un escalier, le rappel de ce souvenir évanoui dans l'inconscient aurait fait éclater l'absurdité qu'il y aurait à appliquer à une rue ou à un escalier le vertige d'une excursion en haute montagne ; et le jeu spontané de ma raison aurait dissocié le complexe vertigineux, cause secrète et pratiquement absurde de ma crainte inhibitive actuelle.

Permettez-moi d'insister encore un peu sur ce processus rationnel de dissolution et sur son importance curative ; il relève entièrement du sujet. Les associations d'idées vont d'abord révéler clairement à ce dernier des tendances subconscientes qu'il tenait à cacher aux autres et souvent à lui-même et dont l'évidence va le convaincre de la valeur de la méthode. Puis des souvenirs complètement oubliés vont réapparaître, se préciser. On pourrait dire, à ce moment-là, que son inconscient s'agite, les rêves se multiplient, souvent changent d'aspect, les associations projettent une lumière de plus en plus vive et enfin remettent au jour l'épiorgane dont l'activité émotive faussait la pensée, tout comme une masse de fer placée mal à propos peut dévier la boussole d'un bateau et causer sa perte.

Or je prétends que, quand on a assisté à ce travail intérieur, quand on l'a suivi pas à pas, en laissant toujours

le sujet aller en avant, faire lui-même ses propres découvertes, et guérir enfin quand tout autre traitement a échoué, on ne peut mettre en doute la valeur de la méthode et sa puissance de pénétration. Et à ceux qui en font les critiques passionnées, que tout le monde a pu lire, je suis toujours tenté de dire : avez-vous fait sérieusement de la psychanalyse avant de la rejeter ? Avez-vous assisté à ce travail intime de l'esprit, à ses angoisses, à ses étonnements, à ses inutiles dissimulations, à ses défenses prévues, à ses soulagements et à ses enthousiasmes ? — Mais, objecte-t-on, vous faites de la suggestion et de la plus dangereuse. — Non, certes, on ne fait pas de suggestion, si on applique la méthode d'investigation avec prudence, sans essayer d'imposer au sujet des interprétations tendancieuses. Il faut le laisser toujours aller en avant, et faire dans son inconscient ses découvertes lui-même. C'est le sujet lui-même, je ne saurais trop le répéter, qui doit tirer de son propre fond et du jeu *autonome* de sa raison les forces thérapeutiques que le psychanalyste se contente d'éveiller et de stimuler.

On cite des cas où le malade a été plus mal après le traitement, d'autres où il a été froissé dans ses convictions morales ou religieuses. Cela ne m'étonne, pas étant donné les théories que nous passerons en revue plus loin. Il y a des psychanalystes maladroits, mais ne rencontre-t-on pas des maladroits dans tous les domaines de médecine, y compris la chirurgie ? La médecine, c'est entendu, est un art dangereux ; il y faut unir beaucoup de science a beaucoup de doigté. Maintes fois, en notant le rêve d'un malade, j'ai noté en marge ce qu'il signifiait probablement. Mais je ne lui montre ma note que si ses associations se révèlent pleinement d'accord avec elle ; je lui donne ainsi plus de confiance dans la méthode, sans lui faire aucune suggestion, puisqu'il doit être auparavant *convaincu, par lui-même*, de l'interprétation.

En résumé, une séance de psychanalyse doit donc être essentiellement une *expérience scientifique* que le sujet fait sur lui-même. L'influence du médecin doit se limiter à bien poser cette expérience, comme il ferait dans un laboratoire. Il n'y a ni suggestion, ni même auto-suggestion, mais conviction chez le sujet devant les résultats évidents de l'expérience.

II. Examen critique de quelques théories.

Le rêve est donc de nature essentiellement symbolique. Or je viens de dire que, devant l'énoncé d'un rêve, on peut, avec de grandes probabilités, deviner souvent sa signification symbolique, avant même d'avoir soumis le sujet à l'expérimentation psychanalytique. Cette anticipation n'a rien de mystérieux et n'implique, je vous assure, aucune faculté transcendantale chez le médecin, aucune intuition merveilleuse. Ses observations, d'accord avec toutes celles qui ont été faites par les autres psychanalystes, lui ont montré le peu d'originalité des rêveurs ; les mêmes symptômes reviennent avec une constance, je dirai même avec une monotonie qui étonne tout d'abord. Freud, Jones, ont publié des listes très longues de ces symboles communs, dits symboles typiques, sous lesquels se déguisent uniformément les complexes épiorganiques refoulés. L'explication m'en paraît fort simple.

Si on laisse de côté les accidents individuels, l'organisme humain et le cerveau qui en est, avant tout, comme la projection et la centralisation, sont construits sur un même plan spécifique qui se dégage admirablement des moyennes anthropométriques. La main, par exemple, dans laquelle H. Spencer voyait l'origine de la supériorité intellectuelle de l'homme sur les autres mammifères, m'a donné des proportions à peu près identiques chez les races les plus différentes. Il en résulte que les instincts et les besoins fondamentaux de l'homme possèdent une constance qui entraîne fatalement des réactions semblables devant les influences mésologiques.

Et ce milieu lui-même montre une uniformité bien plus grande qu'on ne pourrait le penser au premier abord. Le milieu social surtout, qui exerce sur la pensée une influence éducative si profonde, a partout une structure qui a été modelée par nos propres besoins, et offre chez les peuples les plus éloignés, dans la constitution familiale comme dans les hiérarchies sociales, une similitude qui est la loi la plus générale que dégage devant nous l'ethnologie comparée. Il ne faut donc pas s'étonner de retrouver la même uniformité dans les symboles que peuvent inventer les cerveaux dans leurs rêves, dans leurs créations mythiques et dans leurs imaginations artistiques.

Il n'y a rien de mystérieux dans ces processus de formation. Le même plan humain fondamental se retrouve dans tous les cerveaux dont les *différences individuelles tiennent surtout à des variations quantitatives* ; c'est pourquoi ils peuvent si facilement communiquer entre eux par la parole et par le geste : c'est pourquoi, également, ils tendent à exprimer par des symboles analogues les complexes épiorganiques refoulés qui conservent dans cet état important une énergie affective parfois considérable. Et l'on doit même remarquer que plus ces complexes se rattachent étroitement aux instincts organiques qui constituent la base de notre mentalité, plus ils échappent aux circonstances variables de la vie courante, plus ils se rapprocheront du fond commun des mentalités humaines, c'est-à-dire que plus ils seront semblables entre eux dans leur nature comme dans leurs manifestations symboliques.

Or, ne vous semble-t-il pas que cette explication psycho-physiologique si strictement scientifique et, en fait, si simple, forme un violent contraste avec les théories de Jung dont M. Seillières vient de nous faire un brillant exposé. Permettez-moi de vous en rappeler les points principaux, maintenant que nous sommes suffisamment armés pour en faire la critique.

Jung pense que l'inconscient comprend deux parties bien différentes :

1° Un *inconscient individuel*, où s'agitent les souvenirs de nos évènements personnels, d'une formation relativement récente, puisqu'il a été acquis depuis la naissance. Il en garde toujours un caractère superficiel qui le marque comme d'une tare, car il est souvent fort mal adapté aux circonstances graves de la vie, en particulier à ces crises périodiques que l'individu traverse au cours de son existence, et que toutes les religions ont marquées de fêtes, d'expiations, et de rituels appropriés. C'est pourquoi il a besoin d'une direction plus profonde, d'une *compensation*, suivant une expression chère à Jung, dont il fait un grand usage dans son livre, intéressant d'ailleurs, intitulé : Psychologische typen.

2° Au-dessous donc de cet inconscient individuel résiderait une couche de tendances beaucoup plus intéressantes, que Jung appelle l'*inconscient collectif*. Celui-ci déborde l'expérience individuelle, et supplée à ses insuffisances de réflexion et d'adaptation. Seul il se révèlerait par de grands rêves lourds de sens, et que le sujet se sent poussé à révéler à la collectivité parce qu'ils en sont issus. Et il nous fournit alors des symboles anthro-

pomorphiques de forme mythique et divine, que l'on retrouve à peu près identiques chez tous les peuples. Cet insconscient a donc une fonction transcendante, de caractère religieux, qui libère, au moment propice, des énergies latentes, collectives, et les fournissent à l'individu menacé de défaite vitale, tout comme le ferait, suivant l'heureuse expression de M. Seillières, un ange gardien.

Permettez-moi, tout d'abord, de protester avec la dernière énergie, contre cette confusion entre la science expérimentale et des théories métaphysiques ou religieuses qui seraient les manifestations de certaines fonctions transcendantes de l'esprit humain. La science est la recherche des causes secondes, de leurs enchaînements et de leurs corrélations. Là, elle est dans son domaine et y fait œuvre merveilleuse, mais ne doit jamais en dépasser les limites. Quand elle en sort, elle ne dit plus que des sottises, et cette erreur de méthode a conduit des esprits aussi éclairés que Jung et Freud à ces conceptions fumeuses dont je viens de vous donner un échantillon.

La psycho-sociologie a déjà eu beaucoup de peine à se débarrasser de la *conscience collective* de Durkheim, qui a obscurci les faits de contagion mentale les plus simples, les plus faciles à comprendre. Nous voilà devant un nouvel avatar de la même conception appliqué à l'inconscient. Or remarquez bien que ce titre de collectif ne signifie pas seulement qu'il existe des idées, des sentiments, des tendances identiques chez des individus d'une même collectivité, tribu, caste, cité, nation. Non ! C'est une abstraction vitalisée, une entité spirituelle, agissant comme le ferait une individualité ; elle rappelle exactement les *archétypes* de l'ancienne biologie (1). Suivant cette théorie, vous le savez, une espèce animale n'est pas seulement un ensemble d'individus semblables entre eux par hérédité ancestrale, et pouvant engendrer une génération semblable à eux, c'est une entité métaphysique qui façonne les individus suivant le type idéal qu'elle représente, avec l'énergie transcendantale qui constitue son essence propre. Exactement comme l'inconscient collectif modèle la mentalité de chaque individu suivant un type archaïque, primordial, qui le domine et le dirige.

D'où vient cette étrange théorie si contraire aux méthodes scientifiques, puisque celles-ci exigent que l'on n'oriente nos recherches que par des hypothèses qui soient expérimentalement vérifiables ? Et rien ne l'est moins que ces hypothèses d'un *moi* conscient ou d'un *moi* inconscient, de nature collective et transcendantale, qui dominerait notre *moi* individuel et lui dicterait ses plus graves décisions.

Nous retrouvons cette conception toute élaborée dans cette philosophie allemande qu'on enseigne encore dans nos universités, bien qu'elle ne soit qu'une déformation de la scholastique médiévale. Jung, Freud et leurs disciples immédiats en ont imprégné leur pensée dans les Ecoles allemandes où ils ont fait leurs études, et en ont déduit leurs systèmes.

Kant n'enseigne-t-il pas que le *moi empirique*, individuel, est de valeur tout à fait secondaire. Ce qui compte, ce qui lui donne ses grandes directions dans la vie, c'est le *moi nouménal*, d'essence universelle, qui forme avec les autres *moi* nouménaux une étrange collectivité qu'il appelle le règne des fins. Nous retrouvons la même idée chez Hegel, la même subordination du moi individuel au moi esprit universel, archétype, pourrait-on dire, de tous ces moi collectifs, qu'ils soient conscients selon Durkheim ou inconscients selon Jung. Vous reconnaissez la même idée dans le moi absolu de Fichte, tout comme dans la volonté transcendantale de Schopenhauer.

La thèse de Freund est beaucoup mieux connue que celle de Jung, car elle a trouvé un peu partout des partisans aussi aveugles qu'enthousiastes. Elle a soulevé aussi, particulièrement en France, d'ardentes critiques. Il s'agit, vous le devinez, de ce pansexualisme que son auteur attribue à une énergie instinctive, vitale, qu'il a désignée sous le nom de *Libido*. Certes, je reconnais que l'instinct sexuel joue un rôle considérable dans les processus mentaux, aussi bien normaux que pathologiques, et Freud a rendu un réel service à la pathologie en dévoilant son importance ; mais je ne puis admettre avec lui que tout notre psychisme n'en soit que la manifestation diversifiée ou sublimée. Je sais qu'il consent à laisser un rôle, assez effacé d'ailleurs, à l'instinct de nutrition, et certains de ses disciples, en France, ont même poussé cette idée jusqu'à l'absurde ; mais je ne puis admettre, je vous l'avoue, que l'organisme humain se réduise à deux organes seulement, un sexe et un intestin, quelqu'importants que soient les instincts et les besoins qui leur correspondent.

On pense avec tout son organisme, et je crois fermement que notre mentalité a pour base profonde et nécessaire les tendances instinctives dont la volonté est la manifestation cérébralisée et rationalisée. Mais cette base est autrement large et complexe que celle de Freud ! Que fait-il de l'*Instinct maternel* dont il oublie constamment l'importance dans l'interprétation de ses rêves et dont les déviations et les inhibitions, à notre époque de stérilité croissante, troublent si profondément l'équilibre psychique des femmes ? — Que fait-il de l'*Instinct de défense et de combativité* qui présente les aspects les plus variés, depuis le désespoir et la fuite jusqu'à cet impérialisme dont M. Seillières a fait une étude si magistrale ? C'est pourtant cet instinct qui est à la base de l'intérêt que notre moi porte aux objets extérieurs, aux idées et à lui-même. Que fait-il de l'instinct *grégaire ou social*, où il ne voit qu'une « censure » inhibitrice, et qui, pourtant, a si profondément pénétré nos autres instincts qu'il en est devenu un élément intime, le stimulant nécessaire à leur activité ? Sa privation ne cause-t-elle pas cette angoisse de la solitude que Galton a si justement signalée, tandis que son mauvais fonctionnement conduit à ces troubles si variés et souvent si graves qui constituent l'*état schizoïde*.

Je ne peux continuer la liste de tous les instincts que Freud omet systématiquement dans l'interprétation de ses psychanalyses ; mais il est une tendance que je dois encore signaler à cause de son importance psycho-sociale et parce que Freud n'en parle que pour l'attaquer et la réduire à nn ensemble de superstitions art chaïques. Je veux parler de l'*Instinct religieux*. Il es bien entendu que je laisse complètement de côté sa valeur transcendantale, puisque c'est là, comme je l'ai dit plus haut, une question en dehors du domaine scientifique ; je me place uniquement au point de vue psycho-sociologique qui me permet de constater les rapports intimes et constants de cet instinct avec l'instinct grégaire dont il paraît être, avec ses symboles, ses mythes et ses rituels, comme une émanation supérieure et une

(1) C'est tellement vrai que Jung désigne les images ancestrales projetées par l'Inconscient collectif sous le nom d'archétypes. « Elles ont ajoute-t-il, comme une vie propre, indépendante, analogue à celle des *âmes partielles*. » *In* « L'Inconscient » trad. franç. 1928 p. 111 Edit. Payot.

floraison. Et c'est pourquoi, dans mes cours à l'Ecole d'anthropologie, je lui ai donné le nom d'*Instinct hypergrégaire*. Si l'instinct grégaire pénètre et stimule toute notre activité psychique, l'instinct hypergrégaire participe nécessairement à cette action en y ajoutant un élément stabilisateur, directeur et réconfortant qu'ont recherché spontanément tous les peuples dans une association protectrice avec des puissances surhumaines. On comprend bien que si cette tendance est attaquée, refoulée ou ébranlée d'une façon quelconque il peut en résulter des désordres psycho-sociaux dont doit tenir compte une psychanalyse étrangère à tout parti pris et uniquement expérimentale.

Ces quelques exemples suffisent, me semble-t-il, pour montrer combien Freud a rétréci le domaine et la portée de la psychanalyse, en même temps qu'il en a faussé l'esprit avec sa théorie de la Libido. Qu'est-ce, en effet, que cette énergie mystérieuse qui se porte, suivant la fantaisie de l'auteur, dans tous les domaines de la psychologie comme un *deus ex machina* ? Rank, un disciple fort compromettant de Freud, en a élargi encore l'action quasi miraculeuse. Suivant lui, la Libido expliquerait toute la genèse phylétique de l'homme. Elle n'a eu qu'à se porter où il était besoin pour produire la formation d'un organe ou l'apparition d une nouvelle fonction. Ne reconnaissez-vous pas dans cette Libido une réelle entité qui a servi pendant des générations de biologistes ? C'est la force vitale de l'école vitaliste, c'est, plus précisément, les esprits animaux qui se transportaient si spontanément dans l'organisme pour créer ce qu'on ne pouvait expliquer. Entité bonne à tout faire que nous devons ranger dans le musée des sophismes, à côté de l'inconscient collectif de Jung et de la conscience collective de Durkheim.

Revenons donc, comme conclusion, à la pure méthode d'analyse telle que je vous l'ai exposée au début, et efforçons-nous de la perfectionner en utilisant tous les moyens d'information que les sciences biologiques mettent maintenant à notre disposition, et que tant de psychanalystes affectent de négliger.

L'inconscient auquel s'attaque le psychanalyste, constitué par des complexes épiorganiques acquis au cours de la vie, dépend, dans sa formation, à la fois du tempérament constitutionnel qui a fourni ses modes de réaction et du milieu extérieur, surtout social, qui les a suscités. Le psychanalyste ne doit donc pas être seulement un psychologue averti, il doit pouvoir interpréter ses expériences avec les données que la morphologie et la physiologie pourront lui fournir sur la constitution et les fonctions du sujet ; il doit être également un sociologue pour comprendre le rôle étiologique des divers milieux où le sujet a vécu. Et par-dessus tout il doit être prudent et attendre sans parti pris les révélations que le sujet, placé dans les conditions de relâchement que j'ai indiquées plus haut, pourra lui fournir sur son inconscient et sur les troubles qui y sont cachés.

C'est ce que j'appellerais volontiers la *méthode française de la psychanalyse*, faite de prudence et de clarté. C'est la méthode analytique de Descartes et la méthode expérimentale de Claude Bernard. Et je suis convaincu que la psychanalyse, ainsi débarrassée de tout le fatras philosophique qui la compromet, pourra rendre à la psychologie normale et pathologique des services inestimables et arriver au but principal de nos efforts, qui n'est pas seulement de connaître, mais de soulager et de guérir.



TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE (Professeur A. GOSSET).

Traitement, par le bactériophage de d'Hérelle, des panaris et des plaies infectées des doigts et de la main,

Par **André RAIGA**
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

A la suite du traitement, dans le service de notre maître le professeur A. Gosset, de 120 cas de suppurations par le bactériophage de d'Hérelle, nous avons déjà exposé les résultats obtenus sur 45 furoncles et anthrax (1).

Avec les trois mêmes sortes de bactériophage Polyvalent, Staphy et Poly-staphy, nous avons soigné 50 panaris et plaies suppurées des doigts ou de la main. Nous n'avons pas, jusqu'ici, eu l'occasion d'appliquer le traitement à un phlegmon des gaines.

Ces 50 cas se répartissent en :

6 plaies infectées des doigts et de la main ;
20 panaris sous-cutanés, dont 5 panaris anthracoïdes ;
24 panaris sous-épidermiques, dont 1 érythémateux ; 10 phlycténoïdes, 13 péri-unguéaux.

Technique.

Notre technique est passée par deux phases :
la première, où nous avons incisé le panaris et fait des pansements avec le bactériophage ;
la deuxième, où nous avons atteint le foyer suppuré par ponctions et instillations de bactériophage *in situ*.

Dans l'un et l'autre cas, nous faisions de une à trois injections sous-cutanées de 2 c.c. de bactériophage.

En effet, au début, connaissant la gravité des panaris dont le foyer est insuffisamment ouvert chirurgicalement nous n'osions pas ne pas faire les incisions habituelles, ou plus souvent, les incisions préconisées par Kanavel, qui nous avaient antérieurement donné de si bons résultats. Le bactériophage ne venait alors que comme adjuvant à l'acte chirurgical. Déjà, par cette méthode mixte, nous obtenions des guérisons très rapides qui nous faisaient abandonner complètement la désinfection antiseptique.

Dans une deuxième phase, nous avons voulu, comme pour le traitement des furoncles et des anthrax, réduire l'acte chirurgical au minimum et nous avons alors ponctionné avec une simple aiguille montée sur une seringue les collections suppurées des doigts : il ne s'agissait pas d'une véritable ponction, puisque nous ne pouvions retirer par aspiration le pus toujours très épais de ces sortes de suppurations ; mais l'instillation *in situ* de bactériophage pratiquée à très faible pression et par à-coups successifs, faisait une sorte de brassage intérieur et nous voyions le contenu de la seringue se troubler peu à peu par le reflux purulent ainsi provoqué. Cette méthode nous a donné, comme nous le verrons plus loin, des résultats tels que nous sommes décidés à l'appliquer le plus souvent possible, tout en surveillant, bien entendu, tous les jours nos malades, de façon à dépister au plus tôt toute propagation purulente profonde, si elle venait à se produire : jusqu'ici, nous ne l'avons jamais observé,

(1) A. RAIGA. — Traitement des furoncles et des anthrax par le bactériophage de d'Hérelle. *Presse Médicale* : n° 12, 9 février 1929.

mais ignorer ce danger serait à notre avis une faute grave.

En même temps que nous dirigions cette action locale, nous agissions par injections sous-cutanées de bactériophage. Le plus souvent, nous avons fait moins de quatre injections, contrairement à ce que nous préconisions pour la cure de la furonculose : ce fut la simple raison que le plus grand nombre de nos malades était guéri avant la fin des huit jours nécessités par ces injections échelonnées de deux jours en deux jours, et alors ne revenaient plus à la consultation ; mais même dans les cas que nous avons eu l'occasion de revoir, il nous a semblé inutile de prolonger cette thérapeutique, le panaris étant guéri et ne représentant d'ailleurs qu'un épisode traumatique septique, indépendant de l'état général du sujet.

Evolution.

Dès le début de l'application de notre méthode nous avons noté, avec une régularité presque constante, une sédation très rapide des phénomènes douloureux spontanés, et la plupart de nos malades, qui la nuit d'avant et même les deux ou trois nuits précédentes, n'avaient pu dormir, revenaient nous trouver le lendemain matin, après avoir pu reposer parfaitement sans souffrir.

Sur 44 malades que nous avons pu interroger à ce sujet, nous notons :

17 cas avec disparition de la douleur spontanée le soir même de la première application de bactériophage et même plus précocement encore (1/4 d'heure pour l'observation LXXXVI ; 1 heure pour l'observation LXVI) : 38,6 %. Dans ces 17 cas, il y a 9 panaris opérés et 8 non opérés.

16 cas dans lesquels la douleur a disparu en moins de 24 heures : 36 % (7 panaris opérés, 9 non opérés).

7 cas pour lesquels les malades n'ont plus souffert au bout de 48 heures : 16 % (3 panaris opérés, 4 non opérés.)

Nous avons donc obtenu une sédation des phénomènes douloureux en moins de 24 heures avec une fréquence de 75 % et en moins de 48 heures dans 91 % des cas.

L'assèchement de la plaie suit de près la disparition des douleurs spontanées et s'accompagne de celle des douleurs provoquées par le mouvement et par la pression,

Sur 43 cas, nous trouvons :

5 cas : disparition du pus en moins de 24 heures : 12 % ;
13 cas : disparition du pus en moins de 2 jours : 30 % ;
7 cas : disparition du pus en moins de 3 jours : 16 % ;
13 cas : disparition du pus en moins de 4, 5 et 6 jours : 30 %.

Nous pouvons donc affirmer que la plaie ne suppure plus au bout de trois jours dans 58 % des cas, et au bout de 6 jours dans 84 % des cas.

Si on voulait nous objecter que cette amélioration des signes fonctionnels et des signes physiques est due plus à l'acte chirurgical qu'à l'influence du bactériophage, nous répondrions que sur les 50 malades traités et dont les observations détaillée suivent, nous comptons seulement 23 opérations. Nous verrons d'ailleurs plus loin les résultats obtenus par les deux méthodes.

Pour être sincère, il nous faut faire remarquer que notre méthode de ponction des panaris, avec instillations de bactériophage dans la cavité suppurante, comporte un inconvénient : cet acte est douloureux, mais jamais nous n'avons été obligé de recourir à l'anesthésie locale et, dans la très grande majorité des cas, cette douleur surajoutée n'est que temporaire, Très rapidement, en effet, elle s'atténue et disparaît pour ne plus se reproduire. Si nous la comparons à la souffrance que provoquent les piqûres de novocaïne dans un doigt œdématié, et à celle qui suit l'élimination post-opératoire de l'anesthésique, nous sommes certains que celle que nous causons est bien plus supportable ; naturellement, elle sera d'autant moins vive que la ponction sera faite avec une aiguille plus fine et l'instillation avec le minimum de pression.

Outre la disparition rapide des phénomènes douloureux et de la suppuration, nous voyons dans notre méthode d'autres avantages :

la conservation très fréquente de l'ongle dans les panaris péri- ou sous-unguéaux.

l'absence de plaie (quand l'incision n'a pas été faite) et l'on sait combien le pansement d'un panaris est douloureux dans les jours qui suivent l'intervention.

l'épidermisation rapide et indolente quand la phlyctène a été excisée ou mieux, quand elle a été simplement ponctionnée.

l'absence de macération du doigt contenu dans un pansement plus ou moins humide.

l'absence enfin de ces raideurs articulaires qui causent des incapacités temporaires ou définitives de travail quand l'immobilisation dans un pansement a été prolongée.

Résultats.

En effet, la guérison des panaris nous est apparue beaucoup plus rapide que lors de l'application des traitements classiques.

Nous comptons sur les 50 cas de panaris que nous avons traités par le bactériophage, un seul insuccès (observation XLVII) c'est-à-dire 98 % de guérisons, dans un laps de temps plus ou moins court. Ces guérisons ont été obtenues pour les 49 cas restants :

13 fois en trois jours : 26,5 % ;
18 fois en quatre jours : 36,7 % ;
28 fois en moins de sept jours : 57 % ;
38 fois en deux semaines : 77,5 % ;
42 fois en moins de trois semaines ; 87,5 % ;

Or, dans le plus grand nombre des cas, il s'agissait de lésions ayant débuté au moins une semaine avant notre intervention.

Pour nous rapprocher le plus près de la réalité, il faut envisager, dans une statistique destinée à mettre en évidence la rapidité des résultats obtenus, le pourcentage des guérisons suivant la gravité de chaque cas. En effet, tout dépend, dans l'évolution d'un panaris, de son siège sus- ou sous-dermique et de l'atteinte ou de l'intégrité de la phalange sous-jacente. Nous ne parlons pas de l'infection des gaines séreuses car nous n'avons pas eu l'occasion d'en traiter.

Quant à la préférence à donner à telle ou telle variété de bactériophage, il ne nous semble pas qu'il y ait eu de différences à remarquer dans les résultats obtenus, sauf pour les panaris anthracoïdes qui réagissent mieux au Staphy-Phage : ce sont du reste des furoncles des doigts.

Nous avons traité deux sortes de panaris : 24 panaris superficiels et 25 panaris sous-cutanés dans lesquels nous faisons entrer les 6 cas de plaies suppurées des doigts.

D'autre part, nous avons employé soit le bactériophage seul, soit le bactériophage associé à l'excision de la phlyctène ou bien à la courte incision du foyer sous-cutané,

A. Panaris superficiels : 24 cas.

		Sans opération	Avec opération
Guérison de 1 à 3 jours :	12 cas	7 cas	5 cas
4 à 6	6 —	4	2
— 7 à 11 —	4		4
— en 13 —	1		1
— en 22 —	1		1

Si nous ne considérons que les cas de guérison en moins de 6 jours, nous voyons que ce résultat a été obtenu 11 fois par le bactériophage seul, contre 7 fois par la méthode mixte. Sur la totalité des 24 cas, nous obtenons une moyenne de 3 jours 1/2 pour les guérisons sans opération et de 6 jours 1/2 pour celles qui ont suivi les excisions.

B. Panaris sous-cutanés : 25 cas dont 1 en cours de traitement.

		Sans opération	Avec opération
Guérison en moins de 5 jours :	5 cas	5 cas	0 cas
— — de 10 —	7 —	3 —	4 —
— — « 15 —	3 —	2	1
— — « 21 —	3 —	2	1
— en plus d'un mois	6	2	4

Donc, sur 15 panaris sous-cutanés guéris en moins de deux semaines, nous trouvons 10 panaris non opérés et 5 opérés. La durée moyenne de l'évolution des 24 cas actuellement guéris est de 21 jours pour les panaris opérés. et de 14 jours seulement pour les panaris non opérés.

Enfin, parmi ces malades, 4 avaient des lésions compliquées d'ostéite de la phalange ; 2 ont été opérés et ont mis l'un 45, l'autre 34 jours à se cicatriser, 1 a guéri sans opération en 44 jours, le dernier, non opéré, est en cours de traitement. Aucun de ces 4 cas n'a subi l'ablation de la phalange atteinte.

Critique des résultats

Comme nous venons de l'exposer, nous avons obtenu 98 % de succès dans le traitement des panaris et des plaies suppurées des doigts et de la main par le Bactériophage.

Pourquoi considérons-nous le cas de l'obs. XLVII comme un insuccès ? Cette malade est venue nous trouver dix jours après l'inoculation septique de son pouce droit, c'est-à-dire le 17 septembre. Nous pratiquons une courte incision latérale de ce panaris sous-cutané, qui est d'ailleur un panaris en bouton de chemise de la pulpe et nous insinuons dans le foyer une mèche imbibée de Bactériophage. Le pansement est renouvelé matin et soir. Aucune amélioration ne survient : le foyer continue à suppurer et à rester très douloureux. La radiographie nous montre, le 27 septembre, une ostéite de la phalangette et surtout l'examen du sérum nous révèle l'existence de deux anti-phages : anti-staphy et anti-strepto. Le 28 septembre, nous abandonnons le Bactériophage pour recourir à l'incision large, en valve, du pouce, avec ablation de la phalangette et à la désinfection du foyer par les antiseptiques et les vaccins. La plaie n'est pas encore complètement cicatrisée actuellement.

Nous avons annoncé ce cas comme étant un insuccès du traitement par le Bactériophage parce que l'application de celui-ci n'a amené aucune amélioration au bout de dix jours et parce que surtout nous avons abandonné le traitement devant la constatation d'anti-phages dans le sérum de cette malade (1). Nous devrions dire au contraire que, dans ce cas, le traitement par le Bactériophage était contre-indiqué, la bactériophagie étant empêchée par l'anti-phage. Cette interprétation est beaucoup plus exacte, car de même que pour les furoncles et les anthrax, c'est l'anti-phage qui vient, à notre avis, expliquer les cas que nous taxons à tort d'insuccès et, en outre, les retards de cicatrisation.

Reportons-nous en effet à la statistique de nos guérisons obtenues par le Bactériophage seul ou associé à une courte incision non mutilante du doigt. Qu'y voyons-nous ? Aucun des panaris sous-cutanés, même compliqués d'ostéite de la phalange, n'a mis plus de 45 jours à guérir et cela sans ablation de la phalangette atteinte par l'infection. Pour les panaris superficiels la guérison fut bien plus rapide. Le panaris phlycténoïde de l'observation LXXXVIII, dont nous reproduisons les photographies (2), a guéri en 5 jours par simple instillation de Bactériophage dans la phlyctène : pourtant ce panaris évoluait déjà depuis 8 jours quand nous avons entrepris le traitement et nous avons constaté, lors de la chute de l'épiderme flétri que le derme était atteint par les progrès de l'infection ; d'ailleurs sur la photographie, on voit encore les traces de cette propagation profonde.

Rapprochons de ce cas celui de l'observation LXXIII, où un malade, porteur d'un panaris péri-unguéal évoluant depuis trois jours, guérit en 48 heures par l'excision de la phlyctène et pansements au Bactériophage. Citons enfin ce malade (Obs. LIV) qui présentait une plaie du dos de la main évoluant sans aucune amélioration malgré les pansements antiseptiques depuis 60 jours et qui voit sa lésion se cicatriser en 11 jours à la suite de simples applications locales de Bactériophage.

Nous n'avons pas, il est vrai, fait analyser le sérum (3) de tous les malades qui ont guéri aussi rapidement : mais celui de l'observation LXXIII avait un sérum sans aucun anti ; à lui seul, ce cas vient bien confirmer notre hypothèse déjà énoncée dans un article précédent traitant de la furonculose, à savoir que, pour obtenir la guérison rapide d'une suppuration par le Bactériophage, il faut avant tout l'absence totale d'anti-phages.

La preuve du contraire nous est donnée par l'observation XLVII, qui montre l'inaction de la phagothérapie sur une malade dont le sérum est anti-strepto et anti-staphy. Cette explication du rôle joué par les anti-phages se trouve encore confirmée par les observations que nous avons faites sur les malades suivants, qui ont guéri cependant complètement par le Bactériophage, mais dont la guérison s'est fait attendre plus que de coutume :

Obs. LXXVI : Panaris sous-cutané guéri en 17 jours avec apparition, quelques jours après, sur la cicatrice, d'une nouvelle phlyctène, qui guérit d'ailleurs en 4 jours. Présence de trois anti-phages.

Obs. LXXVII : Panaris péri-unguéal guéri en 11 jours. Présence de trois anti-phages.

Obs. LIX : Plaie de la face palmaire de l'annulaire, guérie au bout de 40 jours. Présence de deux anti-phages.

(1) A. Raiga. — « Une cause d'insuccès du traitement par le bactériophage de d'Hérelle ». *Journal des Praticiens*, n° 48, 1er décembre 1928, p. 794.
(2) Clichés pris au Laboratoire de photographie de la Clinique chirurgicale de la Salpétrière.
(3) Les analyses de sérum ont été pratiquées au Laboratoire du bactériophage, par le Dr Pierre Rosenthal.

Obs. LXX : Panaris en bouton de chemise, cicatrisé en un mois. Présence d'un anti-strepto-phage.



Fig. 1. — Obs. LXXXVIII, 17 décembre.



Fig. 2. — Obs. LXXXVIII, 17 décembre.

Obs. XCI : Panaris sous-cutané, avec ostéite de la phalangette que nous traitons depuis dix jours : le sérum de cette malade est anti-strepto-phage et anti-staphyphage.

Nous pensons donc que la présence d'un anti-phage dans le sérum du malade contre-indique chez lui le traitement par le Bactériophage de la suppuration qu'il pré-



Fig. 3. — Obs. LXXXVIII, 22 décembre.



Fig. 4. — Obs. LXXXVIII, 22 décembre.

sente ; cette contre-indication peut être, il est vrai, absolue dans certains cas, relative seulement dans d'autres. En effet, il y a selon nous une échelle d'activité des antiphages : c'est l'association anti-staphy et anti-strepto qui est la plus dangereuse. Nous reviendrons plus tard sur

cette question et sur la technique à suivre pour annihiler l'action néfaste de ces anti-bactériophages naturels.

Indications thérapeutiques.

Il reste une dernière question à laquelle il nous faut répondre : faut-il inciser un panaris et faire des pansements avec le Bactériophage ou bien peut-on se dispenser de tout acte chirurgical ?

Nous pouvons, pour les panaris phlycténoïdes, dire que dans tous les cas, on peut rejeter avantageusement le bistouri pour prendre la seringue et faire une instillation locale.

Quant aux panaris sous-cutanés, tout dépend, à notre avis, de l'étendue et de la variété des lésions. Les panaris anthracoïdes doivent être traités comme des furoncles par instillations locales et par extirpation secondaire du bourbillon au moyen d'une pince. Le panaris sous-cutané proprement peut être guéri à la suite de simples injections locales : c'est d'ailleurs ce que nous faisons toujours maintenant, mais cette technique exige une certaine habitude de la part de celui qui l'applique : mieux vaudrait inciser que de risquer un traitement local incomplet et une propagation profonde de la suppuratiou.

Enfin, disons que si le sérum du malade le permet par l'absence de tout anti-phage, il convient d'associer immédiatement à l'acte local deux injections au moins de Bactériophage faites dans le tissu sous-cutané du flanc.

Conclusions

Cette étude nous autorise, selon nous, à affirmer que le Bactériophage de d'Hérelle peut être et, qui plus est, doit être, utilisé avec succès dans le traitement des panaris et des plaies infectées de la main.

En effet, il permet tout d'abord d'éviter ces incisions mutilantes que tous les chirurgiens reconnaissent comme étant souvent indispensables et qui font tant d'infirmes partiels parmi les accidentés du travail. Il permet même d'éviter l'intervention du bistouri.

Nous reconnaissons aussi à ce traitement d'autres avantages :

— rapidité de la disparition des douleurs : 91 % des cas en moins de 48 heures ;

— rapidité de la disparition de la suppuration : 84 % des cas en moins de 6 jours ;

— rapidité de la cicatrisation : 57 % des cas en une semaine ; 77 % des cas en deux semaines.

Si de tels succès peuvent être obtenus, il ne faut pas croire que les panaris ainsi traités ne doivent pas être surveillés tous les jours : cette surveillance chirurgicale est indispensable, car, d'une part, tous les panaris n'ont pas une gravité égale et, d'autre part, le traitement par le Bactériophage n'agit pas sur tous de la même manière. Nous avons montré qu'il peut ou bien ne pas agir, ou bien agir lentement et que, dans ces cas, toujours il y a un anti-bactériophage qui vient annihiler tout ou partie de ses bienfaits.

A notre avis, c'est la recherche des anti-phages qui dicte les indications ou les contre-indications de la phagothérapie et qui permet, après son application, de porter un pronostic d'évolution. Il faut donc que le laboratoire vienne au secours du chirurgien pour lui révéler l'existence de ces anti-phages : ainsi averti il pourra alors lutter efficacement contre eux par une technique particulière, nous voulons dire par l'auto-hémothérapie. Nous en sommes tellement persuadé que si, au moment où nous avons cru devoir, dans l'observation XLVII, abandonner le traitement par le Bactériophage, nos expériences à ce sujet avaient été assez avancées, nous n'aurions sûrement pas opéré cette malade. Tout en effet nous permet de croire que, grâce à l'association de l'auto-hémothérapie et de la phagothérapie, nous ne compterions pas actuellement ce cas comme un insuccès.

Nos conclusions présentes sont donc absolument identiques à celles que nous formulions déjà pour le traitement des furoncles et des anthrax.

OBSERVATIONS

Obs. XLVI. — *M. L. 29 ans.* Panaris anthracoïde ulcéré de l'annulaire gauche. Début 10 juillet. Traitement du 17 juillet au 4 août : 2 injections de 2 cc. de Bacté-Staphy ; mèches. Guérison en 18 jours : la cicatrice est souple et ne gêne pas les mouvements du doigt. Récidive, le 1er novembre, sous forme d'un petit furoncle du bord ciliaire inférieur gauche, qui guérit en deux jours par applications locales de Bacté-Staphy.

Obs. XLVII. — *Mme V.* Panaris sous-cutané du pouce. Début 7 septembre. Traitement par le Bactériophage, du 17 au 27 sept. : 2 injections de 2 cc. de Bacté-Poly ; incision et mèches. Pas d'amélioration. Abandon du traitement. Sérum anti-staphy et anti-strepto.

Obs. XLVIII. — *Mlle B. Fernande*, 20 *ans.* Panaris phlycténoïde de la face palmaire du pouce gauche. Début 1er sept. Traitement du 4 au 6 sept. : ponction et instillation ; 2 injections de 2 cc. de Bacté-Poly. Guérison en 2 jours.

Obs XLIX. — *Mme D. Noémie*, 72 *ans.* Panaris sous-cutané de la pulpe du pouce gauche. Début 15 août. Courte incision palmaire en ville le 30 août. Traitement du 6 sept. au 14 octobre : incision en valve, pansements et 3 injections de 2 cc. de Bacté-Poly. Début de la cicatrisation le 14 sept. Guérison en 38 jours avec déformation légère du pouce.

Obs. L. — *Mlle B. Louise*, 15 *ans.* Panaris péri-unguéal de l'annulaire gauche. Début 1er sept. Traitement du 10 sept. au 2 octobre : ablation de l'ongle en partie décollé ; pansements et 2 injections de 2 cc. de Bacté-Poly. Guérison en 22 jours.

Obs. LI. — *M. C. Emmanuel*, 52 *ans.* Panaris sous-unguéal de l'index droit. Début 8 sept. Traitement du 10 au 16 sept. : résection de l'extrémité de l'ongle ; 2 injections de 2 cc. de Bacté-Poly ; pansements. Guérison en 6 jours.

Obs. LII. — *M. C. Louis*, 26 *ans.* Plaie infectée de la pulpe du pouce droit. Début 5 sept. Traitement du 10 au 24 sept. : pansements et une injection de 2 cc. de Bacté-Poly. Début de la cicatrisation le 15 sept. Guérison en 14 jours.

Obs. LIII. — *M. Q. Gabriel*, 27 *ans.* Panaris péri-unguéal du médius gauche. Début 8 sept. Traitement du 11 au 24 sept : excision de la phyctène qui découvre un décollement partiel de la matrice ; pansements et 2 injections de 22 cc. de Bacté-Poly. Guérison en 13 jours avec conservation de l'ongle.

Obs. LIV. — *M. A. Georges*, 38 *ans.* Plaie atone de la face dorsale de la main gauche (3 cm. de long sur 2 cm. de large). Début 10 juillet. Traitement du 11 au 22 sept. : pansements au Bacté-Poly. Cicatrisation complète en 11 jonrs.

Obs. LV. — *Mme B. Amélie*, 87 *ans.* Panaris en bouton de chemise de la base du médius droit. Début 3 sept. Traitement du 13 au 30 sept. : excision de la large phlyctène qui montre un cratère sous-cutané profond ; mèches et 1 injection de 2 cc. de Bacté-Poly. Guérison en 17 jours.

Obs. LVI. — *Mme L. Julienne*, 33 *ans.* Panaris sous-cutané de l'annulaire droit avec ostéite de la phalangette (radio). Début 13 sept. Traitement du 15 sept. au 30 oct. : incision et pansements au Bacté-Poly. La malade, pendant tout le mois de sept. mouille son pansement journellement en donnant le bain à son enfant. Guérison en 45 jours, sans ablation de la phalangette.

Obs. LVII. — *Mme Le S. Rosalie*, 28 *ans.* Panaris en bouton de chemise de l'auriculaire droit. Début 1er sept. Traitement du 15 au 22 sept. : 1 injection locale de Bacté-Poly et excision secondaire de la phyctène ; pansements. Guérison en 7 jours.



Obs. LVIII. — *Mme C. Marie*, 38 *ans*. Panaris en bouton de chemise du médius gauche avec ostéite de la phalangette (radio). Début 14 sept. Traitement du 18 sept. au 22 octobre : excision de la large phlyctène qui découvre un profond cratère ; mèches au Bacté-Poly. Guérison en 34 jours sans ablation de la phalangette nécrosée.

Obs. LIX. — *M. B.*, 62 *ans*. Plaie suppurée de la face palmaire de l'annulaire droit. Début 16 sept. Traitement du 19 sept. au 29 octobre : pansements au Bacté-Poly. Sérum anti-dysentérique faible et anti-strepto. Guérison en 40 jours.

Obs. LX. — *M. G. Jean*, 40 *ans*. Suppuration secondaire d'une cicatrice de plaie de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit. Début 19 sept. Traitement du 25 au 28 sept. : pansements au Bacté-Poly. Cicatrisation complète en 10 jours.

Obs. LXI. — *M. G. Marcel*, 36 *ans*. Panaris anthracoïde ulcéré de l'index gauche. Début le 18 sept. Traitement du 25 sept. au 8 décembre : mèches au Bacté-Poly dans la large ulcération qui communique avec l'articulation phalangino-phalangettienne; 2 injections de 2 cc. de Bacté-Poly. Guérison en 44 jours avec ankylose incomplète de l'articulation.

Obs. LXII. — *Mme B. Marie*, 53 *ans*. Panaris phlycténoïde de la face dorsale du pouce droit avec adénopathie axillaire. Début 28 sept. Traitement du 30 sept. au 4 oct. : excision de la phlyctène et pansements au Bacté-Poly ; l'injection de 2 cc. Disparition de l'adénopathie le 1er octobre. Guérison en 4 jours.

Obs. LXIII. — *M. D. Louis*, 46 *ans*. Panaris péri-unguéal du pouce droit. Début 30 sept. Traitement du 4 au 11 octobre : excision de la volumineuse phlyctène ; pansement au Bacté-Poly. Guérison en 7 jours, avec conservation de l'ongle.

Obs. LXIV. — *Mme C. Rolande*, 20 *ans*. — Panaris péri-unguéal du pouce gauche. Début 3 octobre. Traitement du 5 au 12 octobre : incision et pansements au Bacté-Poly. Guérison en 7 jours.

Obs. LXV. — . *M. G. Charles*, 36 *ans*. Panaris anthracoïde de la face dorsale de la main droite. Début 6 octobre. Traitement du 9 au 14 octobre : 1 injection de 2 cc. de Bacté-Staphy et pansements. Guérison en 5 jours.

Obs. LXVI. — *Mme H. Jeanne*, 27 *ans*. Abcès en bouton de chemise de la base de l'index droit (face palmaire) consécutif à une blessure. Début 11 octobre. Traitement du 18 au 28 octobre : 1 injection locale de Bacté-Poly ; excision secondaire de la phlyctène : 1 injection sous-cutanée de 2 cc. Guérison en 8 jours.

Obs. LXVII. — *Mme F. Yvonne*, 32 *ans*. Panaris phlycténoïde de l'extrémité du pouce droit. Début 12 octobre. Traitement du 18 au 21 octobre : courte incision et injection locale de Bacté-Poly. Guérison en 3 jours.

Obs. LXVIII. — *Mme G. Jeanne*, 42 *ans*. Panaris péri-unguéal de l'annulaire droit. Début 8 octobre. Traitement du 17 au 24 octobre : excision de la phlyctène qui entoure l'ongle ; 1 injection de 2 cc. de Bacté-Staphy. Pansements. Guérison en 7 jours.

Obs. LXIX. — *M. R. Henri*, 66 *ans*. Panaris en bouton de chemise de l'index droit. Début 10 octobre. Traitement du 17 au 29 octobre : excision de la phlyctène qui occupe toute la pulpe de l'index : on voit deux orifices qui conduisent vers les plans sous-cutanés ; mèches et 1 injection sous-cutanée de 2 cc. de Bacté-Staphy. Guérison en 12 jours.

Obs. LXX. — *Mme M. Irène*, 35 *ans*. Panaris en bouton de chemise du pouce droit. Début 21 octobre. Traitement du 24 octobre au 25 novembre : 3 injections sous-cutanées de 2 cc. de Bacté-Poly et 2 injections locales : large incision secondaire avec mise à nu de la phalangette en partie nécrosée. Sérum anti-Strepto. Guérison en 31 jours avec conservation de l'os.

Obs. LXXI. — *Mme C. Joséphine*, 78 *ans*. Panaris périunguéal de l'annulaire droit. Début 21 octobre. Traitement du 25 au 27 octobre : excision de la phlyctène ; pansements au Bacté-Poly. Guérison en 2 jours.

Obs. LXXII. — *M. L. Rémi*, 18 *ans*. Panaris anthracoïde de l'annulaire gauche. Début 25 octobre. Traitement du 28 octobre au 7 novembre : 1 injection locale de Bacté-Poly : extraction du bourbillon et ouverture de l'abcès sous-jacent au moyen d'une pince ; mèches. Guérison en 10 jours.

Obs. LXXIII. *M. B. Alexandre*, 21 *ans*. — Panaris périunguéal de l'auriculaire gauche. Début 26 octobre. Traitemen le 29 octobre ; excision de la phlyctène et pansement à plat au Bacté-Poly. Guérison en 2 jours. Sérum ne contenant aucun anti.

Obs. LXXIV. — *Mme M. Adélaïde*, 48 *ans*. Panaris sous-cutané de la pulpe du médius droit. Début 15 octobre. Traitement du 30 octobre au 6 novembre : courte incision latérale et mèches au Bacté-Poly. Guérison en 7 jours.

Obs. LXXV. — *M. D. Téophile*, 45 *ans*. — Panaris phlycténoïde de la pulpe du pouce droit, Début 30 octobre. Traitement le 1er novembre : excision de la phlyctène et pansement à plat au Bacté-Poly. Guérison eu 1 jour.

Obs. LXXVI. — *M. F. Joseph*, 56 *ans*. Volumineux panaris sous-cutané fistulisé de la base du pouce gauche. Début le 30 octobre. Traitement du 5 au 22 novembre : 1 injection locale de Bacté-Poly ; mèches ; 2 injections sous-cutanées de 2 cc. Guérison en 17 jours. Apparition secondaire d'une phlyctène purulente sur la face palmaire du pouce (25 novembre) : excision. Guérison en 4 jours. Sérum anti-Staphy ; anti-Coli faible ; anti-Strepto.

Obs. LXXVII. *Mlle D. Julie*, 66 *ans*. — Panaris péri-unguéal de l'index gauche. Début 3 novembre. Traitement du 5 au 16 novembre : excision de la volumineuse phlyctène qui occupe toute la face dorsale de la 3e phalange : la matrice unguéale décollée est partiellement réséquée ; pansements au Bacté-Poly. Guérison en 11 jours. Sérum anti-Staphy faible ; anti-Dysentérique très faible ; anti-Strepto faible.

Obs. LXXVIII. — *M. D. Armand*, 32 *ans*. — Panaris érythémateux du médius gauche. Début le 6 novembre. Traitement le 7 novembre : 1 injection sous-cutanée de 2 cc. de Bacté-Poly. Guérison en moins d'un jour.

Obs. LXXIX. — *M. C. Gaston*, 30 *ans*. Panaris anthracoïde de l'annulaire droit avec adénopathie axillaire. Début 18 novembre. Traitement du 20 au 28 novembre : 2 injections de 2 cc. de Bacté-Staphy ; pansements. Guérison en 8 jours.

Obs. LXXX. — *Mlle Le M. Germaine*, 21 *ans*. Deux panaris phlycténoïdes du médius gauche et du médius droit. Début le 29 nov. Traitement du 1er au 3 décembre : excision de la phlyctène et pansements an Bacté-Poly-Staphy. Guérison du médius gauche en 1 jour. du médius droit en 1 jour également.

Obs. LXXXI. — *Mlle B. Jeanne*, 24 *ans*. — Panaris sous-cutané de la base du pouce gauche (face palmaire.) Début 29 novembre. Traitement du 1 au 3 décembre : excision de la phlyctène ; mèches dans le cratère sous-cutané ; 2 injections de 2 cc. de Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 8 jours.

Obs. LXXXII. — *M. S. Pierre*, 36 *ans*. — Abcès de la face dorsale du pouce gauche consécutif à une plaie cicatrisée. Début 3 décembre. Traitement du 6 au 10 décembce : injections locales de Bacté-Poly-Staphy : ablation secondaire, avec une pince, d'un volumineux grumeau de pus (8 décembre.) Guérison en 4 jours.

Obs. LXXXIII. — *M. N. Gabriel*, 31 *ans*. — Panaris périunguéal de l'annulaire gauche. Début 4 décembre. Traitement du 7 au 11 décembre : excision de la phlyctène ; la matrice de l'ongle, qui est décollée, est réséquée en partie ; pansements au Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 4 jours,

Obs. LXXXIV. — *Mlle R.. Marguerite*, 21 *ans*. — Panaris phlycténoïde du pouce gauche. Début 5 décembre. Traitement du 12 au 14 décembre : 1 injection locale de Bacté-Poly-Staphy ; excision secondaire (12 décembre) de la phlyctène pour vérification du plan dermique : pas de propagation profonde. Guérison en 3 jours.

Obs. LXXXV. — *Mlle M. Augustine*, 52 *ans*. — Panaris péri-unguéal du pouce gauche avec adénopathie axillaire. Début 5 décembre. Traitement du 11 au 14 décembre : 1 injection locale et 1 injection sous-cutanée de 2 cc. de Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 3 jours.

Obs. LXXXVI. — . *Mme M. Gabrielle*, 53 *ans*. — Panaris sous-unguéal du pouce droit. Début 7 décembre. Traitement du 17 au 22 décembre : 3 injections locales et 2 injections sous-cutanées de 2 cc. de Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 6 jours.

BIBLIOGRAPHIE

Thèmes prosodiques, par G. Espé de Metz, 1929. Une brochure grand in-8. Prix : 7 fr. 50. Aux éditions Berger-Levrault, Paris-Nancy-Strasbourg.

Ce nouveau recueil de l'auteur du *Couteau* contient des vers faciles sous le titre de *Cigarettes*, des études sous le titre de *Sketches*, et sous celui de *Fleurs de tranchées*, des poèmes écrits sous le feu pendant la guerre.

La partie originale de l'ouvrage est celle qui est consacrée aux *Thèmes prosodiques* proprement dits. Espé de Metz y étudie une nouvelle technique du vers français. Cette technique consiste essentiellement, tout en conservant la coupe et le rythme traditionnels, à munir occasionnellement le vers d'une ou de plusieurs rimes *qui ne tombent pas nécessairement* sur les *dernières* syllabes.

Cette conception conduit l'auteur à différentes considérations et démonstrations intéressantes (*mots toniques — vers polyrimés — vers plus long que l'alexandrin — rime retardée*, etc.).

Jean-Paul Marat, l'ami du peuple, par Louis R. Gottschalk, professeur d'histoire à l'Université de Chicago. Un volume in-8 de la Bibliothèque Historique, avec 8 illustrations hors texte, 20 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La première biographie complète du célèbre révolutionnaire par un savant spécialisé dans l'étude de la Révolution française et qui fait autorité même en France pour tout ce qui touche Marat.

Cet ouvrage documenté à des sources pour la plus grande partie inédite (aux Archives de Paris et de Londres), fait revivre la figure pittoresque et puissante de cette personnalité si complexe, unique d'ailleurs dans l'histoire de la Révolution : savant réputé, philosophe jusqu'en 1789, puis soudain tribun et journaliste le plus influent de France dans son célèbre *Ami du peuple*. Ce livre intéresse non seulement ceux que passionne l'histoire de la Révolution française, mais tous ceux qui sont curieux de mieux connaître ce qu'est l'esprit révolutionnaire dont Marat est un prototype : en Russie soviétique ne fait-on pas fréquemment le parallèle entre Lénine et Marat et n'a-t-on pas appelé Marat le premier des bolchevistes ! et cela parce qu'il a été à peu près le seul à préconiser pendant la Révolution française la loi agraire.

Le professeur Gottschalk dans cette étude définitive, si consciencieuse et compétente, ne cherche pas comme le voulait Robespierre le Jeune, à *démaratiser* Marat, mais il s'est efforcé de remplacer la légende caricaturale du grand révolutionnaire par un portrait dont la vérité semble frappante. **Marat apparaît comme le prototype du Révolutionnaire intégral, fanatique et absolu.** Si l'on veut savoir ce qu'est exactement la mentalité révolutionnaire — mentalité qu'il est utile plus que jamais à l'heure actuelle de connaître — on doit lire cette étude incomparable.

Pauvre et aventureuse bourgeoisie. Roulin et ses amis (1796-1874) par Mme Marguerite Combes. 150 exemplaires numérotés sur, papier pur fil du Marais : 100 fr. 1200 exemplaires in-8 raisin, sur beau papier bouffant : 30 fr. *Nombreuses illustrations hors-texte*. J. Peyronnet éditeurs, 7, rue de Valois, Paris.

Il n'est pas de roman plus passionnant que celui de la vie d'un homme éminent. Avec beaucoup de conscience et de talent, Mme Marguerite Combes raconte aujourd'hui la noble et aventureuse existence du Dr Désiré Roulin. Le livre, qui fait penser au touchant *Journal* d'Ampère, s'ouvre à l'aube de 1815 sur cette élite de la bourgeoisie bretonne, capable de mêler aux besognes ménagères les plus hautes préoccupations intellectuelles. Mais, poussé par des besoins matériels, le Dr Roulin, appelé par Bolivar en Colombie, n'hésite pas à s'exiler six années. A défaut de fortune, il rapporte d'Amérique d'importantes observations, des découvertes, et aussi des dessins d'album tracés d'un crayon magistral. A son retour à Paris, Roulin est accueilli, entre autres amis, par Prosper Mérimée et les deux Ampère. Médecin et physiologiste, plus tard bibliothécaire de l'Institut de France et membre de l'Académie des Sciences, Roulin publie alors de savants travaux ; mais la mort prématurée de sa femme, et celle de son fils, âgé de 18 ans, assombrissent définitivement sa vie. Désormais seul et déchiré, le Dr Roulin ne cessera de témoigner d'une profonde sensibilité, jointe à une stoïque résignation, laissant ses ambitions personnelles pour ne servir, avec une bonté inépuisable, que celle de ses amis.

Grandes douleurs, petites joies, amitiés viriles, discussions de salons littéraires, détails de vie intime en des lettres ingénues, dessins crayonnés par le savant en Amérique, tout cela. Mme Combes l'a habilement collationné en un livre souvent poignant, toujours attachant, auquel la reproduction des dessins inédits du Dr Roulin ajoute encore un attrait.

OBS. LXXXVII. — *Mlle H. Aline*, 10 ans. — Panaris péri-unguéal du pouce gauche. Début 16 décembre. Traitement du 17 au 22 décembre : 3 injections locales et 2 injections sous-cutanées de 2 cc. de Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 2 jours.

OBS. LXXXVIII. *Mme P. Joséphine*, 34 ans. — Volumineuse «tourniole» de l'annulaire gauche (photo.) Début 9 décembre. Traitement du 17 au 22 décembre : 4 instillations dans la phlyctène de Bacté-Poly-Staphy, Guérison en 5 jours. L'élimination de la phlyctène flétrie montre le derme atteint par la suppuration.

OBS. LXXXIX. — *Mlle Le C. Joséphine*, 34 ans. — Panaris sous-cutané de la face palmaire du pouce droit en regard de l'articulation phalango-phalanginienne. Debut 12 décembre. Traitement du 18 au 21 décembre : 2 injections locales et 1 injection sous-cutanée de 2 cc. de Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 3 jours.

OBS. XC. — *Mme L. Pauline*, 52 ans. Brûlure du deuxième degre du p ignet droit avec lymphangite du pli du coude. Début 15 décembre. Traitement du 1 au 23 décembre : pansements et deux injections de 2 cc. de Bacté-Poly-Staphy. Disparition de la lymphangite en 24 heures et cicatrisation de la plaie de 4 cm. de diamètre en 4 jours.

OBS. XCI. — *Mlle L. Yvonne*, 29 ans. — Panaris sous-cutané fistulisé du pouce gauche. Début 23 novembre. Traitement à partir du 20 decembre : 3 injections sous-cutanées de . cc. de Bacté-Poly-Staphy ; mèches. Evolution lente. Ostéite de la phalangette. Sérum anti-Staphy faible ; anti-Strepto faible.

OBS. XCII. — *M. R. Paul*, 23 ans. — Panaris phlycténoïde du médius gauche. Début 18 décembre. Traitement du 2 au 23 décembre : 2 injections locales et 1 injection sous-cutanée de 2 cc. de Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 3 jours.

OBS. XCIII. — *M. G. Jacques*, 68 ans. — Panaris péri-unguéal du médius gauche. Début 15 décembre. Traitement le 22 décembre : 1 injection locale de Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 3 jours.

OBS. XCIV. — *Mlle P. Marie-Louise*, 28 ans. — Panaris phlycténoïde de l'index droit. Début 30 décembre. Traitement du 31 décembre au 2 janvier : 2 injections locales de Bacté-Poly-Staphy. Guérison en 3 jours.

OBS. XCV. *Mlle C Louise*, 21 ans. — Panaris sous-cutané de l'annulaire droit. Début 8 décembre. Traitement du 23 au 25 décembre : 2 injections locales et une injection sous cutanée de 2 cc. de Bacté-Poly-Staphy. Guérison sans fistulisation en 4 jours.

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Rougeole et tuberculose (1)

Par M. le professeur NOBÉCOURT.

Pendant le mois de janvier, quatre enfants soignés dans le pavillon de la rougeole, qui étaient soupçonnés ou atteints de tuberculose, sont morts ; à l'autopsie nous avons vérifié le diagnostic de tuberculose. En ce moment, trois autres enfants en traitement ont, avec de grandes probabilités, des tuberculoses en évolution.

A propos de ces malades, je désire vous entretenir des *rapports de la rougeole* avec la tuberculose.

Je ne tiendrai compte que des observations suivies d'autopsie.

Une fille, née le 13 octobre 1927, de parents bien portants, se développe d'une façon régulière. Elle entre à l'hôpital, le 5 décembre 1928, à 14 mois, pour une rougeole.

La température est de 40°3, le lendemain de 39°9. Nous constatons une éruption de rougeole généralisée. La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Du 8 au 13 décembre, la température se maintient aux environs de 39°, l'enfant pâle, abattue, a de la dyspnée, du battement des ailes du nez. On constate : le 11, à la partie moyenne du poumon gauche, un foyer de broncho-pneumonie, avec de la matité et des râles sous-crépitants ; le 13, à la partie moyenne de l'autre poumon, un second foyer.

Du 14 au 18, la température baisse graduellement, jusqu'à 37°5 ; du 16 au 22, elle remonte, progressivement, jusqu'à 40°. Le 23 et le 24, elle se maintient à 39°5-40°.

Pendant ce temps, on trouve : le 18 décembre, au niveau du lobe supérieur droit, de la matité et du souffle, et, au même niveau à gauche, des râles sous-crépitants ; à la base droite, de la matité : le 19, des deux côtés, sur toute la hauteur, de la matité et des râles sous-crépitants ; le 22, aux bases, de la matité, du souffle, des râles sous-crépitants.

Ce jour-là, la cutiréaction à la tuberculine est positive.

Dans l'hypothèse d'une broncho-pneumonie, nous pratiquons des injections intramusculaires de sang maternel : du 24 décembre au 6 janvier, l'enfant reçoit, en sept injections, 59 cc. Après la première injection de 5 cc. la température, qui était de 4 °, tombe à 38 5 ; puis à partir du 1er janvier 39°, elle s'élève de nouveau et atteint et dépasse 40°.

On constate, le 27 décembre, une otite double et on pratique la paracentèse. Il existe de nombreux abcès souscutanés.

Les symptômes thoraciques, submatité, souffle fort, râles sous-crépitants, se généralisent :

La radiographie montre, à droite, dans le champ pulmonaire, quelques taches grisâtres. Le hile droit est embrumé, le hile gauche très chargé, avec trois ou quatre taches plus foncées faisant penser à l'existence de ganglions. Dans le tiers inférieur de l'hémithorax gauche, on apercoit une opacité irrégulière masquant le bord gauche du cœur.

Le 6 janvier, une troisième cutiréaction est pratiquée et est également positive.

Les selles ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Finalement, le 13 janvier, quarante et unième jour de la rougeole. l'enfant a une température de 39°8-39°5, et meurt.

A l'autopsie, la plèvre gauche présente des adhérences étendues. Les poumons présentent, depuis le haut jusqu'en bas des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse. La rate est grosse et friable de même que le foie et les reins, elle ne présente pas de granulations.

Le deuxième malade a perdu sa mère de tuberculose pulmonaire. Il entre le 31 décembre 1928 dans la nuit. Il a 13 mois.

Le 1er janvier, la température est de 39°5 et 40°2 ; l'éruption de rougeole est généralisée, l'état général mauvais. A l examen des poumons, en arrière, dans la moitié supérieure, on entend un souffle fort et de nombreux sous-crépitants. La cutiréaction à la tuberculine est négative,

Les jours suivants, la température se maintient autour de 39°, atteignant certains soirs 40°. L enfant se cyanose, se cachectise. Il meurt le 25 janvier, trente et unième jour de la rougeole. Notons que le jour même de la mort la cutiréaction à la tuberculine est positive.

A l'autopsie, les plèvres présentent de nombreuses adhérences ; elles ne contiennent pas de liquide. Les poumons sont très congestionnés. Le droit présente au sommet une petite caverne, à contenu caséeux, liquéfié, entourée d'un semis de granulations tuberculeuses récentes ; plus bas, une deuxième caverne plus volumineuse. A gauche, il y a des granulations tuberculeuses, surtout au pourtour du hile. Les ganglions trachéo-bronchiques sont caséeux ; certains ont le volume d'une noisette.

Sur les frottis, faits avec la matière caséeuse des ganglions et des cavernes, on trouve des bacilles de Koch.

Le troisième enfant est né à terme le 10 mars 1927 avec

(1) Leçon du 9 février 1929, recueillie par le Dr LAPORTE.

un poids de 3 kg. 580. Son père, sa mère, deux frères sont bien portants. Il est nourri au sein par sa mère jusqu'à 6 mois, puis placé en nourrice et alimenté au lait stérilisé. Comme il est mal soigné, sa mère le reprend en février 1928, à l'âge de 11 mois ; elle constate qu'il tousse.

En octobre, à 19 mois, l'enfant recommence à tousser : il a souvent une petite fièvre (38°). Il entre le 2 janvier 1929, à l'âge de 21 mois, pour une rougeole.

La température est de 39°6-40°. L'éruption est généralisée. A la base du poumon gauche, on entend quelques râles humides. La cutiréaction à la tuberculine est négative. Les jours suivants, la température s'abaisse ; le 6 janvier, elle est de 38°-38°2. Ensuite elle monte lentement jusqu'à 39°7-40°1, le 13 janvier. Le 11, on constate une otite suppurée bilatérale et on fait la paracentèse.

A partir du 14 janvier, la température descend jusqu'à 38°3-38°5, le 17. Dès le 18, elle remonte, atteint 39°-39°5-39°8.

Pendant ce temps les signes thoraciques sont les suivants. Le 14, on constate, à la base gauche, de la submatité, un murmure vésiculaire faible, quelques râles sous-crépitants. Le 22, dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit, à la hauteur de l'épine de l'omoplate, on remarque une petite zone de submatité, avec résistance, un souffle bronchique inspiratoire et expiratoire. A ce moment une radiographie, faite par le Dr Duhem, montre un hile droit élargi, embrumé, avec des taches plus opaques, ganglionnaires ; dans le champ pulmonaire droit, vers le tiers moyen, une bande obliquant vers la paroi costale, d'aspect pommelé ; un hile gauche peu chargé.

Le 24, une nouvelle réaction à la tuberculine est positive.

Le 29, l'enfant ayant fini sa rougeole, est passé dans notre salle Bouchut.

Il a 22 mois. Sa taille de 83 cm. est de 6 % au-dessus de la moyenne ; mais il est très maigre, ne pèse que 8 kil. 100, soit 26 % au-dessous de la normale. Il présente des signes discrets de rachitisme. Sa température est de 38°4-39°1.

Il a du coryza, de la toux, une respiration rapide (56 par minute).

En avant et à droite, on trouve, dans la région parasternale, une légère submatité ; dans la région sous-claviculaire, une inspiration rude et prolongée ; dans la région sous-mammaire, quelques fins frottements pleuraux. En arrière, à droite, dans l'espace interscapulo-vertébrat et dans la région sus-épineuse, il y a de la matité et de la résistance, un souffle bronchique inspiratoire et expiratoire ; dans la partie externe, des râles sous-crépitants de haut en bas ; dans la région paravertébrale, des râles sous-crépitants, et, au dessous de la pointe de l'omoplate, des râles fins, humides.

En arrière et à gauche, on perçoit, dans la région interscapulo-vertébrale, les mêmes signes qu'à droite.

Le 30 et le 31 janvier, la température est de 39°-39°3. Le pharynx est rouge. On ensemence par précaution, et on trouve du bacille diphtérique. On passe l'enfant dans le service de la diphtérie. On lui fait une injection de sérum. Il meurt le 31 janvier, trente et-unième jour de sa rougeole.

A l'autopsie, le poumon gauche est gorgé de sang, ne présente pas de noyaux de broncho-pneumonie ; il y a de l'emphysème dans la région supérieure et antérieure : sur les coupes, on ne voit pas de pus, mais quelques granulations tuberculeuses miliaires. Du côté droit, il existe des adhérences pleurales, difficiles à décoller ; le poumon est atélectasié dans sa totalité : sur toute la hauteur, il contient des tubercules caséifiés, gros comme des pois et quelques granulations miliaires. Les ganglions du médiastin sont gros, caséeux. La rate est farcie de granulations miliaires. Les reins présentent des suffusions sanguines dans la couche corticale.

Notre quatrième malade est une fille née le 10 janvier 1928. Son père est bien portant ; sa mère aurait eu, à 22 ans, une pleurésie sèche ; elle a été radiographiée le 12 janvier dernier, et ses poumons sont indemnes. Sur trois frères et sœurs, un est mort à huit mois de bronchopneumonie, les deux autres, âgés de sept et de deux ans et demi, ont des cuti-réactions positives à la tuberculine.

Notre malade a été en contact avec un tuberculeux, à l'âge de 6 mois ; vers cette époque la cutiréaction a été négative. A partir de 9 mois, elle a de la fièvre (38°-38°5 le soir), de la bronchite et maigrit.

Elle entre, le 8 janvier, dans le service de notre collègue Lœderich. Elle a un an. Elle est apyrétique. La radiographie montre, au niveau de l'hémothorax droit, sur les trois quarts inférieurs, une opacité assez uniforme se continuant avec l'ombre médiastine ; le côté gauche paraît indemne. La cutiréaction est positive. Les crachats prélevés par lavage de l'estomac contiennent des bacilles de Koch.

M. Lœderich se prépare à pratiquer un pneumothorax, quand, le 22, la fièvre s'élève à 38°4-38°7, et, le 23, apparaît une rougeole, pour laquelle l'enfant est placée dans notre pavillon.

La rougeole évolue de façon régulière. La température ne dépasse pas 39°5. Les 26, 27 et 28, elle est normale. Le 29 elle remonte à 38°4-39°.

L'enfant pèse 8 kg. soit 11 % au-dessous de la moyenne. Son visage est pâle, légèrement bouffi.

Nous trouvons, à droite, en avant, dans la région sus-claviculaire, de la matité, une respiration soufflante, des râles sous-crépitants ; en arrière, dans la région sus-épineuse, de la submatité ; dans les régions sus-épineuse et interscapulo-vertébrale, de la matité et de la résistance ; dans la région interscapulo-vertébrale, un souffle bronchique fort, rude, presque tubaire, se prolongeant jusqu'à la pointe de l'omoplate.

A gauche, dans l'espace interscapulo-vertébral, il y a de la submatité et un souffle moins fort que du côté droit.

Le 29, la température remonte à 38°4-39°1 ; le 30, elle atteint 40°5. L'enfant meurt, au huitième jour de la rougeole.

Nous pratiquons l'autopsie.

La plèvre droite contient environ un demi-litre de liquide séro-fibrineux, avec des adhérences récentes, la plèvre pariétale est tomenteuse. Le poumon droit est infiltré en totalité de granulations tuberculeuses ; il contient un tubercule gros comme une noix dans le lobe inférieur.

Le poumon gauche présente une congestion massive, avec quelques nodules de broncho-pneumonie banale. Les ganglions trachéo-bronchiques sont gros, ont une consistance scléreuse : à la coupe, on y découvre des tubercules caséeux.

Le foie est gros, dur et lisse. La rate est grosse, grenue, mais ne présente pas de granulations tuberculeuses visibles. Les reins, rouge lie de vin, offrent quelques suffusions hémorragiques dans leur substance corticale.

L'étude des RAPPORTS DE LA ROUGEOLE ET DE LA TUBERCULOSE doit envisager :

1° L'*influence de la tuberculose sur la rougeole* ;
2° L'*influence de la rougeole sur la tuberculose.*

***

Je n'ai que peu de chose à dire relativement à l'INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE SUR LA ROUGEOLE.

Un tuberculeux peut contracter la rougeole, et déjà Rilliet et Barthez, en 1843, dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, faisaient remarquer que les enfants tuberculeux contractent facilement la rougeole, tandis qu'ils contracteraient rarement la variole et la scarlatine.

L'*évolution de la rougeole chez un tuberculeux* ne présente rien de bien particulier. Alide Grèze, dans sa thèse de 1903, sur les *rapports de la rougeole avec la tuberculose*, déclare

que la tuberculose n'exerce pas d'influence manifeste : chez les tout petits : la période d'invasion serait peut-être écourtée, l'éruption moins nette que chez les enfants qui ne sont pas tuberculeux, même en dehors d'un état de cachexie. Ce sont en réalité des nuances auxquelles il ne faut pas attacher trop d'importance. D'ailleurs, Grèze ajoute que, dans la grande enfance, « la tuberculose semble ne modifier en rien l'évolution classique de la rougeole ».

.·.

Beaucoup plus intéressante est l'étude de l'INFLUENCE DE LA ROUGEOLE SUR LA TUBERCULOSE.

Le premier auteur qui en parle semble être Hoffmann, en 1748. Depuis lui, la grande majorité des médecins pense que la rougeole aggrave une tuberculose avérée ou une tuberculose occulte. Je ne tenterai pas de vous en donner la liste. La bibliographie est faite assez complètement dans la thèse d'Alide Grèze et dans celle d'Alfred Gazeau, soutenue à Paris en 1910 et intitulée : *Rougeole et tuberculose. Réactions tuberculiniques.*

Les anciens médecins pensaient que la rougeole peut prédisposer à la tuberculose, même à longue échéance. D'après Rilliet et Barthez, par exemple, la tuberculose serait plus fréquente chez les enfants ayant eu la rougeole dans un passé plus ou moins proche que chez les autres.

Certains auteurs modernes ne partagent pas cette opinion.

M. François Cordey, qui a soutenu en 1925 une thèse sur l'*Etiologie de la tuberculose dans la seconde enfance*, écrit que la rougeole ne paraît pas jouer un grand rôle : pour 9 % seulement des tuberculeux, on retrouve une rougeole survenue un an ou moins d'un an avant le début de la tuberculose.

Un médecin allemand, M. Wilhelm Beisken, dans *Zeitschrift für Kinderheilkunde* de 1925, se pose la question de savoir si la rougeole active la tuberculose. Il étudie les statistiques de la clinique infantile de Düsseldorff, de 1908 à 1928 ; il remarque que, dans l'année qui suit une forte épidémie de rougeole, il n'y a pas d'augmentation de la mortalité tuberculeuse.

Ces constatations établissent que la ~~tuberculose~~ rougeole ne paraît pas avoir une influence à distance sur l'apparition de la tuberculose. Je souscris volontiers à cette opinion. On trouve, en effet, avec une grande fréquence la rougeole dans les antécédents des enfants qui ne sont pas tuberculeux.

Mais je pense, avec beaucoup d'auteurs, que la rougeole a une influence immédiate sur la tuberculose. L'observation clinique le montre : elle seule peut apporter quelques précisions.

Il convient de distinguer deux catégories de malades. Ou bien l'enfant est déjà atteint d'une tuberculose en évolution quand il contracte la rougeole ; ou bien il y a une tuberculose non évolutive, latente, occulte.

Etudions d'abord l'*action de la rougeole chez les enfants atteints de tuberculose en évolution*.

Ce sont surtout les tuberculoses pulmonaires qui sont influencées par la rougeole. Rilliet et Barthez ont écrit : « La rougeole qui survient chez des enfants tuberculeux hâte la marche de la maladie... Nous avons vu, à la suite de l'exanthème, les symptômes de la maladie chronique marcher avec plus de rapidité qu'avant la fièvre éruptive et que, chez bon nombre, l'autopsie, faite quelque temps après la rougeole, nous a montré, au milieu des tubercules anciens, des granulations grises ou jaunes, d'une date évidemment plus récente ». En outre, ajoutent-ils, les « tubercules jaunes commencent à perdre leur consistance ou sont tout à fait ramollis et dans cet état qui prouve que le ramollissement n'est pas d'ancienne date ». On trouve même des cavernes récentes.

Les modalités cliniques de l'évolution tuberculeuse sont assez variées. Chez les petits, elles se confondent avec celles que l'on peut rencontrer chez des enfants dont la tuberculose était ignorée avant la rougeole ; je les décrirai tout à l'heure. Voici comment peut se présenter le tableau clinique pendant la grande enfance.

Un enfant de 10 à 14 ans a une tuberculose pulmonaire datant de plusieurs mois. Il est apyrétique ou a une fièvre légère, irrégulière. Il ne maigrit pas notablement. On trouve, à l'examen d'un sommet ou des sommets, de la matité, une respiration rude ou soufflante, des craquements ou des sous-crépitants.

Cet enfant contracte la rougeole.

Après la disparition de l'exanthème, la fièvre persiste ; elle présente des oscillations plus ou moins grandes de 38°5 à 40°. L'amaigrissement s'accentue. Il y a de la polypnée. Les symptômes physiques s'accusent et s'étendent ; on constate des signes cavitaires et des râles humides généralisés. L'enfant meurt en un ou deux mois.

Il est bien permis de penser que la rougeole est responsable de l'aggravation de l'état antérieur, a déclanché une évolution rapide de la tuberculose. Souvent d'ailleurs, l'autopsie décèle, en plus des lésions pulmonaires, des granulations tuberculeuses dans le foie et la rate.

Les autres tuberculoses paraissent n'être pas modifiées. Cependant Rilliet et Barthez citent le cas d'un enfant né de parents phtisiques, qui avait une tuméfaction du coude. Il contracte la rougeole. Après elle, se développe rapidement une tumeur blanche qui se fistulise, en même temps que les ganglions cervicaux s'hypertrophient.

Je dois signaler cependant que M. Cordey, sur 29 enfants tuberculeux de 5 à 15 ans, ayant contracté la rougeole, a constaté seulement une fois « nettement une influence aggravante sur les lésions bacillaires déjà constituées ».

Voyons maintenant les cas où *la rougeole survient chez des enfants atteints de tuberculose non évolutive, de tuberculose latente ou occulte.*

Un enfant, qui paraît en bonne santé, contracte la rougeole. A la suite, on voit apparaître, plus ou moins rapidement, des signes de tuberculose évolutive.

Rilliet et Barthez ont bien fixé les modalités qu'on peut observer.

Tantôt la tuberculose a une évolution aiguë : après la disparition de l'éruption, « la fièvre persiste intense et violente, aussi bien que la toux..... Il survient des signes de pneumonie ou ces signes manquent presque complètement, ou bien même l'enfant prend une apparence typhoïde ; il meurt au bout de quarante à cinquante jours, et l'autopsie démontre une tuberculisation le plus souvent générale, mais à forme aiguë. »

Tantôt, l'évolution est chronique. Après l'éruption « la fièvre tombe, ou plutôt diminue, à l'époque ordinaire ; la toux persiste, l'enfant guérit, mais incomplètement ; il reste faible ; il reprend peu ou pas d'embonpoint ; son appétit revient, mais la toux persiste et il y a un léger mouvement fébrile, le soir. Ces symptômes se prolongent et augmentent ; l'enfant est évidemment phtisique ; il meurt au bout de plusieurs mois ou même d'une année après sa rougeole, sans jamais avoir eu un seul instant de santé parfaite ».

Le professeur Hutinel et M. Louis Martin dans *Les maladies des enfants*, en 1909, ont précisé le mode de début le plus caractéristique de l'évolution tuberculeuse. Généralement, elle ne débute pas immédiatement, et c'est un point à retenir. « L'éruption se fait normalement et la guérison semble assurée ; mais, après quelques jours, cinq, six ou sept, on voit la courbe thermique s'élever peu à peu le soir, et la fièvre, d'abord légère, se caractérise de plus en plus et devient continue..... Quand la température remonte, sans raison appréciable, après une période d'apyrexie, chez un rougeoleux, il faut se méfier ; la tuberculose est probable ».

Les modalités de la tuberculose sont diverses.

Ce sont d'abord des *formes granuliques*, surtout dans la première enfance et dans la moyenne.

La granulie revêt parfois une *forme suraiguë, suffocante*. Elle débute d'une façon précoce. La fièvre de la rougeole ne baisse pas avec la disparition de l'exanthème, ou est suivie d'une défervescence qui dure un ou deux jours. La température atteint 39°, 40°, 41° même. L'enfant asphyxie.

Les signes physiques sont discrets : la sonorité est plus ou moins forte, le murmure vésiculaire affaibli ; on perçoit quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés.

La mort survient rapidement. A l'autopsie, on constate une congestion intense et généralisée des poumons. Sur les coupes, on voit quelques rares granulations grises. Aussi certains auteurs qualifient-ils cette forme de congestion prégranulique.

On trouve la clef de cette tuberculose dans la présence de ganglions caséeux au niveau du médiastin.

Plus commune est la *forme aiguë*, la *granulie pulmonaire à forme catarrhale*. Elle débute comme la précédente. Après la rougeole, tantôt la température persiste ou subit une légère rémission, tantôt elle baisse, puis elle remonte presque aussitôt.

En deux ou trois jours, l'état s'aggrave, la dyspnée est vive, le visage bouffi, pâle et cyanosé, les extrémités sont froides, cyanosées. On trouve des symptômes bronchiques et pulmonaires d'intensité variable. Ce sont : tantôt des râles ronflants et sibilants, avec quelques sous-crépitants, qui font parler de forme bronchitique ; tantôt, des râles sous-crépitants fins généralisés, qui font penser à la bronchite capillaire ; tantôt des zones de submatité, avec respiration soufflante et râles sous-crépitants fins, qui, caractérisent la forme broncho-pneumonique.

La fièvre est irrégulière, se maintient aux environs de 39°, quelquefois avec de grandes oscillations ; elle présente des périodes successives d'augmentation et de diminution. L'enfant maigrit rapidement, a de l'anorexie, et souvent de la diarrhée, Le foie et la rate sont gros et peuvent être douloureux.

La mort survient en trois, quatre, cinq ou six semaines. A l'autopsie, les champs pulmonaires sont criblés d'innombrables granulations tuberculeuses ; les ganglions trachéo-bronchiques contiennent des tubercules caséeux. On trouve des granulations dans le foie, la rate, les reins.

Une deuxième variété est la *broncho-pneumonie caséeuse*. Elle s'observe surtout de 2 à 5 ans. La défervescence de la rougeole se produit, complète ou non ; puis, au bout de quatre, six, huit jours, la température remonte rapidement ou graduellement, atteint 39°-39°5.

La fièvre reste élevée, irrégulière, avec des exacerbations et des rémissions L'enfant maigrit, tousse, a de la dyspnée, de la tachycardie. On entend des râles sous-crépitants disséminés. D'un côté du thorax ou des deux, à des hauteurs différentes, on constate des zones submates, puis mates, avec résistance, souffle bronchique plus ou moins intense, râles sous-crépitants fins ou moyens, éclatants, et même, plus tard, des signes cavitaires ; ces symptômes sont généralement assez fixes.

De plus, dans les régions hilaires, on perçoit des signes d'adénopathie bronchique, qui apportent un argument en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection.

L'état s'aggrave progressivement. L'enfant se cachectise. La mort survient au bout d'un mois et demi ou deux mois, souvent elle est hâtée par une poussée granulique.

A l'autopsie, on trouve des lésions de broncho-pneumonie caséeuse, parfois avec des cavernes ; des ganglions médiastinaux tuberculeux et souvent des granulations récentes dans les viscères.

Dans une troisième catégorie de faits, ainsi que l'ont signalé Rilliet et Barthez, à la suite de la rougeole, on voit la température s'élever, la courbe thermique simule celle d'une fièvre typhoïde, sans localisation clinique appréciable de la tuberculose ou avec quelques signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Il s'agit d'une typhobacillose, suivant l'appellation proposée par Landouzy.

On peut observer encore des formes à évolution chronique et des localisations diverses, des adénites cervicales par exemple, revêtant les caractères des adénites dites, scrofuleuses.

Il est intéressant toutefois de remarquer que la méningite tuberculeuse est rare à la suite de la rougeole. Mademoiselle Marie-Thérèse Crémieu-Alcan dans sa thèse, de 1926, sur *l'Etiologie de la méningite tuberculeuse cliniquement primitive chez l'enfant de deux à quinze ans*, relate que, dans deux cas seulement, la méningite a débuté trois semaines et un mois après la rougeole. Alors, suivant sa remarque, « il semble exister un rapport entre ces deux maladies. »

***

La diversité des modalités de l'évolution tuberculeuse à la suite de la rougeole rend le DIAGNOSTIC particulièrement délicat Cette diversité n'est pas spéciale aux enfants qui viennent d'avoir la rougeole : mais, chez eux, les difficultés sont plus grandes que chez les autres, du fait qu'ils présentent souvent des infections banales des voies respiratoires, dont les symptômes sont très analogues à ceux de la tuberculose.

Pour les *formes aiguës*, il faut éviter, suivant les cas, la confusion avec la bronchite capillaire et les broncho-pneumonies à noyaux disséminés ou à foyer pseudolobaire.

Les *formes lentes* ressemblent singulièrement aux *broncho-pneumonies prolongées avec cachexie* de Rilliet et Barthez à ces *broncho-pneumonies subaiguës avec bronchectasies*, dont le professeur Hutinel a poursuivi l'étude. Elles réalisent une véritable *forme pseudo-tuberculeuse* de la broncho-pneumonie, non seulement par ses symptômes, mais encore par ses lésions ; le microscope est parfois nécessaire pour établir le diagnostic anatomique.

Certains caractères cliniques plaident en faveur de la tuberculose : le mode de début, quand il existe une période d apyrexie entre la rougeole et la reprise progressive de la fièvre : l'atteinte plus profonde et plus rapide de l'état général : la fixité des signes physiques ; l'absence d'expectoration. Mais aucun de ces caractères n'apporte un élément de certitude au diagnostic.

Il faut poursuivre la recherche des bacilles de Koch dans les crachats prélevés dans le pharynx, dans l'estomac, par lavage fait le matin à jeun, ou dans les selles. Quant à la cutiréaction à la tuberculine, quand elle est positive, elle indique bien que l'enfant est infecté par le bacille de Koch, mais ne prouve pas que l'affection qui évolue soit de nature tuberculeuse. Une réaction négative soulève certaines réserves, comme nous allons le voir dans un instant.

Il faut d'ailleurs se rappeler que des infections banales des voies respiratoires sont souvent intriquées avec une tuberculose qui évolue ou n'évolue pas.

A défaut de la constatation du bacille de Koch ou à défaut d'autopsie, il faut être prudent pour le diagnostic de tuberculose après une rougeole.

Rilliet et Barthez le faisaient déjà remarquer. « Les anciens médecins, écrivent-ils dans la deuxième édition de leur *Traité*, privés des lumières de l'anatomie pathologique, devaient croire la phtisie suite de rougeole plus fréquente qu'elle ne l'est réellement, car ils regardaient comme phtisiques presque tous les enfants qui, à la suite de la rougeole, succombaient à une maladie de poitrine, dont la marche avait été subaiguë ou chronique ; tandis que nous avons démontré que les broncho-pneumonies lobulaires, suivies ou non d'abcès du poumon et marchant avec lenteur, étaient quelquefois un des reliquats de la fièvre éruptive et en imposaient pour une affection tuberculeuse. »

Il importe cependant de faire un diagnostic, parce que le PRONOSTIC est sensiblement différent, suivant qu'il s'agit d'une affection tuberculeuse ou d'une affection non tuberculeuse. Fatal, sauf exception, dans le premier cas,

dans le second, il l'est moins, bien qu'il soit souvent très grave.

Evidemment, tous les enfants qui sont, soit en puissance de tuberculose, soit des tuberculeux avérés, ne voient pas leur tuberculose aggravée par la rougeole. De même, à la suite de cette maladie une évolution de la tuberculose n'est pas toujours fatale. Témoin l'observation d'une fille de 15 mois, relatée par MM. Ribadeau-Dumas et Fouet dans la *Revue de la tuberculose* de 1924.

Rilliet et Barthez rapportent même l'observation curieuse d'un garçon de 6 ans atteint d'une coxalgie avec abcès fistuleux, durant depuis trois mois ; cet enfant contracte la rougeole ; quinze jours après la disparition de l'exanthème, la fistule se ferme et le malade commence à marcher.

Il est bien difficile de dire quelle est la *fréquence des évolutions tuberculeuses à la suite de la rougeole*. Je ne connais pas de statistiques précises. Rilliet et Barthez disent avoir observé à l'hôpital un cas de tuberculisation sur 11 rougeoles ; qu'en ville la proportion a été moins considérable. Cette fréquence varie certainement suivant nombre de facteurs indépendants de la rougeole elle-même.

***

Les médecins qui admettent l'influence favorisante de la rougeole sur la tuberculose ont cherché à élucider la PATHOGÉNIE de ce phénomène.

Autrefois, on pouvait se demander si la rougeole créait la tuberculose. Evidemment, elle ne la crée pas. Son intervention consiste à *donner un coup de fouet à une tuberculose préexistente*.

On peut admettre que la rougeole intervient soit en diminuant la résistance générale de l'organisme vis à-vis du bacille de Koch, soit par les réactions locales qu'elle détermine au niveau des voies respiratoires et des ganglions trachéo-bronchiques où siège le bacille de Koch.

L'opinion que la *rougeole favorise l'évolution de la tuberculose en modifiant les réactions défensives générales de l'organisme* a trouvé des arguments dans la constatation faite par M. Von Pirquet, en 1907, que la *rougeole empêche temporairement la cutiréaction à la tuberculine*. Il a observé que la cutiréaction est négative pendant l'exanthème et d'une façon constante le quatrième jour. Ensuite elle redevient positive dans un laps de temps plus ou moins long après la disparition de l'éruption.

Sur 24 cas suivis au jour le jour, M. Von Pirquet note :

Au 4e jour,	aucune	réaction	positive	
— 5e	—	1	—	—
— 6e	—	7	—	—
— 7e	—	13	—	—
— 8e	—	20	—	—

Tous les auteurs ont confirmé ces faits, et notamment, ici même, MM. Mantoux et Harvier, en 1910, en utilisant l'intra-dermo-réaction. Avec mes internes, MM. Kaplan et Liège, nous avons pratiqué un certain nombre de cutiréactions, et observé que, sur 23 cas, où la cutiréaction a été positive à un moment donné, elle a été, à la période éruptive, 17 fois négative et 6 fois positive. Ainsi que d'autres observateurs l'ont constaté, la cutiréaction n'est pas toujours négative à la période d'exanthème ; elle était positive chez 26 % de nos malades.

Comment expliquer ces réactions négatives ?

D'après une première hypothèse, l'exanthème morbilleux fait perdre à la peau, de façon temporaire, sa propriété de réagir à la tuberculine. Cette explication n'est généralement pas admise. Il y a d'ailleurs des maladies où la cutiréaction devient négative sans qu'il y ait le moindre exanthème ; la coqueluche en est un exemple.

La coqueluche, comme la rougeole, ainsi que je l'ai montré dans une leçon sur *coqueluche* et *tuberculose* reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*, est accusée de favoriser l'évolution de la tuberculose. Or, avec M. Forgeron, nous avons constaté souvent, pendant la coqueluche, une cutiréaction négative et ultérieurement une cutiréaction positive.

D'après une seconde hypothèse, la cutiréaction est négative du fait d'une modification des humeurs de l'organisme.

Pour M. Von Pirquet, il y a, dans les humeurs des tuberculeux, des corps spéciaux, des *ergènes*, qui sont indispensables à l'action de la tuberculine au niveau de la peau ; quand ces ergènes existent, l'organisme est en *état d'allergie*. Dans la rougeole, on suppose que ces ergènes disparaissent des humeurs et que, par suite, la cutiréaction à la tuberculine devient impossible ; l'organisme devient en état d'*anergie temporaire*.

Si l'on admet que ces ergènes sont de l'ordre des anticorps, on peut supposer que leur disparition entraîne un affaiblissement des réactions défensives de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch ; ainsi s'expliquerait une évolution tuberculeuse à la suite de la rougeole.

Cette explication soulève de nombreuses objections que je n'ai pas le loisir de vous exposer.

Il n'est pas démontré que la cuti-réaction témoigne d'un état d'immunité de l'organisme, et que sa disparition indique un changement de l'état humoral.

Il faut remarquer, d'autre part, le peu de temps pendant lequel la cuti-réaction devient négative.

Enfin, dans les rougeoles suivies d'une évolution tuberculeuse, la cuti-réaction reparait souvent dans le temps voulu ; si l'absence de réaction témoignait d'une prédisposition de l'organisme, d'un défaut d'immunité, elle devrait rester négative.

Un des malades dont je vous ai parlé a présenté le jour de sa mort une cuti-réaction positive, et l'autopsie a montré des lésions tuberculeuses importantes.

Il convient donc de faire d'expresses réserves sur les explications que je viens de rappeler.

On doit se demander si la rougeole n'a pas une *influence favorable sur la tuberculose du fait qu'elle exerce une action locale sur l'appareil respiratoire et sur les ganglions trachéo-bronchiques*.

Dans la rougeole, il y a toujours une inflammation catarrhale des voies respiratoires, rhino-pharyngite, laryngite, trachéite, bronchite ; les ganglions trachéo-bronchiques sont tuméfiés et congestionnés. Dans les rougeoles compliquées d'infections des voies respiratoires, l'inflammation des muqueuses et des ganglions devient encore plus importante. Il est donc permis de penser que, sous l'influence de ces processus locaux, il se produit des modifications dans les lésions tuberculeuses pulmonaires et ganglionnaires déjà constituées, que la surinfection entraîne un ramollissement de la matière tuberculeuse ou un état spécial des ganglions qui facilite le passage des bacilles de Koch dans les voies lymphatiques et leur diffusion soit dans le parenchyme pulmonaire voisin, soit dans tout l'organisme par la voie sanguine.

Le rôle des infections associées ou intriquées avec la tuberculose est bien démontré pour nombre d'affections ; il me paraît légitime de le retenir quand il s'agit de la rougeole.

Le même processus peut également être admis pour la coqueluche, dont le microbe envahit également l'arbre respiratoire, qui détermine des congestions et des inflammations des muqueuses et des ganglions trachéo-bronchiques. La même explication peut être valable pour expliquer l'action favorisante de la coqueluche et de la rougeole sur la tuberculose.

***

Telles sont les raisons pour lesquelles je me range du côté des médecins qui admettent que la rougeole peut

avoir une influence favorisante sur une tuberculose avérée ou occulte. Certes, cette influence n'est pas constante, mais elle est loin d'être rare ; c'est l'observation clinique et non la méthode des statistiques qui permet de la démontrer. Les observations de nos malades me paraissent démonstratives.

Je ne retiens pas l'observation de notre quatrième malade qui n'est pas très probante ; cette fille d'un an avait de grosses lésions tuberculeuses d'un poumon ; elle est morte, le huitième jour de sa rougeole, peut-être d'une broncho-pneumonie banale. Mais, pour les trois autres, il me semble bien que la tuberculose soit responsable de la mort rapide survenue quelque temps après la rougeole.

La première, la fille de 14 mois, n'a aucun symptôme d'évolution tuberculeuse avant la rougeole. La température tombe le treizième jour, puis remonte graduellement et la mort survient le quarante-et-unième jour. Nous constatons, pendant la vie, des signes de broncho-pneumonie diffuse et, à l'autopsie, une broncho-pneumonie tuberculeuse étendue.

La deuxième malade, la fille de 13 mois, a probablement une évolution antérieure à la rougeole. Elle ne présente pas de défervescence : elle reste fébrile et elle meurt le trente-et-unième jour. Nous trouvons des cavernes tuberculeuses dans un poumon, des ganglions trachéo-bronchiques caséeux, des granulations tuberculeuses récentes disséminées autour de la caverne et des ganglions.

Notre troisième malade, le garçon de 21 mois, a probablement une évolution tuberculeuse avant la rougeole. Il meurt le trente-deuxième jour. Nous trouvons de la tuberculose caséeuse dans un poumon et dans les ganglions trachéo-bronchiques, ainsi que des granulations tuberculeuses récentes.

Il est bon de retenir que la rougeole donne assez souvent un coup de fouet à la tuberculose, qu'il n'est pas indifférent qu'un tuberculeux contracte la rougeole, que, par conséquent, il faut prendre pour les tuberculeux encore plus de précautions que pour les autres enfants, afin de leur éviter la rougeole, soit en les isolant, soit en leur faisant des injections préventives de sérum de rougeoleux guéri. On évitera ainsi, dans un certain nombre de cas, l'aggravation d'un état qui aurait pu ne pas évoluer, si l'enfant n'avait pas contracté la rougeole.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1929.

Mycétome du pied à grains blancs. — *MM. G. Delamarre* et *C. Gatti* (d'Asuncion, Paraguay) relatent l'observation d'un mycétome du pied à grains blancs, durs, réniformes. Ce mycétome intéresse la peau, l'hypoderme, les gaines synoviales et les os, mais respecte les ganglions lymphatiques. Peu hypertrophiant, d'évolution lente, il est insensible à l'IK. Eu égard à la scléro-mélanodermie relevée sur le dos du pied malade, il mérite une place spéciale parmi les mycétomes scléreux, à petits nodules et petites fistules, cliniquement si différents des mycétomes avec infiltration lardacée diffuse et gros nodules ainsi que des mycétomes pseudo-tumoraux ou pseudo-kystiques.

Influence de la vaccination antityphoïdique au cours d'une grave épidémie familiale de fièvre typhoïde. — *M. A. Lemierre* rapporte l'histoire d'une épidémie familiale de fièvre typhoïde, ayant frappé six personnes sur huit habitant le même logis. Il s'agissait d'une épidémie par contagion, la première personne malade étant revenue de province déjà malade. Seuls échappèrent le père de famille, vacciné dix ans auparavant pendant la guerre et une petite fille de six ans tenue à l'écart des malades et qui reçut, après l'évacuation des cinq premiers typhiques sur l'hôpital, deux injections de vaccin antityphoïdique. Un garçon de quatorze ans, vacciné en même temps que cette petite fille, fit une typhoïde à incubation prolongée, à marche traînante, atypique et extrêmement bénigne. Cette bénignité est à opposer à la sévérité des cinq autres cas causés par le même bacille d'Eberth.

Cette épidémie a réalisé une véritable expérience démontrant avec le maximum de probabilité, d'une part la longue durée de l'immunité conférée par la vaccination antityphoïdique, d'autre part l'influence heureuse que peut exercer cette vaccination, même quand elle est pratiquée pendant la période d'incubation de la dothiénentérie, sur l'évolution ultérieure de la maladie.

Au sujet du B. C. G. — *M. Alberto Ascioli* (de Milan) apporte, à propos des dernières discussions à l'Académie, des preuves nouvelles en faveur dr l'emploi du B. C. G.

Note sur la valeur alimentaire de la farine d'arachides. — *M. Boigey* a fait une étude complète de la farine d'arachides extraite des tourteaux après la fabrication de l'huile. Il montre qu'un poids donné de farine d'arachides nourrit plus qu'un même poids de viande. Les expériences qu'il a faites sur l'homme et sur l'animal démontrent l'intérêt qu'il y aurait à utiliser la farine d'arachides pure ou associée à des farines de pois, de haricots, etc.

Au point de vue économique, il y aurait un grand intérêt à développer la culture de l'arachide dans nos colonies et même en France.

A propos du masque dans la prophylaxie de la grippe. — *M. Marchoux*, dans la dernière séance, avait préconisé le port d'un masque pour tous ceux qui approchent des malades atteints de grippe. Il donne communication d'une note de M. Brunet qui vient de faire une expérience du masque à l'hôpital maritime de Brest. Pendant la dernière épidémie de grippe qui a amené six cents malades à l'hôpital, les médecins, infirmiers et les malades portaient le masque de mousseline humectée avec de l'huile goménolée. Aucun cas de contagion hospitalière n'a été constaté.

« Les médecins meurent de faim ou de fatigue. »

LISFRANC

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Aortite syphilitique.

Grande insuffisance ventriculaire gauche

Par M. MARCHAL
Médecin des Hôpitaux.

M. B., âgé de 55 ans, exerçant la profession de voyageur de commerce.

Le malade nous apparaît encore dyspnéique, à la suite d'une crise dramatique d'œdème pulmonaire aigu qu'il a présentée deux jours auparavant. Le médecin traitant assistait à la fin de la crise, et en notait les caractères saillants :

Tachypnée avec soif d'air angoissante, plaques livides sur le visage, pluie de râles sous-crépitants aux bases, expectoration mousseuse et rosée. Il existait, en outre, de nombreuses extrasystoles, et la tension artérielle était de 15/9,5.

Un centigramme de chlorhydrate de morphine, en injection sous-cutanée, avait hâté le soulagement fonctionnel du malade.

Celui-ci nous apprend que ses troubles dyspnéiques ne remontent guère qu'à 1926, déterminés que par les efforts pendant deux ans. Depuis quelques mois, le malade souffre de dyspnée de décubitus, avec crises d'asthme cardiaque, sans angine de poitrine. Jamais n'était encore survenu d'œdème pulmonaire avant la poussée récente, observée par le médecin traitant.

La recherche des antécédents nous confirme un éthylisme que l'habitus du malade laissait déjà pressentir. Nous ne trouvons aucune présomption de rhumatisme articulaire aigu. Enfin l'interrogatoire ne relève aucun stigmate de spécificité, ni personnel, ni familial.

Sur le teint particulièrement pâle de la physionomie se détache un lacis de fines variosités. Les extrasystoles se sont considérablement raréfiées. L'on perçoit, au palper et à l'oreille, un rythme de galop présystolique, sur presque toute la surface précordiale. Au niveau de tout le tiers moyen du sternum, éclate un clangor du 2e bruit, auquel fait suite un léger souffle diastolique, doux et filé ; cette fuite paraît un peu écrasée par le bruit retentissant qui la précède, et n'est décelée que par une recherche attentive. La pointe du cœur, nettement abaissée, bat dans le 6e espace intercostal. La crosse aortique déborde la fourchette sternale. Le pouls est à 115 à la minute ; les deux pouls radiaux sont égaux et synchrones ; la palpation des artères radiales et humérales ne décèle pas la vibrance particulière aux aortiques, mais ce fait ne saurait nous étonner, puisque la fuite aortique est, en somme, relativement minime. Enfin la tension artérielle (Vaquez-Laubry) est de 20-9,5.

L'examen des poumons ne montre plus trace du récent œdème pulmonaire aigu.

Les urines sont restées à un taux normal, sans albumine. Il n'existe pas d'anasarque. Nous ne notons aucun trouble de la réflectivité, ni de troubles papillaires ; mais nous observons une leucoplasie jugale, largement développée à chaque commissure.

En somme, chez ce malade, une insuffisance ventriculaire gauche, typique, a progressé depuis une trentaine de mois pour aboutir à la phase des grands accidents paroxystiques. Nous arrivons au décours d'une crise dramatique d'œdème pulmonaire, alors que le malade continuait, tant bien que mal, à travailler, et se refusait à tout examen médical. Ni l'insuffisance cardiaqu ni la syphilis (totalement méconnue et pourtant affirmée par l'association aortite + leucoplasie) n'ont subi le moindre traitement. Il faut donc recourir à une thérapeutique d'urgence et prévoir un traitement spécifique sur l'opportunité duquel la Société médicale des hôpitaux a longuement discuté l'an dernier.

Comme prescriptions immédiates : Repos absolu pendant un mois. Régime lacto-végétarien. Saignée. Injections intraveineuses d'un dérivé du strophantus. Suppression des iodures.

Comme traitement ultérieur : Cure hydrargyrique prudente.

1° Le *repos absolu* est la base indispensable de tous les autres soins. Le malade pourra prendre toutes les positions qui soulageront sa dypsnée, mais il restera confiné au lit, durant les dix premiers jours ; il ne fera que trois ou quatre pas entre le lit et son fauteuil, les vingt jours suivants.

2° Le *régime* à base de 1 litre 500 de lait par jour, de potages épais, de purées, de légumes, de fruits crus bien mûrs et de compotes, aura l'avantage de mettre au repos un tube digestif qui a connu maints excès alimentaires, et de solliciter au minimum la fonction antitoxique d'un foie déjà trop menacé par les habitudes éthyliques.

3° Une *saignée* de 300 grammes, par ponction veineuse va soulager la dyspnée qui traine derrière la grande crise d'œdème pulmonaire aigu.

4° Le meilleur espoir d'amélioration consiste dans l'*ouabaïne*, qui va stimuler la tonicité et la contractilité d'un cœur gauche défaillant.

En raison de la gravité de cette faillite ventriculaire, il faut agir vite, avec certitude, et juste aux doses nécessaires. Donc, sans hésitation, la voie intra-veineuse est seule indiquée.

La première injection, le jour même est de 1/2 cmc. de cardibaïne (ouabaïne cristallisée chimiquement pure) (Deglaude). Chaque ampoule contient 1 cmc. correspondant à un quart de milligramme.

La deuxième injection, le lendemain, sera de 3/4 cmc. de cardibaïne.

Puis, tous les jours ou tous les 2 jours, l'on répètera une injection de 3/4 cmc. ou de 1 cmc. Le nombre total des injections pourra varier de 5 à 20, suivant les réactions du malade.

Cette façon de procéder, aussi souple que possible, ne respecte pas certains dogmes, mais elle a fourni les meilleures preuves de son efficacité et de son innocuité.

Nous avons, en effet, dans l'ouabaïne intra-veineuse une arme très active, à marge restreinte entre la dose thérapeutique et la dose toxique. Un demi-milligramme est une dose dangereuse qu'il ne faut pas utiliser. Un quart de milligramme ne donne jamais d'accidents toxiques,

mais peut se montrer plus nuisible qu'utile chez certains malades en très grande insuffisance cardiaque, de même qu'un violent coup de fouet peut rester totalement inopérant sur un animal extrêmement surmené. Il suffit assez souvent d'un demi ou de trois quarts de centimètre cube, pour atteindre la dose strictement nécessaire aux fibres cardiaques. La drogue, ne s'accumulant pas dans l'organisme, doit être réinjectée à intervalles assez rapprochés, quotidiennement ou tous les deux jours, sans limite arbitraire dans le nombre total, qui peut atteindre largement la vingtaine.

Le seul critère est l'amélioration obtenue vis-à-vis de l'insuffisance cardiaque ; deux jours après l'arrêt de l'amélioration observée, l'on arrêtera progressivement la série d'injections. Lorsqu'un malade en état de grande insuffisance ventriculaire gauche ne bénéficie pas assez rapidement des premières injections ou s'il les supporte mal, le pronostic prend un tour désespéré à brève échéance, puisque notre arsenal thérapeutique, encore bien restreint, se trouve privé de son arme la meilleure.

5° La *suppression des iodures*, solution purement négative, comporte néanmoins une importance majeure. Le malade consulté avait absorbé, de son propre chef, des doses assez fortes d'un produit contenant de l'iodure de caféine; et l'œdème pulmonaire aigu s'est déclanché deux jours après le début de cette ingestion. Voici le quatrième cas d'œdème pulmonaire aigu, déclanché par un iodure, que je note en moins de deux ans. Les circonstances en sont calquées les unes sur les autres : un malade, plus ou moins scléreux, qui a eu l'occasion d'être soumis à un traitement iodé, plusieurs années auparavant, se soigne sans avis médical avec le même médicament, jusqu'au jour où l'insuffisance ventriculaire gauche, sournoisement développée, prépare le terrain où l'iodure fera exploser, en quelque sorte, la grande crise œdémateuse.

6° La *cure hydrargyrique* ne sera instituée que d'ici 12 ou 15 jours, lorsque le cœur aura récupéré de la tonicité.

L'administration pourra se faire par voie intra-musculaire sous forme de biiodure de Hg (à deux centigrammes par ampoules de 1 cmc.) ; une injection tous les deux jours, jusqu'à un total d'une quinzaine. L'administration par suppositoires, empruntant la voie portale, est également active, et offre l'avantage de faire passer immédiatement le mercure par le foie. Chez notre malade, nous prescrivons.

Un Suppargyre (Faucher) à 0 gr. 04 d'hydrargyre tous les 2 jours. Total de 15.

Le traitement spécifique chez un cardiaque est toujours très délicat à manier. L'on ne peut indiquer que des schémas, et le médecin traitant doit avoir la plus grande latitude de les modifier suivant les réactions du malade.

Dans l'évolution ultérieure de cette aortite syphilitique, il faudra varier et doser le traitement spécifique ; il feudra aussi modifier et rapprocher plus ou moins les cures toni-cardiaques ; enfin il faudra surtout continuer étroitement les deux thérapeutiques.

La Ménopause et ses troubles

III. — Phénomènes congestifs et hémorragies.

Les bouffées de chaleur constituent le mode le plus habituel de dilatation vasculaire et de déséquilibre circulatoire qu'on observe si fréquemment dans la ménopause.

On constate, en outre, de nombreux phénomènes congestifs localisés dans différents organes. C'est ainsi que les accès brusques de vaso-dilatation cutanée de la face amènent souvent de la couperose permanente. Au niveau de la tête, on observe encore des conjonctivites rebelles, comme le montre l'observation suivante :

Mme P., âgée de 52 ans, se plaint depuis plusieurs mois de troubles variés attribuables à la ménopause, car ils ont apparu peu après la cessation de la fonction menstruelle. Ce sont des bouffées de chaleur, des palpitations, des troubles dyspeptiques, des vertiges, de la dyspnée. En outre, la malade présente de l'injection des conjonctives, véritable conjonctivite double, avec sensation de grains de sable dans les yeux et fatigue rapide de la vue, traitée en vain par des lotions et des collyres. Nous donnons à Mme P. un comprimé de *Lachésine*, le matin et un autre le soir. Après trois jours de traitement, cessation complète des symptômes pénibles : disparition des bouffées congestives et des troubles de la digestion. Enfin les conjonctives ont repris leur aspect normal : toute gêne visuelle a disparu.

***

Voici une observation caractéristique de cette congestion localisée aux cordes vocales :

Mme H., âgée de 51 ans, vient nous consulter pour un enrouement datant de plusieurs mois, qui cède un peu, de temps en temps, pour récidiver bientôt. Les cordes vocales sont légèrement rosées. Comme la malade se plaint aussi de troubles variés dus à la ménopause, nous lui conseillons de prendre chaque jour deux comprimés de *lachésine*. Les troubles généraux disparaissent rapidement, la voix retrouve sa pureté et les cordes vocales leur blancheur normale.

Les phénomènes congestifs sont également responsables de maux de tête, de dyspnée sans cause, de gonflement hépatique avec ictère et, lorsqu'ils intéressent les reins, de polyurie ou d'oligurie ou encore d'albuimnurie transitoire.

***

Un degré de plus, et la congestion donne lieu à de véritables hémorragies. C'est ainsi qu'on observe des métrorragies paraissant après une longue période d'aménorrhée. On sait, d'ailleurs, que ces hémorragies sont toujours suspectes et peuvent faire soupçonner une transformation néoplasique.

On a observé les hémorragies les plus variées, telles que les hémoptysies, les épistaxis, les hématémèses et même l'éruption de sang par les points lacrymaux.

Tous ces symptômes se rapportent évidemment à une même cause pathogénique qu'il importe de traiter : l'hypertension spéciale de la ménopause, qui fera l'objet de notre prochain article.

Un traitement spécial s'impose contre ces symptômes pénibles et quelquefois redoutables par leur répétition.

L'observation suivante montrera que la *lachésine*, en s'adressant à la cause de ces états morbides, donne un resultat thérapeutique tout à fait satisfaisant.

Mme P., âgée de 45 ans, a subi il y a un an l'ablation des deux ovaires. Rapidement après l'opération, elle a été prise des troubles variés habituels : bouffées de chaleur très fréquentes suivies de crises de sueur, dyspepsie, asthénie, etc. Elle a été sujette de plus à des hémoptysies assez abondantes qui survenaient principalement à l'époque des règles disparues et bien souvent dans l'intervalle de ces époques. L'administration de la *lachésine* (deux comprimés par jour), a considérablement réduit tous les troubles ci-dessus et, ce qui est particulièrement intéressant, a fait complètement cesser les hémoptysies en un mois.

Dr MENDEL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Voies respiratoires.

L'asthme offre de « nouveaux horizons ». A. Haibe (*Bruxelles médical*, 30 décembre 1928) envisage, parmi les différents types, l'asthme bronchique, à l'origine duquel on trouve souvent une affection inflammatoire de l'arbre respiratoire, suivie de lésions plus ou moins chroniques ; ces lésions constituent l'*épine* irritative de nature microbienne qui entretient l'asthme ; les antigènes responsables sont surtout le staphylocoque (rhinite) et le streptocoque (bronchite). Après douze années de recherches et d'observations, l'auteur croit pouvoir affirmer que les streptocoques hémolytiques jouent un rôle pathogénique de premier plan dans l'asthme bronchique et que les auto-vaccins préparés avec ces antigènes donnent des résultats favorables dans 80 % des cas. L'auto-vaccinothérapie a pour effet, le plus souvent, de tarir la source des streptocoques antigéniques et de supprimer les symptômes bronchiques ; elle provoque, au moins au début, un afflux considérable de globules blancs polynucléaires dans les régions atteintes, stimulent la leucocytose sanguine et remanient la formule globulaire dans le sens d'une polynucléose neutrophile ; les injections de vaccin, répétées au même endroit, créent un état réfractaire local, qui tend à devenir général, quand on injecte chaque fois un endroit neuf de la peau. Les enfants guérissent rapidement et radicalement : les cas invétérés des adultes sont moins favorables à cause de l'imprégnation profonde du mal et des lésions organiques, et constituent les déchets de la statistique, bien que les crises s'atténuent et se raréfient pour le plus grand profit de l'appareil circulatoire. Sur 1.200 malades de tous âges et de toutes conditions, 40 % restent guéris depuis six ans, 40 % ont été améliorés au point que leurs crises sont devenues rares et supportables et 20 % n'ont pas bénéficié de la méthode.

Système nerveux.

La méningite tuberculeuse voit son évolution précipitée par l'injection intra-rachidienne de sanocrysine. Jose Valdes Lambea avait publié un cas (*Revista Española de medicina y Cirugia*, octobre 1927), où le traitement avait paru inutile et presque sûrement préjudiciable ; il en publie, en collaboration avec Placido Buylla (*Semana medica*, novembre 1928), un second cas qui fut « *désastreux* ». Il s'agit d'un homme de 25 ans, dont le liquide céphalo-rachidien contenait 110 cellules composées en majorité de lymphocytes inaltérés et 2 gr. 50 ‰ d'albumine. On pratique une injection intrarachidienne de *huit milligrammes* de sanocrysine en solution dans de l'eau distillée ; douze heures après, l'aggravation est manifeste : excitation générale, délire aigu, irritation motrice, rigidité de la nuque gagnant le dos et la région lombaire ; les douze heures suivantes la situation empire ; le liquide céphalo-rachidien contient 700 cellules et 4 gr. 50 ‰ d'albumine ; le lendemain les sphincters se paralysent et le sujet meurt dans le coma. La sanocrysine a produit une réaction méningée intense : elle doit être abandonnée définitivement, pour les auteurs, dans le traitement de la méningite tuberculeuse.

Obstétrique.

L'étude de 102 cas d'éclampsie observés à la Maternité de Lausanne (G. Bernard, *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 décembre 1928) montre les bons résultats du traitement Stroganoff (morphine, chloral) Zweifel (saignée) pour la mère (0 % de mortalité) dans les cas légers et d'intensité moyenne ; dans les cas graves, par contre, la mortalité maternelle fut de 50 % ; les résultats sont inférieurs pour l'enfant (27 % de mortalité). Le traitement *actif* (accouchement forcé par intervention obstétricale ou chirurgicale) donne des résultats nettement supérieurs dans les cas graves ; la mortalité tombe de 50 à 27 % pour la mère et de 28 à 7,7 % pour l'enfant. La pilocarpine, le sulfate de magnésie et la lampe de quartz n'ont pas fait leurs preuves : l'accouchement forcé et l'emploi des sudorifiques sont contre-indiqués. Le traitement préventif s'adresse à l'albuminurie gravidique ; on contrôle régulièrement les urines, la pression sanguine, etc. ; dans les cas graves non influencés par le régime lacté absolu et le repos au lit, il est indiqué d'interrompre la grossesse par voie vaginale si l'enfant n'est pas viable, par voie abdominale si l'enfant est vivant et viable. Le traitement de l'éclampsie s'applique à l'*éclampsisme* (synonyme de menace d'éclampsie, de prééclampsie ou d'éclampsie sans crises suivant les auteurs).

Organes hématopoïétiques.

Le « pseudo-syndrome » de Banti a été observé dans deux cas par Hugo Ahlbom, d'Avesta, (*Acta chirurgica scandinavica*, 31 décembre 1928) ; le tableau clinique consistait essentiellement en hématémèses (avec melæna), splénomégalie, anémie et diminution des leucocytes ; la splénectomie fut pratiquée avec un excellent résultat dans le premier cas et une issue fatale trois jours après dans le second. L'examen histologique de la rate permit de constater dans un des cas des signes d'hyperplasie et de stase, et dans l'autre, des signes prédominants de stase, mais dans aucun cas la rate de Banti typique (fibro-adénie avec sclérose réticulaire). L'hypothèse d'une pyléphlébo-sténose comme élément causal est à rejeter dans un des cas au moins ; l'hyperplasie serait le phénomène primaire, et la stase la conséquence. S'il n'existe aucune unité dans la classification, l'étiologie et la pathogénie de cette affection, aucune divergence ne peut exister sur le traitement ; la splénectomie constitue la seule intervention susceptible d'améliorer le pronostic si sombre de ces syndromes ; des malades ont obtenu des survies de 6 à 8 ans avec des diagnostics de maladie de Banti, d'anémie splénique ou de pyléphlébosténose. L'intervention est grave et la mortalité élevée ; mais les risques de la splénectomie sont infiniment moindres dans les périodes de rémission hémorragique.

Chirurgie.

Le cancer du sein se présente comme un problème de thérapeutique, qui nécessite non seulement une modification des techniques, mais encore une étude biologique de cette tumeur (A.-H. Roffo, *Boletin de l'Instituto de Medicina Experimental*, 19 novembre 1928.) Si l'on admet qu'il représente un processus local, il est hors de doute que la chirurgie réalise le meilleur traitement, à condition que l'exérèse soit ample et surtout précoce ; la technique chirurgicale actuelle paraît être arrivée à un maximum de perfection. La radiothérapie profonde donne des résultats plus *énigmatiques*, qui ne doivent pas faire hésiter à choisir la méthode chirurgicale.

La chirurgie, combinée avec les radiations, donne le plus grand nombre de chances de succès *à longue distance* ; mais, comme toujours, les meilleurs résultats dépendent avant tout de la précocité du diagnostic. La radiothérapie est susceptible de progrès considérables au point de vue technique ; elle doit surtout s'adapter au facteur histologique, qui a une importance certaine, non seulement pour le pronostic et l'évolution de la tumeur, mais encore pour le dosage des rayons. Enfin les idées modernes montrent de plus en plus le rôle du terrain modifié, soit par des altérations endocriniennes, soit par des troubles de la nutrition.

Petite chirurgie.

La récupération des pansements est pratiqué à l'hôpital Brugmann depuis une vingtaine d'année (Heusquin, *Bruxelles médical*, 16 décembre 1928), suivant un procédé qui ne laisse aucun doute sur l'asepsie. Les pansements d'un seul service, préalablement marqués, trempent pendant vingt-quatre heures dans une solution de sel de soude et de savon ; puis ils sont égouttés dans des paniers métalliques ; de là ils passent dans une cuve d'ébullition contenant 200 litres d'eau et 300 grammes de savon pour 1.500 grammes de pansements ; après rinçage à l'eau fraîche, les pansements trempent pendant 10 minutes dans une solution au millième de chlorure de chaux et sont rincés à grandes eaux. On sépare les compresses des bandes, encore mouillées, car c'est plus facile et on les fait sécher avant de les envoyer à la stérilisation ; les bandes sont roulées sur de vieilles machines à coudre spécialement modifiées.

En 1927, huit mille kilos de pansements ont été récupérés ; le prix de lessivage revient à 3 francs 15 le kilo ; l'économie réalisée a été de *trois cent vingt mille francs*. Les pansements trop souillés sont brûlés.

Varia.

La fièvre est, avec la douleur, le symptôme le plus commun de la pathologie et, par suite, le plus vague comme signification diagnostique (Gregorio Marañon, de Madrid).

Nous avouerons que notre amour pour les néologismes est assez réservé. Nous ne les admettons que lorsqu'ils caractérisent de façon bien précise une notion anatomique, pathologique ou thérapeutique et concentrent en eux les éléments de définition, d'identification de ces notions. Ils ont en même temps alors une valeur mnémotechnique (F. Watry, d'Anvers).

GLANURES

Un médecin éditeur. — Il y a bientôt vingt-cinq ans, un étudiant en médecine, originaire de la Vendée, Henri Martineau, sortait vainqueur d'un concours de poésie organisé par la revue *La Plume*, morte depuis, après avoir tenu un rôle important dans la vie littéraire.

Comme thèse de doctorat, le docteur Martineau publia un volume sur *Le Roman scientifique d'Emile Zola*. Puis il partit pour son pays natal, où il prit la succession de son père, médecin de campagne.

Resté curieux de lettres, le jeune docteur en médecine, pour demeurer en contact avec les milieux littéraires de Paris, fonda une revue, *Le Divan*, qui, après vingt années d'exercice, poursuit sa carrière avec méthode et s'est toujours distingue par sa tenue littéraire en même temps que par son indifference à l'égard de tout ce qui n'est pas littérature.

Mais, à mesure que sa clientèle se développait, le docteur Martineau se fatiguait de plus en plus et, devenu le docteur en renom de toute une région, il dut se résigner à changer de métier.

Il vint à Paris et entra dans une maison d'édition, pour apprendre le métier. Au bout de quelques mois, il installait une librairie place Saint-Germain-des-Prés, puis se mettait à éditer des ouvrages de littérature. C'est ainsi qu'il exerça une action décisive dans le lancement de l œuvre posthume de Toulet, poète précieux et homme d'esprit des plus acerbes.

Devenu l'un des oracles du stendhalisme, M. Martineau, qui publie régulièrement une chronique stendhalienne dans *Le Divan* est en train de donner une édition, pratique et savante à la fois, des *Œuvres complètes* de Stendhal. Dans le même format, plus petit que l'ordinaire, il a ensuite lancé une édition des *Œuvres* de Mérimée et de Gérard de Nerval. Il se propose de rééditer Crébillon le fils, auteur scandaleux mais psychologue delie. — L. Th. (*Aux Ecoutes*).

La pommade à l'extrait de cerfeuil contre la douleur et la fétidité des plaies cancéreuses. — M. le docteur A. Mollière, médecin de l'hospice du Calvaire de Lyon, a eu la curiosité d'essayer, non point dans le traitement du cancer lui-même, mais contre la douleur et la fétidité de certaines plaies cancéreuses, un vieux médicament : le cerfeuil, préconisé autrefois à l'extérieur par l'école de Salerne et plus près de nous par quelques médecins du XVIII[e] siècle.

Voici ce qu'il écrit dans le *Bulletin du Lyon médical* :

« Nous ne voulons pas nier les incontestables succès obtenus par les méthodes modernes ; mais pour les ratées cela se paye en souffrances comparables aux douleurs névritiques des artérites ou des anciennes brûlures, douleurs exquises comme on disait autrefois.

Contre ces douleurs, les pommades analgésiques ne manquent pas : analgésine, cocaïne et ses dérivés, allocaïne ou scurocaïne, scuroforme, etc., mais elles ne sont pas sans inconvénients : accidents toxiques, tels que nausées, syncope, diarrhée et surtout érythèmes autour de la plaie cancéreuse qui se développe alors rapidement.

La pommade à l'acétate de plomb avec extrait de belladone ou de ciguë paraît moins dangereuse, mais peut néanmoins causer des accidents.

Un des nombreux commentateurs de l'école de Salerne, maître Michel le Long, provinois (Paris, Nicolas et Jean de la Coste, 1643) admet qu' « au cancer se rencontrent deux matières « veneneuses, l'une pourrissante, l'autre corrosive et brûlante, « de sorte que si on a la volonté de faire suppurer l'apostème « on augmentera la pourriture, et si l'on veut arrêter la pour- « riture par des remèdes caustiques, le venin corrosif s'augmen- « tera... Pour ce que le cerfeuil est médiocrement chaud et « composé de parties subtiles : partant il peut dessécher la « matière virulente des chancres sans les irriter, joint qu'il est « sans acrimonie. »

L'opinion de Michel le Long nous semble exacte. Il y a, pourrait-on dire, des cancers qui font mal et d'autres qui puent. Souvent l'un et l'autre, mais nous nous sommes demandé si le cerfeuil pouvait soulager et s'il fallait ajouter foi à la scholie salernitaine :

> Les feuilles de cerfeuil incorporées,
> Des ulcères chancreux apaisent le tourment ;
> Aux douleurs de côté donnent allégement,
> Etant parmi le vin en poudre dévorées.
> Le cerfeuil appliqué fait arrêter le pas,
> Aux flux immodérés de la bouche et du bas.

L'absence de toxicité du cerfeuil dont abusent bien des cuisiniers nous autorisait à essayer. D'autre part, Geoffroy au XVIII[e], siècle, et plus près de nous, Desbois de Rochefort (dictionnaire en 60 volumes, article *cerfeuil*), l'ont préconisé à l'extérieur aux lieu et place de l'extrait de belladone, de ciguë ou de jusquiame. Ces substances, nous le répétons, peuvent causer des accidents, surtout s'il s'agit de larges surfaces à panser.

La maison Boulanger-Dausse a bien voulu nous fournir la quantité voulue d'extrait de cerfeuil préparé suivant son procédé habituel. Chez des malades préalablement traités par la pommade acétate de plomb — extrait de belladone, nous avons utilisé à leur insu, l'extrait de cerfeuil à 4 grammes pour 30 de lanovaseline en réduisant à 2 grammes au lieu de 6 la proportion d'acétate de plomb.

Sur une dizaine de malades ainsi traitées, nous avons pu constater :

Une sédation de douleurs moins rapide mais plus durable qu'avec l'extrait de belladone ;

Un meilleur aspect de la plaie avec suppuration moindre et décongestion des alentours :

L'absence complète de phénomènes toxiques.

Le cerfeuil a-t-il à la fois une action décongestionnante par lui-même et antiseptique par une huile essentielle que Stanislas Martin préconisait comme stomachique au siècle dernier, cela paraît vraisemblable. Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il s'agit là d'un remède de plus, non point du cancer lui même, mais de ce qui rend si intolérable la douleur et la fétidité.

Nous n'avons pas essayé l'extrait de cerfeuil à l'intérieur. Nous avons connu, jadis ; un malade atteint de néoplasme rectal haut placé qui prétendait être soulagé par des lavements d'une infusion concentsée de cerfeuil. Il n'en coûterait rien d'essayer à l'occasion ».

Pour les doctoresses. — M. André Thérive est un homme de lettres éminent en même temps qu'un philologue et un lexicographe des plus qualifiés. Or, voici, que dans les *Nouvelles littéraires* du 23 février 1929 et sous sa signature, nous lisons l'entrefilet suivant : « ... Profitons de l'occasion pour dire que *doctoresse* est très vivant, et que c'est une monstruosité d'écrire comme on le voit sur les cartes de visite et dans les gazettes, *Madame le docteur X...* C'est aussi ridicule que serait *Monsieur la nourrice* ».

Puisque le ridicule tue, nous sommes sûr que *doctoresse* finira par triompher, et ce sera tout bénéfice pour l'euphonie et la correction du langage.

D[r] E. Callamand.

Bonaparte et l'Institut d'Egypte. — Emile Ludwig, de son vrai nom Cohn et d'origine israélite, est le fils d'un oculiste célèbre de Breslau. Auteur dramatique, romancier et historien, il a étudié avec passion la psychologie de Bismarck et de Guillaume II, et publié des essais sur Œdipe roi, sur César Borgia et Laurent de Médicis. Mais son chef d'œuvre est *Napoléon* (1), la meilleure biographie intime, la plus attachante et la plus parfaite, la plus complète tout en restant maniable, qu'on ait jamais écrite sur le héros sans pareil.

Pour illustrer la manière de Ludwig, voici le tableau pittoresque qu'il trace de Bonaparte à l'Institut d'Egypte :

« A l'Institut, le général n est que l'égal des autres ; jamais il ne cherche à se prévaloir de son rang pendant les débats. Les questions soulevées sont pourtant bien souvent d'ordre pratique et concernent l'armée : il faut filtrer l'eau du Nil, construire des moulins à vent, trouver de la matière première pour la poudre.

Un jour qu'il s'était mis en colère, Berthollet lui dit tranquillement : « Tu as tort, mon ami, tu deviens grossier». Et comme un médecin de la marine vient à la rescousse : « Je le vois bien, s'écrie Bonaparte, vous tenez tous ensemble ! La chimie, c'est la cuisine de la médecine et celle-ci n'est que la science des assassins !

— Et quelle définition trouveriez-vous pour l'art du conquérant, citoyen général ? lui rétorque le médecin.

Le dictateur tolère cette familiarité au sein de la république des sciences, alors qu'ailleurs presque personne n'ose plus le contredire.

Pendant des semaines et des semaines, l'ordre du jour se termine par ces mots : pas de nouvelles de France. Tous hésitent, gémissent, doutent. Seule l'Université ambulante étend sans arrêt le champ de ses admirables travaux. Bonaparte y prend part. Toujours au second plan, il met à profit cette pé-

(1) Un volume in-8° de 580 pages ; chez Payot, avec préface de Henry Bidou et 16 portraits hors texte.


VALENTINE'S PREPARATION
MEAT JUICE

riode d'attente, s'instruisant d'abord, donnant des conseils ensuite.

Les savants entreprennent l'étude du pays, tant au point de vue géographique qu'au point de vue géométrique.

Ils étudient les poissons du Nil, les minéraux, la mer Rouge let plantes du Delta et la composition du sable du désert ; ils examinent les possibilités d'exploitation des étangs salins et des alluvions du Nil : ils font des recherches sur les origines de la peste et du trachome qui rendait aveugle la moitié de l'Egypte ; ils impriment un dictionnaire et une grammaire; ils deblayent les temples de la Haute-Egypte ; ils découvrent la source de Moïse. Un officier apporte, de Rosette, une tablette de granit sur laquelle l'inscription était gravée à la fois en égyptien et en grec ; la clef des hiéroglyptes était trouvée.

Rien ne retient autant l'attention du général que le canal de Suez. Au cours de longues randonnées dans le désert, il poursuit les traces de l'antique canal et étudie les possibilités d'un nouveau percement. Tout ce qu'il note alors sera confirmé un demi-siècle plus tard par de Lesseps. Bonaparte n'agit pas en aventurier, mais en conquérant qui cherche à séparer les terres, à unir les mers. »

Dr E. Callamand.

Une « histoire » d'inhumation précipitée. — Les quotidiens rapportent le fait suivant qui s'est passé en Espagne, à Gracia, près de Barcelone et le présentent comme un exemple d'inhumation précipitée.

« Dans le faubourg de Gracia s'est déroulé un incident macabre. Comme le cortège funèbre d'une femme que l'on croyait morte des suites de la grippe, arrivait près du cimetière, on entendit des coups sourds semblant provenir du cercueil. On ouvrit immédiatement celui-ci et, en effet, la prétendue morte était vivante, bien que respirant à peine. Elle ne tarda pas toutefois, à succomber réellement cette fois sous le coup de la peur de se voir enterrée vivante. »

Ce récit qui n'a pas grande valeur scientifique, et qui avant d'être tenu pour véridique, demanderait une enquête sérieuse, est bien fait pour frapper l'esprit public et peut être rapproché des faits ou anecdotes réunis en 1740 par Winslow et par Bruhier en 1742. Bouchut dans la troisième partie de son traité des signes de la mort, écrivait à propos des 78 observations anciennes d'inhumations précipitées qu'il avait réunies : « elles resteront toujours dans le sujet qui nous occupe, ne fût-ce que pour témoigner de la faiblesse de l'esprit humain quand il est aux prises avec l'ignorance, la crainte et la superstition ».

« La mort apparente, écrit Lacassagne, dans son précis de médecine légale, a son histoire, ses légendes ; les récits les plus lugubres et les plus fantaisistes nous ont été transmis sur la possibilité de pareilles erreurs. Ces observations qui nous viennent du passé n'ont peut-être pas une grande valeur scientifique. Elles signalent toutefois les inquiétudes du peuple, montrent le mal et obligent les médecins et l'administration à prévenir ces accidents »

Le « foie de veau cocktail ». — De nombreux modes de préparation ent été proposés pour rendre l'ingestion de foie de veau acceptable par les malades : ingestion sous forme de bouillie après ébullition et hachage, soit en tranches, en sandwichs ou en boulettes etc., etc.

Un médecin de New-York, le docteur Wilkins vient de proposer une mixture « le foie de veau cocktail », dont voici la recette.

Sauce tomate : 1/2 tasse.
Jus de citron : 1/4 de tasse.
Worcestershire sauce : 2 cuillerées a café.
Echalottes finement hachées : 1/2 cuiller à café.
Sel et poivre, ad libitum.

Mélanger à deux parties 1/2 de cette sauce une partie de foie de veau finement haché. Secouez, glacez et servez avec des pâtisseries salées.

Mariages entre docteurs et doctoresses. — En 1898, le *Lyon Médical* signalait comme un fait susceptible de retenir l'attention, le mariage d'un médecin avec une femme médecin.

« Mme Chellier, écrivait notre confrère, la première Algérienne qui ait obtenu de la Faculté de médecine de Paris un diplôme de docteur en médecine, va épouser le docteur Castelli, médecin major détaché à l'Ecole de médecine du Val-de-Grâce.

Rappelons à cette occasion que les docteurs Déjerine, Jacques Bertillon, Sollier, Pillet, ont choisi leurs femmes dans la profession médicale ». Aujourd'hui on pourrait allonger singulièrement la liste... !

La médecine anecdoctique. — *Un mot de Gensoul à propos de la résection du maxillaire supérieur* (1827). — Un confrère félicitant Gensoul sur le succès de cette opération hardie. — Vous n'avez donc pas craint, lui dit-il, les phénomènes de réaction du côté du centre cérébral si rapproché ?

— Nullement, répond Gensoul, parce que je sais que LA FACE N'ENVOIE PAS DE DÉPUTÉ AU CERVEAU. (Dr E. F. A. Potton. Notice historique sur la vie et les travaux du Dr Joseph Gensoul).

Une anecdote sur Malgaigne examinateur. — *Malgaigne* interrogeait un beau grand garçon sur la rotation de l'estomac selon son état de vacuité ou de réplétion sur la gravité relative des plaies de l'estomac dans l'un ou l'autre cas. Et pour mieux préciser la question :

« Monsieur, lui dit-il, si vous deviez aller sur le terrain, croiriez vous prudent de déjeuner avant, ou de ne pas déjeuner ?

— « Ma foi, Monsieur, répondit l'autre, je déjeunerais avant parce que je ne serais pas sûr de déjeuner après ! »



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE

Une grande page de l'histoire de la Médecine. La découverte de la transmission du paludisme par les moustiques, par sir Ronald Ross : trad. de l'anglais par C. BROQUET. in-8. 9 pl : 20 fr. (Maloine).

Ce qu'il faut savoir de la méthode syphilimétrique Vernes et des applications du photomètre, par M. LÉGER et C. MARTIN in-8. 30 fig. : 20 fr. (Maloine).

En Basse-Normandie. Saints guérisseurs. Saints Imaginaires, Dévotions populaires, par J. SÉGUIN. in-8. 2 pl. hors-texte : 35 fr, (E. Dumont).

Ulcère de l'estomac et du duodénum (Etude anatomo-clinique et traitement chirurgical) par V. PAUCHET, G. LUQUET et A. HIRCHBERG. in-8. 354 p, 309 fig. : 85 fr. (Doin).

Traité d'endocrinologie, par M. Lucien PARISOT. RICHARD. **Glandes surrénales et organes chromaffines**, in-8. 700 p. 42 fig. : 100 fr. (Doin).

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux* (Admissibilité) — Notes obtenues par les candidats :

MM. Leibowici, épreuve écrite 27, consultation écrite 18, épreuve clinique 6, titres 4, total 55 ; Ameline, 25, 16, 9, 4, total 54 ; Bernard, 24, 16, 8, 4, total 52 ; Meillère, 24, 16, 8, 4, total 52 ; Chabrut, 23, 16, 8, 2, total 49 ; Reinhold, 19, 16, 10, 2, total 47 ; Welti, 22, 14, 7, 4, total 47 ; Chevallier, 19, 18, 7, 2, total 46 ; Aurousseau, 22, 16, 4, 2, total 46 ; Chastang, 20, 14, 8, 2, total 44 ; Fèvre, 23, 10, 7, 4, total 44 ; Brouet, 17, 16, 8, 2, total 43 ; Gérard-Marchand, 22, 10, 6, 4, total 42 ; Gaume, 22, 9, 8, 2, total 41 ; Gueulette, 17, 15, 5, 4, total 41 ; Raiga, 17, 15, 7, 2, total 41.

A la suite de ce concours sont déclarés admissibles. MM. Leibowici, Ameline, Bernard, Meillère, Chabrut et Reinhold.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses* — 12 mars. M. MAXIMIN. Les injections intraveineuses en pathologie hépatique. — M. MONDOR. Etude sur le contrôle hygiénique du lait. — M. BUI-QUANG. Essai de traitement des adénopathies bacillaires.

13 mars. M. BERTHO. Quelques notes sur l'examen leucocytaire. — M. CORBIER. Etude du rayonnement de Röntgen en radiothérapie.

Thèses vétérinaires. — M. MARCHAL. De l'éventration chez le cheval.

Conditions d'inscription aux études dentaires. — Le *Journal officiel* du 3 mars publie un décret ainsi conçu :

« ARTICLE PREMIER. — L'article 2 du décret du 11 janvier 1909 est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

Le stage est constate au moyen d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il n'a seize ans accomplis au 1er novembre de l'année d'inscription et s'il ne produit l'un des titres ou grades suivants : diplôme d'Etat de docteur en droit, ès sciences ou ès lettres, titre d'agregé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes), diplôme de bachelier, diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles, brevet supérieur de l'enseignement primaire, certificat d'études primaires supérieures (ancien régime), brevet d'enseignement primaire supérieur (nouveau régime), section générale.

ART. 2. — Les candidats déclarés admissibles aux épreuves orales ou pratiques du brevet d'enseignement primaire supérieur (sections spéciales) à l'une des deux sessions de 1928 et qui seront définitivement admis en 1929, pourront toutefois se faire inscrire comme stagiaires jusqu'au 31 octobre 1929 sous réserve de la condition d'âge énoncée ci-dessus.

ART. 3. — Les titulaires d'un titre ou diplôme visé à l'article 1er du présent décret titre ou diplôme non prévu par l'article 1er du 6 août 1927 pourront exceptionnellement, par dérogation à l'article 5 du décret du 11 janvier 1909, prendre la première inscription de stage dentaire jusqu'au 1er mars 1929. »

Hôpital Lariboisière. — *Consultation Civiale. (Voies urinaires.)* Service de M. le professeur agrégé MARION. — Une série complémentaire de leçons sera faite les lundi, mardi et vendredi, à 11 heures, à partir du lundi 15 avril 1929 avec le programme suivant :

La blennorragie chez l'homme ; Anatomie pathologique et symptomatologie des urétrites aiguës et chroniques et de leurs complications génito-urinaires ; Les traitements et leurs indications, par M. EUDEL, ancien assistant du service ; La blennorragie chez la femme, par M. DALSACE, assistant adjoint chargé de la consultation des femmes ; L'urétroscopie, par M. BUSSON, chargé des examens urétroscopiques du service ; La haute fréquence en urologie ; Principes généraux : La diathermie chez l'homme et chez la femme, par M. ROUCAYROL, chargé du service de la diathermie ; Bactériologie des urétrites ; Diagnostic bactériologique de la guérison, par M. COLOMBET, chef du laboratoire Civiale.

Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire à la Faculté de médecine, A. D. R. M. Salle Béclard.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin des cours aux élèves qui en feront la demande. Droit d'inscription : 300 fr.

Société médicale du littoral méditerranéen. — *Voyage médical de Pâques sur la Côte d'Azur.* — Nous avons annoncé le voyage organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, à l'occasion de Pâques (voyage rose). Voici les détails complémentaires : le voyage aura lieu du 6 au 15 avril, et l'on visitera Nice, le Cap d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, le Cannet, Grasse, Vence, Menton, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu.

Une excursion dans les Alpes montrera Saint-Martin-Vésubie et la Suisse-Niçoise, et une excursion en Italie permettra de voir Bordighera, Ospedaletti et San Remo.

Le prix forfaitaire de ce voyage est de 1.050 francs, tout compris, même les excursions en Italie et dans les Alpes.

Un voyage facultatif en Corse est prévu, du 14 au 19 avril, pour ceux qui en feront la demande. Il donnera lieu à une cotisation supplémentaire.

Le nombre des places étant partout limité, il y a intérêt à se faire inscrire le plus tôt possible. Les étudiants en médecine, les femmes et les enfants de médecins sont admis.

Pour tous renseignements, écrire au Président de la Société médicale, 24 rue Verdi, Nice (A.-M.).

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire.* — Un cours sera fait du lundi 22 avril au samedi 27 avril 1929 inclus, par MM. SERGENT, PRUVOST, Francis BORDET, COTTENOT, MIGNOT, Henri DURAND, GRELLETY-BOSVIEL, TURPIN, KOURILSKY, COUVREUX et BENDA.

Il comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. — Ces leçons seront au nombre de trois par jour (aux heures indiquées ci-dessous).

Lundi 22 avril, 9 heures, M. le professeur SERGENT : Principes généraux et techniques du radiodiagnostic de l'appareil respira-

toire ; 15 heures, M. le Dr BORDET : Les images broncho-pulmonaires normales ; 17 h. 30, M. le Dr COTTENOT : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 23 avril, 11 heures, M. le Dr TURPIN : Diaphragme ; 15 heures, M. le Dr DURAND : Médiastin (tumeurs et kystes) ; 17 h. 30, M. le Dr MIGNOT : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Mercredi 24 avril, 11 heures, M. le professeur SERGENT : Trachée et bronches ; 15 heures, M. le Dr BENDA : Médiastinites et pleurésies médiastinales ; 17 h. 30, M. le Dr BORDET : Les images pathologiques élémentaires.

Jeudi 25 avril, 11 heures, M. le Dr DURAND : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité ; 15 heures, M. le Dr GELLETY-BOSVIEL : Scissurites et épanchements scissuraux ; 17 h. 30, M. le Dr PRUVOST : Pneumothorax et pneumo-séreuse.

Vendredi 26 avril, 11 heures, M. le Dr BORDET : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses ; 15 heures, M. le D KOURILSKY : Abcès du poumon ; gangrène pulmonaire ; 17 h. 30, M. le D DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 27 avril, 11 heures, M. le Dr DURAND : Tuberculoses pulmonaires aiguës ; 16 h. 15, M. le Dr SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques ; 17 h. 30, M. le professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades), sous la conduite des conférenciers, et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques) par le Dr COUVREUX.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Faculté de médecine de Strasbourg. — *Cours de perfectionnement sur le radio diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des maladies des voies respiratoires.* — Un cours sera organisé, du lundi 24 au dimanche 30 juin 1929, par les Drs GUNSETT et VAUCHER, avec la collaboration de MM. ROHMER, OHLMANN, SCHAAF et SICHEL, FATH, GOEHRS, HEITZMANN, LIENHARDT, WEIRICH, WOHLHUTER, P. MEYER, KAUFMANN, STRAUSS, Mlle UHRIG.

Programme du cours de perfectionnement. — Lundi, 24 juin, 8 h. 30, Dr VAUCHER : Le thorax normal vu aux rayons X ; 10 heures, Dr SCHAAF : Les épanchements pleuraux ; Démonstration de plaques radiographiques ; 3 heures, Dr STRAUSS : Le radiodiagnostic des cavernes pulmonaires ; 5 heures, Examens radioscopiques de malades sous la direction des Drs OHLMANN et SICHEL ; La technique des radiographie pulmonaires.

Mardi 25 juin, 8 h. 30, Dr GUNSETT : *a*) Les tumeurs du poumon : *b*) La stéréo-radiographie du poumon ; 11 heures, Dr VAUCHER : Remarques cliniques et radiologiques sur l'évolution du pneumothorax artificiel ; 3 heures, Dr OHLMANN : L'examen radiologiques du médiastin ; Les tumeurs et adénopathies médiastinales chez l'adulte ; 5 heures : Dr SCHAAF : Les granulies, les tuberculoses pneumoniques et broncho-pneumoniques, les pneumoconioses ; Démonstration de plaques radiographiques et examen radioscopiques de malades.

Mercredi 26 juin, 8 h. 30, Dr SICHEL : L'image radiographique de la tuberculose pulmonaire au début ; 10 h. 30, Prof ROHMER : L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfance et la tuberculose pulmonaire infantile ; 2 h. 30, Dr UHRIG : Les injections intra-trachéales de lipiodol ; 3 h. 30, Dr MEYER : Le radiodiagnostic des affections du cœur et de l'aorte ; 5 heures, Dr SCHAFF : Les tuberculoses pulmonaires chroniques, la tuberculose fibreuse ; Démonstration de plaques radiographiques et examens radioscopiques.

Jeudi, 27 juin, *Départ* pour le sanatorium d'Altenberg ; 10 heures, Dr FATH : Les divers modes cliniques et radiologiques de guérison dans la tuberculose pulmonaire ; Démonstration de plaques radiographiques ; 3 à 5 heures, Dr VAUCHER : Examen radioscopique de malades atteints de diverses formes de tuberculose pulmonaire ; 6 heures, Les indications et les resultats cliniques et radiologiques de la phrénicectomie et de la thoracoplastie ; *Coucher* à l'hôtel de la Schlucht.

Fds de FABRICON DE PERLES et CAPSULES MÉDICINALES, à VINCENNES, 3, rue Diderot, Adjon Et. VIDECOQ, not. Paris, 20 Mars. M. à px. pt ét. b. 25.000 fr. Matér et march. en sus. S'ad. PLANQUE, synd. 6, rue Savoie, et not.

Vendredi, 28 juin, 9 heures, Dr FATH : Examen radioscopique de malades porteurs du pneumothorax artificiel : Démonstration de plaques radiographiques ; *Après-midi* : *Départ* pour le sanatorium des Chemins de fer d'Alsace et de Lorraine : Examen radioscopique et clinique de malades : Démonstration de plaques radiographiques sous la direction du Dr WEIRICH ; *Retour* à Strasbourg.

Samedi, 29 juin, 8 h. 30, Dr SICHEL : L'image radiographique de certaines complications de la tuberculose pulmonaire ; 10 heures, Dr OHLMANN : La dilatation des bronches, l'emphysème et les bronchites chroniques ; 3 heures, Dr SCHAAF : Les abcès pulmonaires ; 5 heures, Dr KAUFMANN : Les signes cliniques et radiologiques de la symphyse pleurale.

Dimanche matin, Départ pour *Aubure* : Visite du Grand Sanatorium ; Drs GOEHRS et WOHLHUTER : Démonstration de plaques radiographiques ; *Après-midi* : Visite des Sanatoria du Dr HEITZMANN : Démonstration de plaques ; 3 heures, Dr LIENHARDT : Visite du sanatorium « Salem » ; Examens radioscopiques de malades ; démonstration de plaques.

Le nombre des auditeurs *est limité* à 15. Les participants auront l'occasion de pratiquer eux-mêmes de nombreux examens radioscopiques. Un droit d'inscription de 300 francs sera versé au début du cours. A la fin du cours un certificat sera donné aux auditeurs qui en feront la demande. S'inscrire auprès du Dr E. VAUCHER, 8, quai Finkwiller, Strasbourg.

Comité du Souvenir Michon. — Un Comité formé dans le but de perpétuer le souvenir de la bienfaisante existence du Docteur Michon a ouvert une souscription dont le produit, après avoir servi à frapper une médaille destinée aux amis, doit surtout avoir une affectation de solidarité confraternelle.

Ce Comité a créé au moyen des revenus d'un capital de 40.000 fr. une « Bourse de santé ». Cette bourse sera attribuée, chaque année, à un étudiant de nationalité française, de l'un ou l'autre sexe, qui, en cours de scolarité dans une Ecole ou Faculté française de médecine, titulaire d'au moins huit inscriptions validées, ayant subi une atteinte de tuberculose pulmonaire, n'aurait pas les ressources suffisantes pour faire, sans être aidé, les frais d'une cure sanatoriale nécessitée par la nature de sa maladie.

Le Comité du Souvenir Michon a décidé de confier la gestion du capital au Comité départemental du Rhône pour la lutte contre la tuberculose avec des conditions qui ont été précisées.

La bourse pourra être fractionnée et il est interdit de prendre sur le capital. Il est désirable que le revenu des sommes qui pourront être ajoutées au capital actuel de 40.000 fr. servent à augmenter l'importance de la Bourse avant qu'un capital plus important permette de créer deux bourses annuelles.

Il faut espérer que des libéralités ultérieures seront affectées à la même destination.

Le 10 mars, a eu lieu à Lyon la cérémonie d'inauguration de la médaille frappée pour perpétuer le Souvenir du Dr Michon, président du Syndicat des médecins du Rhône, président d'honneur de la Fédération des Syndicats médicaux de France.

Cette médaille est l'œuvre du sculpteur lyonnais Chorel.

En présence de la famille du disparu et notamment du Dr Louis Michon, des notabilités médicales lyonnaises et d'une foule d'amis, des discours ont été prononcés par le Dr Mouisset, médecin des hôpitaux, président du Comité du Souvenir Michon, par le Dr Frappaz président du Syndicat des médecins du Rhône et par le Dr Bouvat au nom de la Fédération des Syndicats de France.

Nécrologie. — Dr Max SAUZEAU DE PUYBERNEAU, médecin-major des troupes coloniales en retraites. — Dr FOURTEAU, de Bastia. — Dr Robert CHARPENTIER, d'Arinthod (Jura). — Dr Nicolas ROSSOLIMOS, décédé à Marseille.

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie des nerfs craniens et de l'innervation sympathique de la tête, par le Dr DUVERNOY, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon. 1 volume in-8 raisin de 68 pages, 1928. Prix : 8 francs. M. Chicande, éditeur, 49, rue Bernot, Besançon.

Cette mise au point, très claire, sera précieuse pour les étudiants et pour ceux qui préparent les concours.

Revue des cours et conférences. — Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Abon. : un an : 50 fr. Boivin édit., 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 28 février 1929 : J. Vianney : L'éloquence de Bossuet (III) : L'apologie des dogmes catholiques contre les libertins. — A. Hauvette : La France et la Provence dans l'œuvre de Dante (II) : Souvenirs et paysages. — E. Souriau : Philosophie des procédés artistiques (V) ; La poésie (*fin.*) — M. Poète : L'évolution des villes (XV) : La ville hélénistique en Asie et en Grèce. — A. Jolivet : Les drames de Strindberg (XIII) : fin de la période naturaliste. — A. Puech : L'éloquence chrétienne au IVe siècle (IX) : Saint Jean Chrysostome à Constantinople (*fin.*)

REVUE GÉNÉRALE

Tumeurs végétantes intra-canaliculaires du sein

Par G. MENEGAUX,
Chef de clinique thérapeutique chirurgicale.

Sous ce titre, nous envisagerons une variété assez rare de prolifération épithéliale de la glande mammaire. Une de ses particularités est d'être bénigne pendant un temps assez long de son évolution. A ce stade, une exérèse limitée permettra d'obtenir la guérison définitive.

Cornil est le premier auteur qui semble avoir individualisé cette maladie. Il la nomma « épithélioma papillaire ». A leur tour, Labbé et Coyne la décrivirent sous le nom « d'épithélioma dendritique ». Par d'autres, elle fut appelée « carcinome villeux » ou « épithélioma intra-canaliculaire ». En Angleterre, on l'intitule « villous duct cancer ». Toutes ces dénominations sont impropres, car elles impliquent une idée inexacte de malignité. Des auteurs américains, dont Hart, insistant sur sa nature bénigne, lui donnent le nom de « papillome intra-kystique ». Récemment, de nombreux mémoires allemands ont été consacrés à la « mamelle saignante » (blutende mamma) dont la très grande majorité des cas correspond à la maladie étudiée ici.

En France, Lecène et Galtier lui ont consacré tout dernièrement une importante monographie. Ce sont eux qui ont proposé le terme de tumeur végétante intra-canaliculaire qui ne préjuge rien de sa nature.

Anatomie pathologique.

Le caractère anatomique de la lésion est la présence de végétations épithéliales intra-canaliculaires. Tantôt le galactophore atteint est encore reconnaissable, quoique plus ou moins dilaté, tantôt au contraire, il a perdu ses caractères et forme des kystes de volume variable, renfermant des végétations qui baignent dans un liquide sanglant.

Sur les coupes, celles-ci apparaissent à un faible grossissement sous la forme d'un tissu aréolaire « découpé en dentelle » (Cornil). Il en résulte l'apparence de cavités qui correspondent aux interstices des végétations.

Celles-ci sont recouvertes par une ou plusieurs couches de cellules cylindriques plus ou moins hautes, réparties en palissade, munies de noyaux ovoïdes et qui rappellent assez étroitement celles de l'épithélium normal d'un canal galactophore. Sur des coupes bien orientées, il est possible de voir le pied de la végétation qui s'implante par une petite surface sur la paroi du canal. On peut y voir aussi son axe conjonctivo-vasculaire où le tissu conjonctif est toujours lâche et fragile, mais où les vaisseaux peuvent prendre un développement excessif, donnant alors à la préparation un aspect angiomateux.

La paroi du canal ne présente en général que des lésions discrètes. On y note simplement la présence d'un tissu fibreux plus ou moins important.

Il s'agit en somme d'un véritable papillome ramifié à l'infini, dont les végétations sont partout recouvertes d'épithélium, implanté sur un point restreint d'un canalicule qui se laisse distendre.

Pendant longtemps, la paroi du galactophore forme une « barrière infranchissable aux végétations » (Lecène) et les coupes en montrent l'intégrité absolue. A ce stade, une exérèse limitée suffit.

Dans une deuxième phase, la dégénérescence maligne se produit. Les végétations néoplasiques se disposent sans ordre, le revêtement épithélial n'est plus continu, le caractère néoplasique des cellules est reconnu à leurs monstruosités et à leurs mitoses atypiques. On ne trouve plus d'axes conjonctifs, la paroi du canal galactophore est rapidement envahie et les tissus voisins sont infiltrés par les cellules néoplasiques.

Récemment, Surmont a vu, dans un épithélioma intra-canaliculaire développé chez une chatte, une prolifération concomitante de l'assise myo-épithéliale. Cette hyperplasie entourait les boyaux épithéliaux et subissait par places une dédifférenciation telle que ces éléments prenaient un aspect épithélioïde.

Telle est la description la plus communément admise (Cornil, Hart, Lecène, Wülfing), mais elle n'est pas adoptée par tous les auteurs. Déjà, en 1922, Delbet, avec Herrenschmidt, avait publié un cas de tumeur végétante intra-canaliculaire où, à côté des aspects bénins, il avait trouvé trois points où la dégénérescence maligne était manifeste.

En 1927, dans son important travail sur les cancers du sein, Delbet développe cette idée. Il insiste d'abord sur la grande diversité d'aspect des éléments qui constituent ces tumeurs : « les cellules ont les dimensions et les formes les plus variables, depuis la forme cubique basse parfois acidophile, jusqu'aux formes cylindriques très hautes ». Il a vu aussi que « les pédicules des végétations renferment parfois des cellules épithéliales » c'est-à-dire en somme qu'il y a une infiltration de cellules épithéliales dans le tissu conjonctif.

Celles-ci s'infiltrent quelquefois sans ordonnance spéciale, mais se groupent dans d'autres cas en petites cavités acinoïdes. Delbet considère ces caractères comme suffisants pour affirmer la malignité de la lésion.

On comprend tout l'intérêt de ces recherches histologiques au double point de vue du pronostic et du traitement :

Pour Lecène, ces tumeurs restent longtemps bénignes et sont donc curables définitivement par une opération limitée.

Pour Delbet, la malignité existe dès le début ; il faut, aussitôt le diagnostic posé, faire une amputation totale de la mamelle avec curage axillaire.

Pathogénie.

Il est à noter que la tumeur végétante intra-canaliculaire s'accompagne très souvent de dilatations kystiques ou microkystiques dans le parenchyme glandulaire. Celles-ci sont en tous points identiques aux lésions qu'on rencontre dans la maladie de Reclus et particulièrement dans ses stades initiaux considérés comme « mammite » par Delbet, « hyperplasie épithéliale » par d'autres, « dystrophie glandulaire » par Lecène. De plus, l'épithélium de revêtement de ces kystes présentent souvent un aspect végétant (« dendrites en miniature de Delbet ») et ses éléments ressemblent étroitement aux cellules qui recouvrent les végétations de la tumeur végétante. Dans ves conditions il convient de se demander si ces aspects cégétants de la maladie de Reclus ne sont pas les stades de début d'une tumeur végétante, non plus intra-canaliculaire cette fois, mais intra-acinienne ; c'est possible (Delbet) mais rien ne permet de l'affirmer, jusqu'à plus ample informé.

Il semble plus vraisemblable d'admettre que, dans tous les cas, la tumeur végétante est une prolifération de l'épithélium de revêtement des canaux galactophores.

Etude clinique.

C'est aux environs de la quarantaine que l'on rencontre le plus souvent les premiers signes de la tumeur végétante. Certains auteurs ont insisté sur sa fréquence relative parmi les néoplasies du sein chez l'*homme* ; celle-ci serait expliquée par le grand développement des canalicules de la glande masculine par rapport à son parenchyme.

Le début est marqué par un *écoulement sanglant par le mamelon*. Etant donnée l'extrême friabilité des végétations intra-kystiques, on comprend que ce symptôme puisse être très précoce. On l'a vu survenir des mois et même des années avant l'apparition clinique de la tumeur. Bilton Pollard rapporte une observation où l'écoulement précéda de 16 ans la tumeur ; chez une opérée de Lecène, il durait depuis 15 ans.

Cette précocité a une importance considérable, car à cause de l'écoulement sanglant, la malade s'inquiète et vient consulter beaucoup plus tôt que dans le cas d'un cancer glandulaire. Comme d'autre part ce symptôme est caractéristique, le diagnostic est fait à un stade extrêmement jeune de l'évolution de la tumeur. C'est peut-être de là d'ailleurs que vient sa réputation de bénignité. L'écoulement peut être continu ou favorisé par des traumatismes mêmes légers. Parfois, et on le comprend aisément en se rappelant la congestion mammaire constante à cette période, l'écoulement n'existe qu'au moment des règles.

Rarement formé de sang pur, il est habituellement constitué par de la sérosité plus ou moins teintée.

La *tumeur*, quand elle existe, est dans la plupart des cas située sous le mamelon ou l'aréole, mais parfois elle en est séparée et ce n'est que par une palpation attentive que l'on met en évidence l'existence d'une adhérence du mamelon. Celui-ci n'est jamais rétracté.

La tumeur elle-même est toujours bien limitée, roulant plus ou moins sous les doigts. De volume variable, elle est souvent petite, comme une noisette ou une cerise, et on conçoit toute la difficulté de sa recherche dans un sein gros et volumineux. Sa consistance est ferme, rénitente et élastique comme la plupart des tumeurs liquides du sein. Il n'y a aucune adhérence à la peau, et partant, pas de capitonnage. Parfois une pression forte exercée sur la tumeur fait apparaître l'écoulement sanglant par le mamelon et alors on peut constater en même temps la diminution ou même la disparition complète de la tuméfaction.

Aucun ganglion axillaire ou sous-claviculaire n'est perceptible.

La *ponction exploratrice* permet quelquefois de ramener du sang.

Tel est le tableau clinique habituel des tumeurs végétantes intra-canaliculaires ; mais parfois, il est fort différent; Lecène rapporte ainsi le cas d'une femme chez laquelle, à la suite d'une contusion minime du sein, l'importance de l'ecchymose sous-cutanée conduisit à l'exploration systématique de la glande et où celle-ci révéla l'existenee d'une petite tumeur ignorée jusque-là. Il s'agissait. comme le montra l'examen histologique de la pièce, d'une tumeur végétante intra-canaliculaire bénigne.

Chez une autre des malades de Lecène, des accidents infectieux se produisirent à deux reprises et obligèrent à l'incision de petits abcès. Ce n'est qu'ultérieurement que l'apparition d'une petite houppe tumorale à l'orifice d'un canal galactophore fit faire le diagnostic,

L'*évolution* est particulièrement lente et nous avons vu que Lecène a définitivement guéri une malade, par une exérèse limitée, seize ans après le début de l'écoulement.

La *dégénérescence maligne* se produit cependant ; l'augmentation plus rapide de la tumeur, sa fixation à la peau et aux plans profonds, l'apparition d'une adénopathie, font alors poser le diagnostic de carcinome de la mamelle qui évoluera suivant son aspect habituel.

Le *diagnostic* des tumeurs végétantes intra-canaliculaires est facile si, à l'écoulement de sang par le mamelon s'ajoute la perception d'une tumeur. Il faut savoir cependant qu'un cancer banal peut donner naissance à un tel écoulement ; les caractères de la tumeur sont alors assez nets pour emporter la conviction et conduire à une intervention radicale. On peut aussi rencontrer le symptôme dans des mammites chroniques et il est alors extrêmement difficile de savoir à quelle lésion on a affaire.

Parfois l'écoulement est d'ordre vicariant, chez des malades atteintes d'hypoplasie génitale et de dysménorrhée.

Enfin on a signalé des faits exceptionnels où ce symptôme était dû à un angiome intra-glandulaire (Walther, Martini.)

En réalité, toutes ces causes d'erreur sont rares et on peut admettre que dans 90 % des cas au moins (Lecène) l'écoulement sanglant par le mamelon est dû à une tumeur végétante intra-canaliculaire,

Traitement.

Le traitement de cette affection est encore discuté. Si en effet les partisans de la malignité initiale réclament l'intervention radicale dans tous les cas, dès le diagnostic posé, les auteurs qui croient à la longue phase de bénignité préconisent l'intervention limitée, qui permet la guérison à peu de frais, sans mutilations excessives.

Ainsi Delbet et Herrenschmidt proposent l'amputation totale systématique. « La malignité de cette variété de tumeur (épithelioma dendritique) disent-ils, est atténuée, mais c'est une tumeur maligne ; elle commande l'amputation du sein. Cette opération paraît tout à fait disproportionnée avec les symptômes. Enlever tout le sein simplement parce que le mamelon a donné issue à quelques gouttes de sang, c'est imposer à la malade un bien gros sacrifice. C'est cependant ce que l'on doit faire dans son intérêt. L'opération ainsi pratiquée au stade initial assure une guérison définitive. » De même l'Ecole de Francfort est de cet avis ; Klose apporte 9 cas personnels dont 3 sans tumeur cliniquement appréciable, où l'examen histologique a toujours révélé l'existence de lésions nettement malignes.

Au contraire l'Ecole de Vienne (Wülfing), les chirurgiens américains (Hart) et Lecène en France préconisent les résections limitées.

Avec ce dernier auteur, il convient d'ailleurs d'être très éclectique et de réserver les exérèses partielles aux femmes jeunes présentant une tumeur bien limitée et bien mobile, en un mot dans les cas où le diagnostic est sûr. Au contraire, vers l'âge de 40 ans, quand la tumeur présente le moindre caractère d'infiltration, quand il y a le moindre doute, la prudence oblige à l'amputation large avec ablation des ganglions axillaires.

Lecène a réglé la technique des exérèses limitées. S'il existe une seule tumeur sous l'aréole, on extirpe celle-ci par une incision radiée qui permet de découvrir le canal galactophore depuis le mamelon jusqu'à sa dilatation kystique ; l'ensemble est alors réséqué. Un petit faisceau de crins sous la suture cutanée assure contre les risques d'un hématome. S'il s'agit de plusieurs petites tumeurs, assez distantes les unes des autres, il vaut mieux utiliser l'incision arciforme sous-mammaire et le retournement de la glande. Les kystes sanguins sont alors abordés par la face profonde de celle-ci et extirpés. La glande est suturée et, de la même façon que précédemment, un drainage filiforme est mis en place, pour quarante-huit heures. Les résultats de ces opérations limitées sont excellents et Pribam, Hart et Lecène signalent chacun des guérisons remontant à 15 et même 20 ans. Il semble donc qu'à la condition de poser judicieusement ses indications, l'exérèse partielle soit une excellente opération dans les tumeurs végétantes intracanaliculaires, et que ses bons résultats à longue échéance justifient l'hypothèse de la bénignité initiale de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

DELBET et HERRENSCHMIDT. — *Bull. Ass. fr. Et. cancer*, 1922, p. 80.
DELBET et MENDARO. — Les cancers du sein. Ed. Masson, 1927.
KLOSE. — *Zentralblatt f. Chir.*, t. LIII, n° 43, oct. 1926, p. 2708.
LECÈNE et GALTIER. — *Journ. Chir.*, avril 1928. t. XXXI, p. 481.
LE DENTU et DELBET. — 1913, t. XXIII, (Baillière, éd.)
Précis des Neuf Agrégés, 5e éd., t. III, 1928.
SURMONT. — *Bull. Ass. fr. Et. cancer*, 1925, p. 519.
WULFING. — *Virchow'sArch.*, t. CCXLVIII. fasc. III, p. 613, 1924.

CHRONIQUE

Les pigments de la peau.

HENRI DEJUST, médecin, chimiste, préparateur de GABRIEL BERTRAND, chef de laboratoire chez le professeur JEANSELME à Saint-Louis, a organisé, il y a quelques mois, une série de conférences sur la chimie biologique de la peau et vient de publier ces conférences, plus ou moins développées par leurs auteurs qui ont tous un nom dans le domaine de la biochimie, de l'histologie ou de la microbiologie (1).

De ce livre, nous retiendrons, plus spécialement, aujourd'hui, ce qui concerne les pigments de la peau et la genèse de ces pigments.

La mélanine.

Si, dans la peau d'un nègre ou d'un blanc pigmenté par exposition au soleil, on pratique une coupe histologique, on constate au microscope la présence, principalement dans les cellules des couches profondes du corps muqueux de Malpighi, de grains d'une substance qui apparaît avec une couleur brun noir : on a donné à cette substance le nom de mélanine.

La peau peut renfermer d'autres pigments que la mélanine, mais ils sont, le plus souvent, d'origine pathologique (2) ou accidentelle (3).

Localisations de la mélanine : peau, poils, cheveux, crins, poche à encre de la sépia, tumeurs mélaniques, et particulièrement les sarcomes qui se développent fréquemment chez les chevaux blancs ou de robe claire et qui pigmentent très fortement.

Préparation. — La mélanine est pratiquement insoluble dans l'eau, dans les solutions salines, dans les acides, dans les alcools, dans les dissolvants des liquides et, d'autre part, elle adhère très fortement, par adsorption vraisemblablement, aux tissus qui les renferment. C'est dire que son extraction est très malaisée.

Propriétés. — La mélanine se présente sous forme d'une poudre noire ou brun noir généralement insoluble dans l'eau, dans l'alcool, dans les solvants des matières grasses. Elle devient fluorescente sous l'action des radiations ultra-violettes.

Composition. — Les chiffres d'un tableau dressé par Dejust d'après divers chimistes, sont suffisants pour montrer les larges divergences qui existent entre les données fournies par les différents expérimentateurs. Il n'en saurait être autrement, vu l'imperfection des méthodes d'extraction.

Une autre cause de variation de composition de la mélanine a été indiquée par BRUNO BLOCH et F. SCHAAF.

Ces auteurs ont étudié des conditions de formation d'une mélanine artificielle, obtenue à partir de la dioxyphénylalanine et qu'ils ont appelée dopa. Or, les échantillons de ce produit étaient des teneurs en azote très différentes.

Pour les mélanines naturelles, les chiffres d'azote varient entre 7 et 13 % ; le carbone varie de 55 à 60 ; l'hydrogène varie de 3,6 à 7 ; il est impossible de déterminer si le soufre fait ou non partie intégrante de la molécule mélanique telle qu'elle se trouve dans l'organisme ou s'il s'agit d'une impureté ; enfin, il semble qu'il existe des traces de phosphore inférieures à 1 pour cent.

DEJUST étudie, ensuite, les produits d'hydrolyse par les acides ou par les alcalins.

Parmi ces produits de décomposition de la mélanine, on a trouvé du pyrrol. Il paraissait d'un grand intérêt de savoir si la molécule de mélanine possède ou non un noyau pyrrolique, car l'ancienne théorie de mélanogénèse attribuait une origine hématique au pigment mélanique (1). VON FURTH indique qu'il a trouvé une petite quantité de pyrrol ; mais cette quantité est si minime qu'on doit la considérer, probablement, comme une impureté. SPIEGLER, PIETTRE ont obtenu des résultats négatifs.

Origine de la mélanine.

On dénomme mélanogénèse la formation intracellulaire des grains de pigment mélanique.

En un point d'une cellule, il se forme de la mélanine. Ceci suppose un ou plusieurs corps générateurs, et des circonstances favorables à leur transformation en mélanine. La plupart des auteurs admettent que le corps générateur (chromogène) est un amino-acide phénolique (tyrosine ou corps voisin) et que les circonstances favorables sont représentées par un ferment oxydant du groupe des tyrosinases. Les recherches peuvent donc porter, soit sur la nature de l'amino-acide phénolique, soit sur la présence d'un ferment.

Mais alors la présence d'un ferment a été recherchée au cours d'un grand nombre de travaux, il n'en est guère qui se soient assignés pour but d'identifier dans la cellule pigmentaire humaine l'amino-acide phénolique destiné à être transformé en mélanine.

Chromogènes. — VON FURTH et SCHNEIDER, chez les Lépidoptères, ont pu démontrer que ce rôle de chromogène était joué par la tyrosine. VERNE, chez les Crustacés décapodes, a démontré que c'était aussi de la tyrosine qui se transformait en mélanine. Mais on n'a jamais retrouvé dans les cellules humaines à pigment ces éléments que VERNE avait identifiés à de la tyrosine chez les crustacés. Le problème est difficile : le pigment ne représente qu'une part infime du contenu cellulaire et, dans un mi-

(1) *Etudes sur la chimie physiologique de la peau* par DEJUST, VERNE, COMBES, PARAT, URBAIN, DU JARRIC DE LA RIVIÈRE, DE SAINT-RAT. Un volume in-octavo 384 pages. LEGRAND, éditeur.

(2) Pigments ocres dus à la décomposition de l'hémoglobine ; pigment voisin de l'hématine qui apparaît au cours de la malaria ; pigment biliaire des ictériques.

(3) Tatouages.

(1) « On ignore, dit LAMBLING, dans sa *Biochimie*, ce que devient la chlorophylle dans le tube digestif, mais bien qu'on retrouve une partie de ce pigment passé dans les excréments, il est possible qu'une autre partie soit dégradée et qu'elle fournisse à l'absorption des fragments pyrroliques que l'organisme utiliserait, ensuite, pour la synthèse de l'hématine. Enfin, il se peut que les animaux soient réduits à leurs propres forces en ce qui concerne cette construction, et dans ce cas, on aperçoit que la proline, l'oxyproline et peut-être aussi le tryptophane des aliments protéiques pourraient fournir les noyaux de pyrrol nécessaires à cette synthèse ».

lieu aussi complexe, isoler, identifier et doser les acides aminés en se mettant à l'abri de toute hydrolyse qui pourrait engendrer par dissociation des matières protéiques peut ne pas être impossible, mais est assurément très laborieux.

Faute de démonstrations expérimentales, les auteurs ont été réduits aux hypothèses, et divers corps ont été proposés comme étant des générateurs possibles de mélanine, et, en particulier, la tyrosine, l'adrénaline, la dioxyphénylalanine (1).

Tentative d'extraction de la peau d'une diastase capable d'agir sur un chromogène pour le transformer en mélanine. — Les travaux classiques de Gabriel Bertrand sur les tyrosinases végétales ont été la base et l'origine des recherches dont nous allons parler. Ce grand chimiste montra que diverses plantes renferment une diastase, la tyrosinase, qui transforme la tyrosine en un corps noir la mélanine. C'est le mécanisme d'un grand nombre de noircissements spontanés d'organes végétaux. On se demanda si cette mélanine n'était pas identique à la mélanine animale.

On se mit donc à rechercher la tyrosinase dans les organismes d'animaux les plus divers : grenouille (Physalix), peau de lapin nouveau-né. Miss Florence Durham a obtenu des résultats positifs. De même, Onslow a trouvé des sucs de peau capables de transformer la tyrosine en mélanine. Par contre, Ducrey a conclu par la négative.

N'ayant pas trouvé de tyrosinase dans la peau, ce dernier auteur y a recherché la dopase, c'est-à-dire un ferment capable d'oxyder la dopa, la dioxyphénylalanine. Il a cru pouvoir en affirmer la présence et l'aurait considérée comme très abondante dans les peaux très pigmentées, alors que la peau des albinos donne une réaction très faible.

La mélanogénèse disparaît-elle quand le tissu vient à mourir ? En 1909, Meirowsky préleva un fragment de peau, le disposa en atmosphère humide, puis le mit à l'étuve à 36 degrés. Il conserve un témoin identique à 10 degrés. Après un temps variant de un à trois jours, on constate un noircissement intense de l'échantillon mis à l'étuve, comparé au témoin conservé à 10 degrés (2). Cette coloration de la peau humaine à l'étuve est due à la formation de pigments mélaniques identifiables au microscope. Cette expérience montre que ce pigment peut se former grâce aux éléments contenus dans la cellule.

Mais on pourrait objecter que ces éléments ont été apportés par le système circulatoire, et que la cellule en est en quelque sorte imbibée. Une constatation due à Achard montre que cttee hypothèse est inadmissible : dans un cas de mélanose généralisée, cet auteur a noté la présence de grains de mélanine dans les cellules cartilagineuses inaccessibles aux particules solides émigrées des vaisseaux.

L'action des radiations ultra-violettes, provoque également la pigmentation de la peau *post mortem*.

Méthodes histo-chimiques de recherche du chromogène et du ferment. — Des recherches systématiques, ayant pour but de déterminer par méthodes histo chimiques la nature du chromogène de la mélanogénèse humaine, ont été utilisées au cours de nombreux travaux ayant pour but de mettre en évidence dans la cellule la présence d'un ferment mélanogène.

C'est à Bruno Bloch que revient le mérite d'avoir montré l'intérêt de cette méthode, d'y avoir consacré de patientes recherches et de longs mémoires.

Voici la technique réglée par Bruno Bloch. On inclut dans de la gélose le morceau de peau qu'on étudie. On le congèle et on coupe au moyen du microtome à acide carbonique. On pratique des coupes aussi fines que possible. On les immerge ensuite pendant vingt-quatre heures dans une solution de dopa. On colore et l'on examine.

La dopa est oxydée avec formation de grains bruns histologiquement semblables à la mélanine lorsqu'il se trouve dans la cellule, dit Bruno Bloch, soit un ferment non spécifique, une phénolase banale comme en contiennent, par exemple, les leucocytes, soit un ferment spécifique que renferme seulement les cellules naturellement capables de former de la mélanine : c'est à savoir les cellules banales de l'épiderme.

(1) La dioxyphénylalanine ne diffère de la tyrosine que par un groupe O H de plus. Bruno Bloch l'appelle par abréviation « Dopa ».
Le dopa se trouve dans les bourgeons de l'écorce de fève. On n'a jamais pu la déceler chez les animaux supérieurs, mais K. Sata et L. Bréchér, ont pu la mettre en évidence dans les cocons d'insectes.
B. Bloch considère comme probable, d'accord avec sa théorie de la mélanogénèse, que la substance génératrice de la mélanine est un dérivé pyrocatéchique.

(2) D'après Königstein, cette propriété de la peau ne disparait pas après séjour dans une solution de formol ni après ébullition.

Les cellules qui, par suite d'une circonstance pathologique perdent leur propriété mélanogénèse, comme les cellules de peau atteinte de vitiligo, perdent en même temps la propriété de former des grains de mélanine sous l'action de la dopa.

Les peaux des sujets et des animaux très pigmentés donnent une réaction beaucoup plus prononcée que celle des individus peu pigmentés. Chez les animaux bigarrés, les emplacements ou le poil est de coloration claire présente une dopa-réaction beaucoup moins intense que les places ou le poil est de couleur plus foncée.

Voyons maintenant ce que devient cette dopa-réaction sous l'influence de divers traitements que l'on fait subir aux coupes : la chaleur fait disparaître dans les coupes la capacité d'oxyder la dopa ; par dessiccation, à la longue, les cellules perdent leur dopa-réaction ; l'alcool absolu, est à peu près sans action ; le séjour de vingt-quatre heures dans l'eau ou la solution saline physiologique affaiblit la réaction ; quant à l'hydrogène sulfuré, il a très rapidement, en cinq minutes, une action empêchante. D'une façon générale les agents réducteurs font obstacle à la réaction : phénylhydrazine, chlorure de titane, hydrosulfite de soude, bisulfite de sonde en solution à 1 %. Il en est de même pour l'eau oxygéné, le sulfate d'ammoniaque, l'acide picrique. Enfin, l'irradiation des coupes par l'ultra-violet, avant leur immersion dans la dopa, diminue leur faculté de réagir sur cette dernière.

B. Bloch tenta d'obtenir la même formation de mélanine en immergeant les coupes non plus dans la dopa, mais dans une série d'autres corps voisins : la tyrosine, la paraoxyphénylléthylamine, l'hydroquinone, l'acide homogentisique, la résorcine, le pyrogallol, le tryptophane, dans plusieurs dérivés de la pirocatéchine ; aucun de ces corps ne donne lieu à la formation de grains de mélanine intra-cellulaire comme le fait la dopa.

La dopa-réaction est faible chez les addisonniens. On sait que chez les sujets, atteints de tuberculose des capsules surrénales, toute la peau présente une coloration brunâtre, due à la formation d'un excès de pigment. De très nombreuses théories ont été édifiées pour expliquer qu'il y ait hyperfixation de mélanine dans la peau alors que les capsules lésées doivent sécréter une plus faible quantité d'adrénaline.

Bloch propose cette explication : l'hyperpigmentation des addisonniens est due à une augmentation non pas du ferment oxydant, mais du chromogène, sur lequel celui-ci est capable d'agir. Ce chromogène, pour lui la dopa, est très voisin de l'adrénaline.

Les substances doivent vraisemblablement provenir d'une même substance mère qui se trouve dans le sang, et à partir de laquelle les capsules surrénales fabriquent de l'adrénaline. Lorsque ces capsules sont atteintes dans leur intégrité, elles ne sont plus capables de jouer leur rôle, et il reste dans le sang un excès de cette substance mère ; c'est cet excès qui est transformé en pigment et produit le brunissement de la peau des sujets addisionniens.

Discussion. — Dejust aborde, alors, la discussion de ces résultats expérimentaux. Il signale l'absence de dopa et de dopase dans l'extrait de peau humaine. On n'a jamais réussi, jusqu'à présent, à extraire de la peau humaine une solution de dopase et l'on n'a, non plus, jamais décelé la présence de dopa, de dioxyphénilalanine, dans la peau de l'homme, ni des animaux supérieurs, mais seulement chez les animaux inférieurs.

D'autre part, la dopa peut être sensible à la tyrosinase comme la tyrosine, et même davantage. Il n'y a donc pas spécificité.

Dejust en vient alors à se demander si la mélanogénèse est bien un phénomène fermentaire. Il discute ce point en se fondant sur ses recherches personnelles et conclut : « Nous n'avons donc pas la preuve que la dopa-réaction est une réaction fermentaire, et encore moins la mélanogénèse normale ».

Bien mieux, une expérience de Lignac montre que le pigment peut se former sans action du ferment. C'est celle par laquelle cet auteur, ayant plongé pendant dix minutes, des fragments de peau dans l'eau bouillante, ayant ainsi détruit tout ferment analogue à la tyrosinase, montre que ces fragments sont encore capables de se pigmenter sous l'influence d'une irradiation intense par les rayons ultra-violets. Il semble donc légitime à Dejust d'admettre que, dans ce cas, le pigment se forme par une action chimique (ou physico-chimique) des rayons ultra-violets.

Rôle du soufre dans la mélanogénèse. — M. Loeper qui a consacré une série de travaux à l'étude des variations du soufre dans le sang et dans les divers organes et qui attribue à ces variations, jusqu'ici, mal connues, un grand intérêt physiolo-physiologique dans les oxydations et réductions de l'organisme a reconnu, d'une part, que le sang mélanodermique était plus riche en soufre que la normale, et il estime que la surrénale

fixe du soufre neutre. Enfin, il considère que la peau et la mélanine sont des organes riches en soufre.

Recherche sur la mélanogénèse et les corps pyrroliques. — Nous avons vu qu'au cours du siècle dernier on a supposé que la mélanine, pigment cutané, dérivait de l'hémoglobine pigment sanguin, ce qui permettait de supposer la présence du groupe pyrrolique dans sa formule de constitution.

De multiples motifs, chimiques ou physiologiques, ont fait abandonner cette hypothèse.

Elimination de la mélanine. — Une part de la mélanine, part qui dans les conditions normales semble la principale, gagne peu à peu les couches superficielles et est expulsée de l'organisme avec la desquamation physiologique.

Une autre part gagne, peu à peu, la profondeur. L'histologie a suivi les différentes phases de cette migration, mais elle échappe totalement aux investigations chimiques.

Quant aux modifications que peut présenter l'urine dans le cas où il y a hyperpigmentation mélanitique de l'organisme, il est impossible de les rattacher avec certitude soit à l'augmentation de la mélanine, soit à l'excès de substances (1) du pigment. Evidemment, dans ces urines, on a pu mettre en évidence de l'acide homogentisique et des dérivés pyrocatéchiques. Mais il est difficile d'être affirmatif.

Conclusions : Nous ignorons la nature de ce pigment et son mode de formation.

Par analogie avec ce que nous constatons dans la série végétale et dans la série animale, nous inclinons à croire que la mélanogénèse humaine est un phénomène diastasique.

S'il en est ainsi, il est vraisemblable qu'il s'agit d'une diastase identique ou analogue à la tyrosinase qu'une circonstance particulière ne permet pas encore d'extraire ni même de mettre en évidence *in situ* par son action sur la tyrosine.

Les ferments cutanés.

L'étude de la tyrosinase et de la dopase (2) amène DEJUST à étudier les autres ferments de la peau. Il y a peu de temps que l'on a connu la presence des ferments dans la peau et nos connaissances sur ce point restent très restreintes.

On a trouvé une catalase, une amylase (3), un ferment glycolytique.

POTER a signalé dans la peau la présence de lipase agissant sur la tristéarine, et aussi de ferments capables d'attaquer la cire ce qui, d'après cet auteur, expliquerait la variation de l'acido-résistance du bacille tuberculeux des lésions cutanées. En outre, la peau renfermerait en abondance des ferments capables d'attaquer les éthers du cholestérol. WOHLGEMUTH, étudiant la répartition de la lipase dans la peau humaine, a constaté que la peau des régions génitales était particulièrement riche en ce ferment.

SEXSMITH et PETESREN ont cherché sans succès dans la macération de peau la présence d'un ferment attaquant la caséine en milieu alcalin. YAMASAKI a reconnu que la macération de peau avait le pouvoir de décomposer le glycyltryptophane, en mettant le tryptophane en liberté. KLOPSTOCK a recherché la présence de trypsine dans l'extrait de peau. Il rechercha également dans la peau la présence d'un ferment décomposant les nucléines. Il constata la décomposition du nucléinate sous l'influence d'extrait de peau de la partie supérieure de la cuisse, des organes génitaux, de la plante des pieds. Ce dernier extrait était particulièrement actif, vraisemblablement parce que cette region est soumise à une intense prolifération cellulaire.

L'ensemble des recherches ci-dessus est encore trop peu cohérent pour tirer des conclusions. Un fait cependant paraît démontré : la presence de ferments dans le revêtement cutané et si nous sommes amenés à considérer la peau comme une glande à sécrétion diastasique, cette glande se trouve être pondéralement la plus grosse de l'organisme (4 kilos environ), et l'importance des variations de son fonctionnement serait considerable pour l'économie générale.

Pigments dans la série animale.

Les pigments dans la série animale sont ensuite étudiés par J. VERNE qui résume, en quelques pages lumineuses, un livre important qu'il a consacré à ce sujet en 1926.

NATURE DES PIGMENTS. — Les pigments que l'on observe dans les téguments des divers représentants du règne animal se rattachent à quatre groupes : carotinoïdes, dérivés du noyau tétra-pyrrolique, produits de désintégration des nucléoprotéides

Les *carotinoïdes*, pigments de couleur jaune ou rouge, ont pour type un hydro-carbure terpénique, le carotène ou carotine $C^{40}H^{56}$. Ces corps sont surtout caractérisés par leur grande oxydabilité et leur faculté de fournir des composés par addition. Il paraît exister de nombreux isomères chez les animaux comme les végétaux.

Noyau tétrapyrrolique. — Les deux pigments du monde vivant, dont la signification physiologique a l'importance la plus considérable appartiennent à ce groupe : ce sont la chlorophylle et l'hémoglobine.

Pigments se formant au cours de la désintégration des substances protéiques. — Ce sont les pigments les plus souvent observés dans les téguments à travers toute la serie animale : le mieux connu est la mélanine.

Elle se forme aux dépens des produits de désintégration des matières protéiques par action d'une oxydase spécialisée, la tyrosinase, d'une dopaoxydase, ou d'une simple oxydase d'après certains auteurs. Elle est précédée par un corps de l'oxydation duquel elle résulte et qui est, souvent, indécelable. Dans la peau des mammifères, DEL RIO HORTEGA l'a mise en évidence à l'intérieur de certaines cellules du derme et de l'épiderme, grâce à une imprégnation argentique. Cependant, chez les nombreux invertébrés ce pré-pigment mélanique est directement visible sans le secours d'aucune technique.

Pigments provenant de la désintégration des nucléoprotéides. — Le noyau caractéristique des nucléoprotéides peut, au cours de la desintégration, donner naissance à des corps pigmentaires représentés essentiellement par des bases puriques et notamment par de la guanine.

LOCALISATION ET SIÈGE DES PIGMENTS CUTANÉS. — On peut observer des pigments dans les diverses régions des téguments : derme ou épiderme. Les pigments peuvent être intracellulaires.

Chez les mammifères, le pigment siège de préférence dans l'épiderme où un rôle important est dévolu, chez l'homme, aux cellules de Langerhans. Mais on en rencontre, aussi, dans le derme, au niveau de la tache mongolique chez plusieurs races humaines.

Les pigments se développent aussi fréquemment chez les vertébrés dans les différenciations du tégument, connues sous le nom de phanères. Les plus connus et les plus intéressants sont les pigments des poils, auxquels sont dues les colorations extérieures de la plupart des mammifères.

On réserve le nom de *cellules pigmentaires* aux cellules capables d'élaborer le pigment dont elles se remplissent sans que cette élaboration ait les caractères d'une dégénérescence. La formation du pigment est, pour ces éléments, une fonction normale. Ce sont des chromatocytes. Les *cellules pigmentées* sont, au contraire, des éléments qui se chargent secondairement — par phagocytose par exemple — d'un pigment qu'elles n'ont pas élaboré ou qui, par un processus dégénératif, se remplissent anormalement d'une substance pigmentaire. L'apparition du pigment est, dans ce cas, un accident.

Dans les différents embranchements d'invertébrés, la majorité des chromatocytes tégumentaires sont de nature mésenchymateuse.

Chez les vertébrés, il est certain que l'activité pigmentogène, d'abord essentiellement le fait d'éléments mésenchymateux, comme chez les poissons et les batraciens, devient, chez les mammifères et surtout chez l'homme, l'apanage presque exclusif de cellules épidermiques.

Plusieurs auteurs croient que cette situation intra-épidermique des cellules pigmentaires est secondaires et DEL RIO HORTEGA attribue le rôle principal aux mélanoblastes du derme. Ces éléments se rapprocheraient de la membrane basale qui sépare le derme de l'épiderme et pénétreraient dans ce dernier.

◆◆

(1) Ceci serait plus vraisemblable, car les substances solubles ont plus de chances d'être mobilisées dans l'organisme, et finalement éliminées par l'urine que la mélanine, si peu apte à se solubiliser ou à entrer en combinaison.

(2) A côté de la tyrosinase, il convient de citer un ferment oxydant de l'adrénaline que YAMASAKI a trouvé dans la peau humaine à la partie supérieure de la cuisse et ue KLOPSTOCK à retrouvé, en quantité plus importante, dans l'extrait de peau génitale.

(3) L'excitation de la peau par le courant électrique augmente considérablement la sécrétion amylolytique cutanée.

P. Masson, partisan de la formation exclusive de pigment dans l'épiderme a repris cependant cette idée de circulation dermo-épidermique. Pour lui, l'élément ambocepteur est la cellule de Langerhans, de nature épidermique. Cette cellule puise, dans le derme, le chromogène et le transforme en pigment grâce à son oxydase pouvant ensuite céder ce pigment aux cellules malpighiennes.

Elaboration du pigment. — Nous venons de voir que la formation du pigment est, pour un certain nombre d'éléments cellulaires, une fonction normale. Il convient d'envisager maintenant par quel processus cytologique se fait cette élaboration de substances pigmentaires.

Les recherches histologiques ont montré qu'il s'agissait d'un véritable processus sécrétoire. L'on retrouve dans l'élaboration des pigments, les modalités diverses de la sécrétion en général.

Dans un assez grand nombre de cas, c'est l'activité directe du noyau qui détermine la pigmentogénèse (1) ; d'autre fois, c'est le cytoplasme.

Etude histochimique du métabolisme des pigments cutanés. — Verne a été conduit à admettre que les *pigments carotinoïdes* des chromatocytes chez les crustacés supérieurs étaient formés sur place. Ils sont synthétisés par l'organisme animal et il leur a donné le nom de pigments endogènes. A cette élaboration, concourt une énergie étrangère empruntée aux radiations lumineuses : les chromatocytes n'apparaissent que dans les régions des téguments recevant directement les radiations solaires.

Il existe aussi des carotinoïdes exogènes.

Les *pigments tétrapyrroliques*, chez les animaux, ont parfois une origine alimentaire. Certains invertébrés sont ainsi colorés par la chlorophylle. Ce fait paraît avoir une signification biologique générale : l'organisme animal cherche à se débarrasser des pigments intra-pyrroliques qui pénètrent en lui ; il les excrète fréquemment au niveau d'une glande digestive ; c'est le cas pour les hépatochlorophylles. Il peut également les fixer, les immobiliser dans ses téguments.

Chez les vertébrés, la chlorophylle ne joue aucun rôle comme substance pigmentaire. Elle est remplacée par un autre pigment tétra-pyrrolique, l'hémoglobine.

Les *pigments de désintégration des matières protéiques* ont fait l'objet de recherches très minutieuses entreprises par Verne et qu'il expose en détail. Le métabolisme des *pigments purriques* est lié au métabolisme endogène : et le fait est particulièrement intéressant en ce qui concerne la parure de noce. La parure de noce consiste en un développement spécial de la pigmentation cutanée apparaissant à l'époque des manifestations périodiques de l'activité sexuelle. Il ne s'agit pas de l'apparition de pigments nouveaux, mais d'une production excessive de pigments existant à l'état normal. Les mâles présentent plus spécialement ce phénomène qui leur vaut des colorations vives et brillantes régressant plus ou moins par la suite. Parmi les poissons, il faut citer surtout le cas de l'épinoche.

On a généralement considéré la pigmentation des parures de noces comme un caractère sexuel secondaire et à ce titre on l'a mise sous la dépendance de la glande interstitielle.

Pour Verne, il paraît tout naturel de considérer l'apparition de cette augmentation de la pigmentation purique comme corrélative de l'intense mouvement nucléoprotéique qui caractérise la spermatogénèse chez les animaux à activité sexuelle saisonnière. Il y a, à la fois, élaboration et désintégration de nucléines endogènes et ce chimisme dont l'activité se localise plus spécialement au niveau des testicules retentit sur l'organisme tout entier. La présence en excès de composés puriques endogènes se traduit tout naturellement par une augmentation de la pigmentation guaninique.

Considérations générales. — Chez beaucoup d'invertébrés, notamment chez les Cœlentérés, chez les Crustacés, chez les Mollusques céphalopodes, chez les Vertébrés inférieurs (Poissons, Batraciens, Reptiles), la peau est une véritable palette où les espèces pigmentaires s'observent côte à côte : mélanines, carotinoïdes, pigments puriques. Chez les Oiseaux, les pigments puriques disparaissent de la peau. Chez les Mammifères, les carotinoïdes s'effacent à leur tour. La mélanine persiste seule et à son tour ce pigment paraît avoir une tendance à se réduire. Il est très peu abondant chez l'homme de race blanche. Il y a donc non seulement réduction au point de vue qualitatif, mais au point de vue quantitatif.

(1) Il peut s'agir de l'émission des chromidies, des nucléoles, de bourgeons nucléaires comme on le voit souvent pour la mélanine. Le noyau tout entier peut subir la transformation pigmentaire.

La localisation des pigments devient en même temps de plus en plus étroite. Chez les Invertébrés, chez les Vertébrés inférieurs les cellules pigmentaires mésenchymateuses ont une importance considérable. Elles forment dans la peau un organe chromatique sous la dépendance directe du système nerveux, possédant des caractéristiques. L'épiderme est en même temps, de son côté, généralement le siège d'une pigmentation. En nous élevant dans les séries des vertébrés, nous constatons que les éléments pigmentaires mésenchymateux perdent leur importance jusqu'à disparaître. La pigmentation se localise uniquement à l'épiderme et aux poils. Le système nerveux n'a plus sur les éléments pigmentaires qu'une action trophique. Les cellules pigmentaires sont en régression.

Il est vraisemblable qu'il faut faire intervenir les perfectionnements du métabolisme qui sont le fait des Vertébrés supérieurs et en particulier du métabolisme hépatique et endocrinien.

Les substances pigmentaires nous apparaissent généralement comme des corps engagés dans une véritable impasse bio-chimique, par suite d'une désintégration incomplète aboutissant à des composés que l'organisme est incapable de modifier plus avant. Cela est particulièrement net pour les pigments mélaniques et puriques qui sont le produit de la désintégration de matières protéiques ou de nucléoproteides endogènes. Que cette dé-intégration se fasse complètement, qu'elle aboutisse à des corps dont l'organisme peut poursuivre la dislocation et la pigmentation cessera de se produire.

De même l'organisme des mammifères paraît, à l'état normal, capable de détruire les carotinoïdes alors qu'ils s'accumulent chez les invertébrés et peuvent même, sans doute, être élaborés par eux dans certains cas.

La maladie, qu'elle provienne de troubles endocriniens (maladie d'Addison) ou de développement de tissu néoplasiques change les conditions de la désintégration et amène une pigmentation excessive dans un organisme où elle n'était plus qu'à l'état virtuel.

Le pH et les pigments.

Qu'il s'agisse des fragments mélanogènes ou de toute autre diastase, l'activité en est réglée par la réaction du milieu, par le nombre d'ions hydrogène présents.

Pour toutes les recherches concernant les ferments de la peau, il importe de se placer dans les conditions les plus favorables et, tout d'abord, dans le milieu de réaction appropriée : dès ses premiers travaux, Gabriel Bertrand avait tout particulièrement insisté sur l'influence de la réaction du milieu sur les actions diastasiques en général, et sur celle de la tyrosinase, en particulier.

A ce problème, Dejust apporte la contribution de ses expériences personnelles sur la réaction optima pour déceler de très petites quantités de tyrosinase.

Il indique que le blanchissement des cheveux, sous l'influence de l'âge, n'aurait pas d'autre origine qu'une acidification des tissus et que la réaction alcaline joue un rôle favorable au point où se forme la mélanine.

C'est dans la cellule même, en place et vivante, qu'il faut tenter de mesurer la réaction du milieu.

Il serait particulièrement intéressant de rechercher s'il se produit une alcalinisation de certains points du protoplasme sous l'influence des causes qui engendrent la pigmentation. On sait que ces causes sont très banales, et que presque toutes les excitations peuvent, à la longue, pigmenter la peau ; la lumière, certes, plus que les autres, mais aussi la chaleur prolongée et le frottement. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'examiner la peau des ouvriers travaillant devant les foyers, ou d'observer chez la femme des plaques brunes prenant naissance aux points de frottement du corset.

L'étude des méthodes qui permettent de mesurer le pH de la cellule animale présente donc un grand intérêt pour la chimie de la peau et c'est pourquoi Dejust a demandé à Parat d'en exposer les méthodes.

De la revue des nombreux travaux qui ont porté sur le pH intra-cellulaire et sur les moyens de l'apprécier, Parat conclut qu'actuellement aucune technique « prise isolément » n'est capable de fournir des mesures précises du pH interne de la cellule. Toutes, sauf une, la coloration vitale, naturelle ou artificielle, sont globales et n'agissent qu'après effraction. Mais la convergence des techniques de coloration vitale, de micro-injection, dans quelques cas de la technique d'écrasement, et enfin de la mesure par micro-électrode peut fournir un certain nombre de recoupements grâce auxquels il est possible d'établir une moyenne de mesures.

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie par l'image. L'Italie. Un volume in-8°, papier de luxe, 85 illustrations, couverture en couleurs, broché : 4 francs. Librairie Hachette.

Nous autres, Français, nous croyons connaître l'Italie plus peut-être qu'aucun autre pays étranger et nous la connaissons mal. Elle est toujours, pour nous, l'aimable pays cher aux amoureux et aux artistes, où la vie est douce sous un ciel éternellement bleu. Son nom évoque à notre esprit des paysages fleuris ou grandioses, des musées, des cathédrales et des palais ; — et c'est justice, car sans doute nul pays n'est plus riche en vestiges du passé et nul n'offre au visiteur des aspects plus attachants.

Mais nous nous en tenons là. Avec un certain parti pris, injuste et dangereux, nous ignorons l'Italie moderne ; nous fermons les yeux devant l'activité immense, tumultueuse parfois, de ce peuple qui, pour n'être une nation qui depuis soixante ans, tient aujourd'hui dans le monde une place importante ; nous sommes toujours un peu, à son égard, comme Lamartine, qui ne voulait voir dans l'Ialie que « la terre des morts ».

Nous aurons donc intérêt et profit à parcourir, à lire le fascicule si complet, si attrayant, si admirablement illustré que consacre à l'Italie l' « Encyclopédie par l'image ».

L'Amour de l'art. Revue mensuelle. Abon. France : un an : 95 fr. Librairie de France, 110, boul. Saint-Germain, Paris.

Sommaire du n° de février 1929 : En marge du premier Congrès d'art populaire, par F. Fosca. — La collection Courtauld, par M. Dormoy. — Construction et architecture, par P. Du Colombier. — Quelques gravures sur bois étrangers, par G. Varenne. — Les Indépendants de 1929, par F. Fosca. — Le « Tristan et Yseult » de Daragnès, par R. Geiger.

Chroniques « Chronique des expositions. — Bibliophilie. — Les Arts appliqués. — Bibliographie.

Clorinde. roman par Henri MALO. Un volume in-16. Prix : 12 francs. — En vente à la librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris-6e, et dans toutes les bonnes librairies.

L'histoire officielle n'est, a dit Renan, qu'une petite science conjecturale, c'est-à-dire un roman. Et l'on sent que l'aventure de l'héritière des fiers Bleringhen et du hardi corsaire La Merveille, protégé de Mme de Pompadour, doit être arrivée. C'est, du moins, l'occasion pour l'auteur de tracer un tableau véridique des foyers aristocratiques de Province, des splendeurs de Versailles, des intrigues qui grouillaient dans les ministères d'Ancien Régime, des trahisons qui s'y dissimulaient, de la vie aventureuse, héroïque des capitaines de mer qui couraient sus aux Anglais. La Merveille est le type de ces émules de Jean Bart ; aimé de Clorinde de Beringhen, il se heurte au préjugé qui condamne les mésalliances, est contraint de se battre à mort avec le frère intraitable de sa fiancée d'élection, accepte de remplir en Angleterre une mission dangereuse, fondée sur son étonnante ressemblance avec le prétendant Charles-Edouard, finit par succomber dans un combat inégal, victime d'abandons suspects. La mer sera le digne tombeau de ce brave et son souvenir hantera toujours la vieillesse de Clorinde inconsolable. Ce récit évocateur retrouvera auprès du grand public le succès d'émotion qu'il a obtenu dans la *Revue des Deux Mondes*.

La sarabande éternelle. Dialogue sur la matière, par Ch. BRUNOLD. 1 vol. : 12 fr. Hachette, 79, boulevard St-Germain, Paris.

Cette rapide promenade à travers les théories de la matière ouvre les aperçus les plus originaux sur la ro de vertigineuse et magnifique des atomes et fera connaître des joies intellectuelles d'une qualité rare. Et l'on gardera du savant une idée profondément humaine à le voir inquiet, souffrant de son ignorance, doutant de lui et cherchant chaque jour à saisir d'un peu plus près une réalité qui se dissimule.



C'est en se servant d'un tel ensemble de technique que PARAT a pu conclure, pour la majorité des cas, à la neutralité du protoplasme avec tendance manifeste vers une très légère alcalinite. Mais le système vacuolaire, le « vacuome » si important dans la formation des produits de sécrétion, est toujours acide et le noyau est sensiblement neutre. La mort s'accompagne toujours d'un abaissement plus ou moins rapide du pH cytoplasmique dû en partie à la diffusion du contenu vacuolaire et d'autre part à des altérations des autres constituants cytoplasmiques.

Chimie de la peau.

L'application des microméthodes à la chimie biologique de la peau a fourni un certain nombre de données qu'expose DE SAINT-RAT dans le livre de DEJUST.

La composition chimique de la peau est celle des protoplasmas en général. L'analyse immédiate nous y révèle, à côté du charbon, de l'azote, de l'hydrogène et de l'oxygène, éléments constitutifs essentiels des substances organiques, la présence d'un grand nombre de métaux et de métalloïdes : fluor, aluminium Na et K, magnésium, silicium, calcium, manganèse, phosphore, zinc, cuivre, arsenic et brome.

Parmi les principes immediats organiques, il faut en réserver deux, à savoir un alcool cyclique, le cholestérol et un composé sulfuré, le glutathion.

Cholestérol. — En 1914, J. WEILL, suivant la technique de MAYER et SCHEFFER, constata, ainsi que l'on devait s'y attendre, que la teneur en cholestérol de la peau était remarquablement constante selon l'espèce animale envisagée. Le coefficient lipocytique suit, dans la peau et dans ses annexes, la loi générale ; il croît avec la richesse en eau. La peau des animaux à sang froid est, toujours d'après J. WEILL, plus riche en cholestérol et en acide gras que celle des homéothermes.

En 1926, LACROIX étudia parallèlement les variations de la cholestérolémie et de la cholestérolie au cours du psoriasis. On entend par cholestérolie le poids en grammes de cholesterol contenu dans un kilogramme de production cutanée (squames, croûtes, sérosité) la normale est voisine de 12 grammes. Cet auteur conclut que pour les cholestérolies élevées (c'est-à-dire dépassant 15 grammes par kilogramme de squames), il y a un rapport net entre le métabolisme de la cholestérolie et la dermatose.

De leur côté, les physiologistes signalèrent les remarquables propriétés antirachitiques du cholestérol et de ses éthers. La friction insaponifiable des lipides de la peau est particulièrement riche en sérol non combiné, 13 à 24 % ; ce qui correspond à une teneur de 0,58 à 1,5 % dans la peau fraîche. Les lipides du tissu sous-cutané n'en renferme que 0, 24 %. Il faut également noter la forte teneur en phosphore des lipides totaux, celle-ci varie de 2 5 à 3.15 % alors qu'elle ne dépasse jamais 0, 10 % dans les autres tissus. HESS un des premiers montra que les rayons ultra-violets étaient susceptibles de faire apparaître chez le cholesterol des propriétés antirachitiques ; la même propriété se trouve dans la peau irradiée. En effet, des animaux rachitiques recouvrent rapidement la santé si l'on introduit dans leur alimentation de la peau traitée par l'ultra-violet.

Substances minérales. — Notons spécialement l'intérêt qui semble, de plus en plus, s'attacher à la fraction minérale de la peau. Il est admis, aujourd'hui, que les éléments minéraux qui composent ses cendres, même ceux qui ne s'y trouvent qu'à l'état de traces, jouent un rôle important dans le métabolisme cutané normal ou pathologique. La fraction basique de la peau, en particulier, serait en rapport intime avec certaines de ses fonctions. Luithlen, le premier, a entrevu une relation directe entre la sensibilité de la peau aux irritants chimiques et sa richesse en calcium, magnesium, potassium et sodium. Klauder et Brown confirmèrent cette opinion pour le lapin et le chat. Tout recemment, à la suite de nouvelles recherches, BROWN semble abandonner cette idée, tout au moins en ce qui concerne l'homme. L'existence d'une relation entre l'irritabilité de sa peau et sa minéralisation ne serait donc pas générale.

Dans ce dernier travail, BROWN apporte des données particulièrement intéressantes sur les variations de cette fraction minérale au cours de la croissance de l'individu. A sa naissance, l'enfant possède dans son tissu cutané une réserve importante de substances basiques. Cette provision décroît rapidement jusqu'au voisinage de la dixieme année ; elle se met ensuite à croître régulièrement sans jamais se stabiliser. Calcium et magnésium suivent des courbes parallèlement croissantes. Le silicium suivait une marche inverse ainsi que la déjà démontré LUITHLEN.

Pour ce professeur viennois, le taux du silicium diminuerait progressivement avec l'âge, et ce deficit pathologique en silicium serait la véritable cause de certaines modifications de la peau chez les vieillards. Luithlen, développant sa théorie, institua une thérapeutique originale des altérations séniles de la peau, une silicothérapie qui semble bien avoir donné entre ses mains et celles de ses élèves des résultats satisfaisants.

Henri VIGNES.

NECROLOGIE

Le docteur C. TOURNIER.

Il y a quelques jours est mort à Lyon un très grand clinicien, le docteur C. Tournier. Figure médicale si particulière, si étrange même, que ce serait manquer à un devoir strict que de ne pas saluer ici sa mémoire.

Clinicien il l'était dans toute l'acception du mot. Son activité professionnelle a été considérable et sa renommée, faite de la reconnaissance de malades guéris, s'étendait bien au-delà des frontières de la France. Les dernières demandes de rendez-vous qu'on trouva sur son bureau venaient de Belgique et d'Angleterre.

Cette notoriété, il la devait à son savoir d'abord qui était immense. Non seulement la science contemporaine lui était familière, mais il avait lu quasi tout ce qu'avaient écrit les cliniciens des siècles passés, voire ceux de l'Antiquité. Bien mieux, il avait médité leur enseignement, et patiemment comparé leurs conclusions à celles qu'il retirait de sa propre expérience clinique.

Il puisait cette science extraordinaire dans une bibliothèque qui est sans contredit une des plus riches qu'on ait constituées. On racontait que, durant ses dernières années d'internat, il achetait d'un seul coup, chez les bouquinistes, un rayon entier de livres, qu'il se faisait porter chez lui et qu'il compulsait méthodiquement.

Il était d'ailleurs servi par une mémoire d'une précision remarquable. Aussi son savoir était-il immense. Son seul contact, en quelques heures, vous enrichissait de connaissances précieuses. Mais comme l'on se sentait ignorant à ses côtés !

Ce n'était pas d'ailleurs à coup de livres qu'il exerçait son art : ce n'était jamais une réponse toute faite, une ordonnance stéréotypée que le client emportait de chez lui.

Bien au contraire le malade avait été examiné minutieusement et interrogé non moins minutieusement encore, et c'était bien pour lui qu'étaient rédigées les quatre grandes pages qui dictaient genre de vie, régime, traitement.

De telles manières de faire devaient rapidement entourer le docteur Tournier, de son vivant, d'une sorte de légende. On savait qu'il consacrait volontiers trois, quatre heures et même plus à un premier examen, et que durant ce long effort son attention restait constamment en éveil, inscrivant comme au vol sur d'énormes registres tout ce que lui répondait le malade. On savait que, hors des heures fixées pour un rendez-vous, c'était rigoureusement inutile d'espérer franchir le seuil de son cabinet, tant il était jaloux de sauvegarder le temps qu'il s'était réservé pour travailler.

Et l'on était fasciné, parfois même terrorisé, par cet investigateur implacable et impassible, qui fouillait votre passé physique et moral jusque dans ses recoins les plus « refoulés », et faisait ensuite un examen total du corps et une exploration de toutes les fonctions. Et lui, pendant ce temps, frêle et pâle, comme impalpable dans son veston noir que rayait discrètement le ruban de la Légion d'honneur, vous regardait d'un œil dont nul ne peut oublier la pénétration.

Cela avait été chez lui comme une vocation. Il était né dans un petit village du Jura, Aromas, d'une famille de

propriétaires terriens, qui avait compté déjà plusieurs médecins, dont le chirurgien Reybard, et dans laquelle le culte des livres avait toujours été sacré. Tout enfant il eut la passion de lire et, fait caractéristique, de rechercher la conversation des personnes d'âge mûr qu'il interrogeait avidement sur ce qu'elles savaient. Brillant élève du lycée de Bourg, puis de la Faculté de médecine de Lyon, interne des hôpitaux, chef de clinique du professeur Raphaël Lépine — le maître qui a dit que le médecin devait penser physiologiquement —, une carrière hospitalière et universitaire brillante aurait pu s'ouvrir devant lui : ses succès de clientèle d'emblée surprenants l'orientèrent au contraire vers son rôle de consultant. Et durant quarante années, sans jamais prendre de vacances, il se voua au soin de ses malades, commençant ses rendez-vous dès dix et onze heures le matin pour les terminer parfois tard dans la soirée, bien après dix heures.

De ce labeur écrasant — car, une fois les malades partis, il reprenait ses notes hâtives, compulsait des documents, bâtissait ses ordonnances — il ne trouvait pas d'autre délassement que dans les arts, les livres, les tableaux, les gravures, les vitraux... Sa vaste demeure est un musée : ses collections de gravures notamment, celles de Daumier entre autres, sont parmi les plus complètes d'Europe. Il les aimait comme ceux qui les cherchent avec passion, il les regardait comme ceux qui y trouvent des documents humains : médecin il l'était encore dans sa façon de deviner les psychologies des artistes et des êtres représentés. Une série, probablement unique, de gravures de modes lui laissait entrevoir les modalités de l'âme féminine à travers les âges.

C'est que, très vite, il était venu, d'une conception un peu étroitement « physiologique » de la médecine à des synthèses où le système nerveux et le psychisme jouaient un rôle considérable. Quelques pages écrites par lui, en 1911, dans le livre jubilaire du professeur Lépine, sur « la notion des réflexes conditionnels en pathologie gastro-intestinale » montrent bien quelle était dès lors son orientation clinique. Bien avant d'autres, par le seul fait de la clinique, il en était arrivé à une connaissance approfondie du sympathique abdominal et pelvien. Les audaces chirurgicales d'un Jaboulay, auquel il rendait volontiers hommage, l'avaient conduit à des procédés thérapeutiques par des massages très spéciaux des zones douloureuses de la sphère génitale, grâce auxquels il faisait disparaître en une séance, et parfois définitivement, les troubles les plus divers pour lesquels on était venu le consulter. Des malades repartaient ainsi de chez lui guéris et si quelques-uns le prenaient pour un fou les autres lui vouaient une sorte de culte.

Ainsi s'édifiait lentement dans son esprit, sans cesse remanié, retouché, modelé au contrôle des faits, un vaste système physio-psychopathologique, disons mieux une connaissance synthétique de l'être humain, et peut-être plus encore de la femme. On en trouve quelques éléments dans un passage du livre du professeur Lacassagne « La verte vieillesse », et qui est consacré aux diverses phases, aux poussées successives de la sexualité chez la femme. Il y a là, en quelques lignes, de quoi élargir encore le point de vue freudien.

Chose curieuse, plus il avançait dans la connaissance de la réalité humaine, plus il était frappé de la concordance entre les préceptes de la morale naturelle et les lois de la biologie. Longtemps éloigné de toute croyance religieuse, il admirait de plus en plus les disciplines intellectuelles et pratiques du catholicisme et sa conversation revenait volontiers sur les problèmes qui sollicitaient l'attention d'un Morat, dans sa retraite studieuse, et n'ont jamais cessé de préoccuper l'humanité : qui sommes-nous ? d'où venons-nous ? où allons nous ?

Vingt fois, cent fois, il avait annoncé qu'il allait enfin se mettre à la rédaction du grand ouvrage qui présenterait l'ensemble de ses conceptions cliniques, et dégagerait les quelques syndromes qu'il avait reconnus. La mort l'a surpris sans que rien ait été publié. Quelques jours à peine il a été arrêté par la maladie qui le minait depuis longtemps, sans qu'il voulût le dire à personne, comme muré dans sa sauvagerie : une syncope le surprit, tout seul, malgré la présence affectueuse des siens dans une pièce voisine.

Cette répulsion au travail de rédaction a certainement privé la médecine française d'une grande lumière. Déjà, un autre Lyonnais, Sigaud, est mort sans que le corps médical ait profité de ses idées si fécondes ; mais il avait écrit l'essentiel de sa pensée et fait des disciples. Il faudra que des mains pieuses dépouillent les notes laissées par Tournier afin que ne disparaisse pas totalement avec lui sa science clinique et psychologique.

Dr René Biot.
Ancien chef de laboratoire
à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1929.

Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires. — MM. *Emile Sergent*, *A. Baumgartner* et *R. Kourilsky*. — Les suppurations pulmonaires sont une des éventualités pathologiques devant lesquelles se brisent les efforts de la thérapeutique médicale. Les médecins assistent, trop souvent impuissants, à un dénouement fatal qu'ils prévoient et qui est d'autant plus pénible que cette maladie frappe des sujets en pleine santé et que la médecine devrait pouvoir guérir.

S'il est des abcès du poumon qui souvent guérissent spontanément, au prix de quelques vomiques libératrices, tels les abcès aigus des pneumonies et broncho pneumonies, il en est d'autres qui, d'emblée, s'installent avec des caractères de malignité progressive, tels les abcès putrides à tendance évolutive chronique. Contre ces derniers, il n'est aucune médication, ni spécifique, ni chimiothérapique, qui puisse se vanter d'être efficace. Au processus de suppuration s'ajoute un processus de sphacèle et de sclérose nécrotique qui s'étend progressivement et provoque dans le poumon des délabrements profonds et irrémédiables.

Si, parfois, la bronchoscopie avec aspiration assure un drainage qui spontanement est insuffisant, il est rare qu'elle suffise à donner la guérison définitive. La seule ressource est l'intervention chirurgicale. Trop souvent le médecin hésite à y recourir parce que la mortalité opératoire est réputée considérable. Cependant, grâce aux progrès déjà réalisés depuis ces dernières années par la chirurgie thoracique, on peut dire que le risque opératoire est moins à redouter que les dangers presque toujours mortels, que fait courir au malade un abcès putride chronique livré aux seules ressources de la thérapeutique médicale. Les auteurs, se basant sur une expérience de trois années, insistent sur la nécessité de ne pas hésiter à recourir à l'intervention chirurgicale dès que la suppuration s'installe dans l'état de chronicité. Ils indiquent les principes essentiels qui doivent régler la technique opératoire. Ils montrent que les progrès déjà accomplis dans cette voie deviendront plus rapides et plus sûrs si une collaboration étroite et constante du médecin et du chirurgien est assurée par l'organisation de services mixtes, médico-chirurgicaux, dans lesquels seront observés et traités les malades atteints de suppurations pulmonaires, ainsi que cela a été dejà réalisés dans plusieurs pays étrangers.

Le secret médical. — M. *Balthazard* lit un rapport présenté au nom de la Commission du secret médicel. Ce rapport se termine par le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, après avoir étudié à nouveau la question du secret médical au regard des lois sociales, émet le vœu ;

Que le secret médical soit respecté dans les lois sociales et en particulier dans les assurances sociales. Le contrôle technique médical bien organisé convenant mieux pour prévenir et réprimer les abus que l'inutile communication du diagnostic des maladies à un personnel administratif ».

Séance du 5 mars 1929.

Abcès aigu du poumon. — MM. *Ch. Achard et P. Soulié*, à propos de la communication faite à la précédente séance par MM. Sergent, Baumgartner et Kourilsky, rapportent qu'ils ont vu chez un jeune homme de 25 ans, après une angine initiale, survenir, avec une invasion aiguë et franche, un abcès du poumon. Dans le pus de la vomique on trouva, au milieu de microbes variés, des bacilles fusiformes et des spirochètes. En conséquence, on traita le malade par l'arsénobenzol, la température tomba, l'expectoration se tarit et l'examen radiologique montra la disparition rapide de la poche pulmonaire.

La phase fermée du début avait duré une semaine, la phase ouverte de vomique deux et la réparation s'était faite en une semaine.

Cette rapidité d'évolution rappelle celle des abcès amibiens traités par l'émétine.

A noter que, malgré les fuso-spirilles, l'expectoration n'avait jamais été fétide.

M. *Bezançon* est tout à fait d'accord avec MM. Sergent, Baumgartner et Kourilsky sur l'importance qu'il y a, en matière de suppuration pulmonaire, à faire la discrimination des suppurations aiguës et des suppurations chroniques. Dans un article récent sur le pus des abcès à pyogènes du poumon, en collaboration avec Jacquelin, il a opposé les évolutions aiguës souvent spontanément curables et les évolutions chroniques désespérément tenaces pour lesquelles les seules ressources thérapeutiques se réduisent au traitement chirurgical.

M. Bezançon estime cependant qu'il faut établir une autre distinction fondamentale, celle des abcès à pyogènes qui sont de véritables abcès souvent circonscrits et les infections à spirochètes et anaérobies putrides dans lesquelles, à côté de phénomènes de mortification, il y a des poussées extrêmement développées de sclérose comme il l'a montré récemment avec Etchegoin et Azoulay. Ces phénomènes de sclérose peuvent même être précoces comme il l'a vu récemment.

Ces gangrènes pulmonaires, dans leur forme aiguë, peuvent, dans certains cas, guérir à la suite de vomiques, mais le plus souvent elles passent à l'état chronique et résistent à toute la thérapeutique médicamenteuse. Il faut cependant persévérer dans l'emploi des arsenicaux qui, dans quelques cas, peuvent avoir une influence favorable. Comme MM. Sergent, Baumgartner et Kourilsky, il estimait qu'il faut à tout prix éviter cette phase chronique qui n'est plus du ressort de la médecine et dès que l'infection semble sortir de la phase aiguë, intervenir chirurgicalement ; l'intervention en deux temps, comme le proposent les auteurs, avec suppression du foyer, semblant la seule logique.

Sur quelques cas d'hémiplégie infantile. — M. *Babonneix* décrit un certain nombre d'hémiplégies infantiles dans lesquelles existait quelque particularité d'ordre moteur : début par ictus : épilepsie bravais-jacksonienne s'annonçant par une aura visuelle ; hémiparaplégie ; mouvements involontaires spéciaux ; réflexe : signe de Babinski spontané du côté de l'hémiplégie, atonie localisée ou généralisée, torticolis spasmodique; sensitif : astéréognosie de la main ; sensoriel : hémianopsie, signe d'Argyll-Robertson, kératite interstitielle, atrophie optique, microphtalmie, cataracte double ; viscéral : hypertrophie homolatérale du sein. Il étudie ensuite les maladies associées : troubles du métabolisme : infantilisme, obésité, diabète insipide ; myopathie ; malformations cardiaques ; nævi pigmentaires ; phénomènes d'hypertension intra-crânienne : stigmates liés à l'hérédo syphilis. De cette énumération que conclure, si ce n'est que : 1° les lésions de l'hémiplégie infantile sont infiniment moins localisées qu'on ne le croyait jadis ; 2° qu'elles sont de natures très variées ; 3° que l'hérédo-syphilis est peut-être, de toutes les causes signalées, par les auteurs la plus importante.

Elections. — MM. Navarro (de Montevideo) et Saint-Clair-Thomson (de Londres) sont élus membres correspondants étrangers dans la division de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1929.

Greffe d'Albee dans le mal de Pott. — *M. Sorrel*, à propos d'une communication récente de M. Leriche, s'oppose à la laminectomie systématique préconisée par lui dans les paralysies pottiques que l'on traite par greffe. En effet, la compression mécanique n'est pas seule en jeu, et la laminectomie est en fait rarement efficace. M. Sorrel dit même qu'à son avis, en présence d'une paralysie constituée, l'abstention est la conduite logique.

Fracture transcervicale du col du fémur. — A propos du travail de *MM. Boppe et Vassitch*, *M. Dujarier* analyse les résultats qu'ils ont obtenus par la méthode de Whitmann : 50 % de consolidation osseuses et 25 % de pseudarthroses serrées.

M. Robineau remarque qu'il y a environ 50 °/₀ de pseudarthroses, et que le vissage donne des résultats bien supérieurs.

M. Basset est du même avis.

M. Cunéo a obtenu d'excellents résultats par l'extension continue.

Iléus biliaire. — *M. Robineau* rapporte une observation de *M. Baillat*. Celui-ci est intervenu pour une occlusion avec hématémèse. Il fait l'ablation du calcul, et, parvenant difficilement à vidanger l'intestin, trouve un deuxième calcul sous-jacent. Mort.

M. Robineau insiste sur l'expression manuelle du gros intestin qu'il vide soit par ponction, soit par l'entérostomie, goutte lorsque celle-ci fait partie de l'acte thérapeutique.

M. Métivet est du même avis. Lorsqu'il a l'occasion de fistuliser le grêle, il en profite pour faire par l'entérostomie du à goutte.

Appareils plâtrés. — *M. Mathieu* présente les nouveaux appareils plâtrés exécutés par *M. Ducroquet*, qui permettent la mobilisation précoce dans les luxations de la hanche et la réduction progressive des genu valgum ou varum des enfants très jeunes.

Thoracoplastie. — *M. Proust* rapporte un travail de *MM. Maurer et Rolland*. Ils ont utilisé la thoracoplastie postérieure qui donne les affaissements de beaucoup les plus considérables : de plus ils font toujours l'opération en plusieurs temps et sous anesthésie localisée, pariétale d'abord, puis tronculaire des nerfs intercostaux. On peut élargir l'opération par une thoracoplastie antérieure secondaire.

M. Picot rappelle qee déjà Wilms avait insité sur la nécessité de faire la thoracoplastie la plus postérieure possible, de la faire en plusieurs temps et sous anesthésie locale. Il insiste en outre sur la nécessité de faire aussi l'ablation du périoste.

M. Proust est, au contraire, d'avis de faire une résection sous-périostée.

Séance du 6 mars 1929.

Fractures du col du fémur. — *M. Leveuf* dit qu'à l'heure actuelle, la guérison d'une fracture transcervicale n'offre guère de difficultés qu'après 60 ans. Cependant les sujets syphilitiques, quel que soit leur âge, consolident difficilement. Ainsi *M. Robineau* n'a eu de mauvais résultats que chez les sujets après 60 ans. Enfin, les cas guéris le sont toujours après élimination d'une partie plus ou moins importante du col fracturé. De plus, il est indiscutable que la coaptation parfaite des fragments et l'immobilisation ne suffisent pas à donner dans tous les cas une consolidation. Aussi l'auteur préconise-t-il le traitement chirurgical par l'enchevillement.

Migration d'un corps étranger dans l'organisme. — *M. Mathieu* rapporte une observation de *M. Tanacesco* (de Jassy).

Enfant ayant avalé un épi de seigle. Phlegmon de la paroi thoracique où on retrouve l'épi de seigle. Guérison.

Obstruction intestinale. — *M. Mathieu* rapporte une observation de *M. Mourgue Molines* (de Montpellier). Opération de hernie étranglée. L'intestin est menacé de sphacèle au niveau du collet ; et il existe une coudure intestinale. L'anse est rentrée dans le ventre. Neuf jours après, occlusion. Réintervention. L'anse intestinale est toujours dans la même position accolée en canon de fusil. Au niveau du sillon, il y a une adhérence de l'appendice, et du grand épiploon. Entéro-anastomose sans résection. Guérison. M. Mathieu critique la première partie de l'observation ; il aurait plutôt fallu faire une résection. ou si cela était impossible, une extériorisation.

Tumeur lymphoïde du cæcum. — *M. Roux-Berger* rapporte une observation de *M. Braine.*

Malade de 37 ans, souffrant depuis un an de l'intestin. Volumineuse tumeur de la fosse iliaque. L'auteur fit le diagnostic de tuberculose hypertrophique du cæcum. Laparotomie. Difficultés opératoires. Iléocolectomie droite. Guérison.

A l'examen histologique, à la Fondation Curie, sarcome lymphoïde. M. Lecène en fait une maladie de Hodgkin.

Cette localisation primitive sur l'intestin est rare ; de plus l'absence d'autres localisations est aussi exceptionnelle.

Au point de vue thérapeutique, tout le monde admet que le meilleur traitement est les rayons X. M. Braine s'est demandé s'il ne convenait pas de faire des radiations préventivement et il a conclu qu'il valait mieux attendre une récidive pour la traiter.

Typhlo-colite aiguë. — *M. Okinczyc* rapporte une observation de *M. Bernard.* Syndrome aigu de la face iliaque droite. Au 9e jour. opération ; on trouve un abcès ; pas de recherche appendiculaire. Le 3e jour, mort après un délire doux et tranquille. A l'autopsie, appendice entièrement sain ; cæcum complètement gangréné avec perforation couverte de sa face postérieure. Il existe une thrombose de la veine iléo-cæco-colique jusqu'à son abouchement dans la veine mésentérique supérieure.

Occlusion intestinale au cours d'une périviscérite. — *M. Okinczyc* rapporte une observation de *M. Barbilian* (de Jassy). Malade de 50 ans ; occlusion datant de quatre jours. Rachianesthésie. La partie terminale de l'iléon adhère à la paroi postérieure de l'abdomen avec coudure aiguë en V. Section d'une bride avec décollement de l'anse. Mort le lendemain.

M. Barbilian pense qu'il s'agit d'un accolement anormal congénital.

L'occlusion peut persister après la levée de l'obstacle par atonie intestinale comme dans l'observation de M. Barbilian. Le rapporteur insiste sur la vidange nécessaire du bout supérieur, ce qui évite la résorption massive de produits toxiques.

M. Martel est du même avis.

M. Duval remarque que la vidange est connue depuis longtemps et a donné de mauvais résultats. De plus expérimentalement l'absorption par le gros intestin est certainement minime.

M. Schwartz opéra une femme chez qui il trouva une occlusion à 15 ou 20 centimètres du cæcum. Pas de vidange. Mort d'intoxication suraiguë de lendemain.

Luxation récidivante devenue irréductible de l'épaule. — *M. L. Bazy* rapporte une observation de *M. Mirizzi.*

Luxation récidivante à la suite d'un choc minime, la luxation devient irréductible. Il utilise la voie décrite par L. Bazy. Réduction facile, mais elle ne peut être maintenue. Aussi fait-il la ténosuspension par le tendon du long péronier latéral. Très bon résultat.

Il s'agit donc d'une luxation ancienne à la suite d'une luxation récidivante.

M. L. Bazy rapporte alors une observation personnelle où il a fait un allongement de la coracoïde par des greffes ostéo-périostiques en suivant une technique analogue à celle de M. Oudard. Cependant, il lui semble que la chose essentielle est la myorraphie du sous-scapulaire.

Anesthésie locale. — *M. Chevassu* dit que l'on peut obtenir une anesthésie parfaite sans adjonction d'adrénaline.

Tumeur à myéloplaxe à allure maligne. — *M. Mouchet* rapporte l'histoire d'un malade qui présente une tumeur de l'extrémité supérieure du tibia qu'il curette et qu'il bourre de greffons ostéopériostés. Six mois plus tard, des phénomènes d'allure phlegmoneux et une rupture de la corticale du tibia conduisant à l'amputation, Cependant, l'examen de la pièce montre une tumeur bénigne à myéloplaxes

Os supra cotyloïdien et os acétabulaire. — *M. Mouchet* a reçu plusieurs communications de *M. Delahaye* (deux cas), *M. Massart* (un cas bilatéral) et *M. Arrivat* (un cas) sur ce sujet et présente les radiographies qu'ils ont envoyées.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1929,

La cachexie de croissance. — MM. *May* et *Layani* présentent une jeune fille atteinte d'un véritable syndrome pluri-glandulaire de la puberté, caractérisé par un arrêt des règles, de l'acrocyanose, un abaissement du métabolisme basal et un amaigrissement extrême justifiant pour ce syndrome le nom de cachexie de croissance. La participation du pancréas est prouvée par l'action de l'insuline qui, en trois mois, fit gagner 10 kgs. à la malade. Par contre le M. B. ne changea pas et seul un traitement thyroïdien ultérieur le ramena à la normale.

La radiothérapie des tumeurs de l'hypophyse. — M. *Béclère* a observé l'action heureuse de la radiothérapie dans ces cas et en cite des exemples. De sa statistique personnelle et de celle d'autres auteurs, il ressort que, en particulier dans les formes ophtalmiques, la radiothérapie amène l'agrandissement du champ visuel, l'augmentation de l'acuité visuelle, la disparition des paralysies oculaires, la disparition des signes d'hypertension et des troubles intellectuels, l'amélioration des troubles des échanges nutritifs ; dans certains cas, il y a eu aussi disparition des troubles génitaux. Il y a un fait sur lequel Cushing et ses élèves ont, avec raison, insisté, c'est l'importance du diagnostic des tumeurs propres de l'hypophyse et de celles du voisinage (poche de Ratke, etc..) Les premières, adénomes hypophysaires le plus souvent, doivent: qu'on ait recours ou non à la chirurgie, être soumises à la radiothérapie en surveillant le champ visuel. L'auteur se sépare sur un point de MM. Clovis Vincent et de Martel. Ces auteurs, en effet. soutiennent que la radiothéropie sans opération n'est acceptable que dans les formes sans troubles de la vision. M. Béclère fait observer que les troubles de la vision sont les premiers à apparaître et à dénoncer la tumeur et si on adoptait la ligne de conduite de MM. Vincent et de Martel, on n'aurait presque jamais à utiliser la radiothérapie. En outre, ces troubles visuels sont précisément ceux sur lesquels la radiothérapie est active.

Glycémie et épreuve d'hyperglycémie chez les hépatiques. — MM. *Labbé* et *Fl. Nepveux.* — Le trouble de la glycorégulation est presque constant chez les sujets atteints d'une affection hépatique, quelle que soit la nature de celle-ci. Il se décèle par une glycosurie transitoire, par une épreuve de glycosurie provoquée, ou mieux par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée au glycose. Par ce procédé nous l'avons mis en évidence, 64 fois sur 56 cas ; 6 fois la réaction faite indiquait un trouble de la glycorégulation, de caractère diabétique ; le plus souvent la réaction est d'intensité moyenne.

Le trouble glycorégulateur décelé par la réaction d'hyperglycémie est un bon signe d'insuffisance hépatique, mais il ne suffit pas à imposer le diagnostic, parce que les altérations de divers organes s'accompagnent aussi d'un trouble glycorégulateur ; pour caractériser l'insuffisance hépatique, il faut en même temps, des troubles de la sécrétion biliaire ou du métabolisme des protides. Le taux de la réaction d'hyperglycémie permet de déceler un trouble fonctionnel du foie et d'exclure le diabète. Chez beaucoup de sujets présentant des signes cliniques peu caractéristiques, on peut, grâce à lui

mettre en évidence la lésion du foie ; chez ceux qui présentent une glycosurie intermittente avec des troubles fonctionnels du foie, on peut rejeter, grâce aux résultats de la réaction le diagnostic de diabète. D'ailleurs, il y a tous les termes de passage entre le diabète bénin survenant chez les obèses et le trouble glycorégulateur des hépatiques. On voit des obèses offrant un trouble glycorégulateur qui aboutissent au diabète vrai. par la suralimentation prolongée. Inversement, on voit des petits diabétiques, qui à la suite de cures répétées et prolongées, s'améliorent et n'ont plus qu'un trouble de la glycorégutation modéré et susceptible de guérir. L'étude de la réaction d'hyperglycémie permet de suivre les étapes de cette évolution vers l'aggravation ou vers la guérison.

La sanocrysine par voie intrapleurale. — MM. *Léon Kindberg* et *E. Royer de Vericourt* ont tenté de traiter certaines complications du pneumothorax artificiel, et en particulier les pleurésies purulentes tuberculeuses par la sanocrysine intrapleurale. Ils apportent. à titre d'exemple, trois observations :

La première a trait, chez un homme porteur d'un pneumothorax bilatéral, à un pneumothorax avec grosse fistule pleurobronchique : on obtient très rapidement la disparition de la fistule et l'assèchement de la plèvre.

Dans la seconde, un pyothorax impossible à ponctionner, à cause de la viscosité du pus, fut également aussitôt transformé, on a pu reprendre la méthode simple des ponctions insufflations.

Enfin dans la troisième, dans un moignon incompressible avec caverne de la grosseur d'une orange on vit se développer très rapidement une sclérose rétractile : le collapsus est maintenant à peu près complet et la caverne à peine reconnaissable.

Les auteurs qui suivent en ce moment neuf malades et n'ont jusqu'à présent constaté nul incouvénient de la méthode, se défendent, d'observations aussi récentes et aussi peu nombreuses, de vouloir tirer des conclusions fermes. Mais il y a là des exemples encourageants et ils espèrent que l'on pourra ainsi obvier à des complications jusqu'ici sans remède et d'autre part éviter l'oléothorax toujours aléatoire ou des interventions importantes et définitives comme la thoracoplastie.

Syndrome neuro-anémique traité par la méthode de Wipple. — M. *Picard* (de Nantes) rapporte un cas de syndrome neuro-anémique avec l'action dissociée du traitement de Wipple qui impressionne favorablement l'anémie, mais reste sans action sur le syndrome neurologique.

Séance du 1er mars 1929.

L'aurothérapie dans les rhumatismes chroniques. — *M. J. Forestier* rapporte les observations de 15 cas de polyarthrite infectieuse grave d'origines diverses qu'il a traités par des injections intra-musculaires d'aurothiopropanol. sulfonate de sodium (allochrysine) sel organique d'or qui a été proposé dans le traitement de la tuberculose. Le résultats de ces injections chez des sujets suivis depuis 6 à 10 mois a été, dans 70 % des cas, extrêmement favorable. Il montre que cette médication n'entraîne généralement pas de choc et que les incidents imputables aux injections sont généralement bénins. La médication aurothérapique doit prendre place dans la thérapeutique des polyarthrites infectieuses.

Maladie exostosante. — *M. Apert* présente deux enfants, frère et sœur, atteints de maladie exostosante. Les exostoses multiples sont très netes sur les radiographies.

Thrombo-phlébites et infarctus du myocarde. — *MM. Pr. Merklen et Jean-Albert Weil* rapportent deux observations avec autopsie superposables dans une assez large mesure. La première se spécifie par trois crises d'angine de poitrine avec fièvre et signes d'infection générale. Défaillance myocardique progressive. Puis phlébite gauche bien caractérisée, phlébite droite plus atténuée. A la nécropsie, infection à point de départ et à prédominance veineux ; artérite coronarienne oblitérante et infarctus anévrysmatique du myocarde ; endocardite pariétale au niveau de l'infarctus, recouvert en dehors par un placard de péricardite. Seconde observation : péricardite aiguë ayant débuté par un syndrome angineux avec pleurite bilatérale et signes généraux d'infection. Après la chute de la fièvre, phlébite du bras gauche. Puis rémission incomplète de plusieurs mois aboutissant à une crise rétrosternale angoissante, à une insuffisance cardiaque terminale avec artérite sténosante et œdème du bras droit. A la nécropsie péricardite en organisation symphysaire ; endartérite oblitérante de la coronaire gauche et infarctus anévrysmal ; endocardite pariétale au niveau de l'infarctus ; thrombo-phlébites très étendues et diffuses ; artérite non oblitérante de l'humérale droite. Dans les deux cas, l'autopsie a montré que l'infection veineuse occupait une place prépondérante dans le processus. Elle s'est compliquée de réactions endartéritiques de la coronaire gauche avec infarctus cardiaque et endocardite pariétale consécutive. En outre, chez l'un des malades, endartérite humérale. L'atteinte du péricarde fut légère dans le premier cas, très forte dans le second au point d'avoir tout d'abord constitué un symptôme émergent. A signaler, la fièvre et la leucocytose polynucléaire liées à l'infarctus. Les auteurs insistent sur l'association de foyers veineux et artériels, sur la participation de la coronaire qui a créé l'infarctus autour duquel se sont élaborées endocardite et péricardite, sur la nécessité de penser, devant un syndrome angineux à fièvre persistante, à une infection veineuse ou veino-artérielle sous-jacente.

Le traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale. — *M. Sézary et Duruy* traitent par la protéinothérapie locale les collections purulentes telles que hydrosadénites et bartholinites. Dans les formes non fistulisées, ils évacuent le pus par ponction et injectent de l'eau peptonée à 10 %. Les résultats ainsi obtenus sont extrêmement satisfaisants. Ils sont beaucoup plus rapides que ceux des interventions chirurgicales. Les bartholinites et hydrosadénites guérissent définitivement en 6 à 10 jours. Sézary et Duruy attribuent cette action à un choc protéique local. Ils recommandent de traiter ainsi les suppurations viscérales telles que pleurésies purulentes et abcès parenchymateux.

M. Jausion pense que les résultats favorables qu'il a obtenus par l'emploi de filtrats tiennent sans doute plus aux peptones qu'aux corps microbiens.

Artériotensiomètre. — *M. Donzelot* présente un nouvel appareil du type Riva-Rocci qui diffère des appareils actuellement en usage par les perfectionnements suivants :

1° Contrôle automatique du manomètre par une aiguille libre s'inscrivant au repos dans un ovale qui sert de repère.

2° Brassard dont l'agrafage très simple et très solide se fait par des boucles à ardillons permettant un « serrage optimum ».

3° Poche pneumatique munie d'une gaine de soie amovible.

4° Pompe entièrement métallique, se manipulant aisément d'une main, et pratiquement inusable.

A l'artériotensiomètre est annexé un stéthoscope biauriculaire dont les tubes larges ne présentent aucun rétrécissement et dont le pavillon métallique est garni d'un anneau de caoutchouc assurant la parfaite adaptation sur la zone auscultée.

René Giroux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 2 mars 1929.

M. *Treuil* étudie Tsaraat, la lèpre de la Bible et le chapitre XIII du *Lévétique*. La lésion décrite sous le nom de Tsaraat consiste en une dépression de la peau avec épaississement de celle-ci formant une sorte de nodule ; les poils et les cheveux de la région atteinte blanchissent. M. *Treuil* a retrouvé des lésions semblables chez une vieille femme, au cours d'un voyage au Turkestan. Un certain nombre de dermatologistes consultés à ce sujet ont pensé qu'il s'agissait d'une forme de vitiligo. Quant au diagnostic rétrospectif, il reste difficile à cause du désaccord des commentateurs successifs au sujet du sens exact des mots bibliques.

Le prêtre qui avait constaté la présence du nodule, accompagné ou non d'ulcération et de canitie, déclarait le sujet im-

pur et l'obligeait à vivre hors du camp. D'autres fois, les signes étaient moins nets. La lésion devait être revêtue d'un pansement. Si elle continuait d'évoluer pendant un certain temps, malgré les soins, le sujet était aussi expulsé.

Quand la canitie envahissait tous les poils et que l'ensemble de la peau devenait blanc, il ne s'agissait pas de lèpre et l'individu continuait à être considéré comme pur.

Le diagnostic de tsaraat devait comprendre des maladies bien différentes : la lèpre véritable, des variétés de teigne, le psoriasis. S'il s'agissait aussi de vitiligo, le problème de la syphilis dans l'antiquité se pose à nouveau.

Le lépreux expulsé du camp et déclaré impur voilera son visage « jusqu'aux narines » et avertira les passants de s'écarter de lui.

La description biblique est incomplète puisqu'elle nous laisse dans le doute. Les anesthésies, les mutilations des membres ne sont pas mentionnées. Au sujet de ces dernières, il faut pourtant noter que Myriam, sœur de Moïse, devenue lépreuse, craint que ses membres ne soient à demi pourris, comme ceux des nouveau-nés.

M. ***Ménétrier*** rappelle que les Chaldéens et les Egyptiens concevaient la lèpre à peu près de la même manière que les Hébreux. En lisant leurs descriptions, on pense aussi à la syphilis.

Le livre de Job ne peut servir de document pour établir une discrimination, car ses récits ne paraissent pas empruntés à la réalité.

M. ***Chevalier*** croit que les anciens connaissaient la syphilis. Une courtisane des *Dialogues* de Lucien paraît bien en être atteinte. Quant à la couleur blanche répandue sur tout le corps, il s'agit d'albinisme. Le vitiligo du *Lévétique* doit aussi être rattaché à la syphilis.

M. ***Fosseyeux*** lit ensuite un travail de M. ***Bignon***, vétérinaire sur l'inspection des viandes en Quercy, qui nous apprend que le Moyen-Age s'occupait de cette importante question d'hygiène.

Enfin M. ***Laignel-Lavastine*** commente la collection d'autographes que le regretté M. Thibierge a laissée à la Société.

Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 février 1929.

Tic douloureux de la face. Guérison. — M. ***Pierre-Robin*** présente un malade montré à la Société, il y a deux ans dans un état de faiblesse extrême dû à un tic douloureux bimaxillaire. A la suite de la cure radicale des reliquats infectieux apicaux anciens (procédé de l'auteur), le tic a disparu et le sujet a recouvré une santé parfaite.

Hypertension et hypertrophie de la prostate. — M. ***Lavenant*** rapporte plusieurs cas d'hypertension artérielle guéris par la prostatectomie. Il s'agit de rétentions vésicales méconnues qui élèvent la pression intra-rénale et causent des troubles cardio-vasculaires, essoufflement, bruit de galop, etc. Loin d'être une cause d'abstention, ces formes de néphrite hypertensives sont une indication opératoire.

E. PERPÈRE.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement iodé des maladies des voies respiratoires.

J'ai expérimenté pour la première fois l'iodéol en octobre 1919, sur les conseils de mon maître, le professeur Pouchet. Il s'agissait d'un cas de broncho-pneumonie avec réaction méningée et septicémie chez une fillette de onze ans. L'état était jugé désespéré ; les antiseptiques généraux n'avaient donné aucun résultat, même en injections intraveineuses. L'iodéol détermina la guérison inespérée et pour ainsi dire « miraculeuse. »

C'est en souvenir de ce cas, le plus beau de ceux étudiés par le professeur Pouchet, que j'utilise systématiquement l'iodéol dans tous les cas infectieux aigus, d'une façon précoce, puisque l'iodéol constitue une thérapeutique efficace de l'infection, quel qu'en soit le siège.

J'ai constaté presque toujours le raccourcissement de la durée de la maladie : des pneumonies font leur défervescence vers le 4e ou 5e jour ; des fièvres typhoïdes avec séro-diagnostic positif se terminent en moins de trois semaines ; l'érisypèle tourne court après 3 ou 4 piqûres.

Le traitement par l'iodéol se suffit souvent à lui-même. En général, l'adulte doit recevoir deux ampoules d'iodéol par jour, en une ou deux piqûres.

En médecine infantile, voici la pratique à suivre, d'après mon expérience.

Dans les broncho-pneumonies primitives ou secondaires à la grippe, à la rougeole, à la typhoïde ou à la coqueluche, il faut renouveler toutes les trois heures un enveloppement frais de tout le tronc, effectué avec une solution de synthol au dixième, si la température est au voisinage de 39° ; l'enveloppement est fait de deux heures en deux heures s'il y a 40°. Comme toni-cardiaque, digitale et huile éthéro-camphrée.

L'iodéol peut s'utiliser même chez un enfant de 5 à 6 mois à la dose de 1 cc. qui est la dose efficace minima. A partir de 5 ans, la posologie doit atteindre 2 cc., c'est-à-dire la dose de l'adulte. Vous remarquerez l'indolence de ces piqûres chez les enfants.

En résumé, sans surcharger cette liste d'observations inutiles, voici quelques observations :

Obs. I. — P., 9 mois, 1917, broncho-pneumonie consécutive à rougeole, dyspnée, cyanose, symptômes méningés, raideurs, convulsions.

Obs. II — B.., 11 mois, 1926, broncho-pneumonie primitive bronchite à répétitions depuis sa naissance.

Obs. III. — C.., 1 an, 1926, broncho-pneumonie après rougeole.

Obs. IV. — R.., 15 mois, 1919, broncho-pneumonie primitive athrepsique ayant toujours toussé.

Obs. V. —A.., 2 ans, 1926 broncho-pneumonie contractée aux Enfants-Malades dans le service de chirurgie. A 4 ans, pleuro-pneumonie.

Obs. VI. — P.,, 5 ans, 1927, broncho-pneumonie secondaire à rougeole. Appelé en consultation, la fillette étant dans le coma.

Obs. VII. — P... 6 ans, 1928, broncho-pneumonie consécutive là fièvre typhoïde, état comateux pendant plusieurs, jours.

Obs. VIII. — P.., 8 ans, 1927, broncho pneumonie secondaire à fièvre typhoïde.

Tous ces cas, fort graves, ont été guéris.

N'est-il pas normal que les infectés profitent du traitement iodé sous sa forme la plus active d'iode colloïdal électrochimique, puisque la sérothérapie nous apprend que le cheval ne tolère le poison diphtérique que grâce aux injections de solution iodo-iodurée singulièrement moins adaptée à l'organisme que l'iode colloïdal.

L'iodéol ne saurait constituer une thérapeutipue efficace de la tuberculose pulmonaire. Pourtant, si l'iodéol ne saurait guérir, il peut avoir une action thérapeutique efficace contre la tuberculose pulmonaire, en particulier contre la tuberculose pulmonaire post-pleurétique. On sait, depuis Landouzy que la pleurésie séro-fibrineuse, dite autrefois *a frigore*, est le plus souvent une tuberculose de la plèvre qui sera fréquemment suivie, malgré son apparente guérison, de tuberculose pulmonaire. Or, depuis 1919, nous avons soumis tous nos pleurétiques à des séries d'injections d'iodéol sans observer aucun cas de tuberculose secondaire. C'est au moins un résultat des plus encourageants à enregistrer, puisque la plupart des malades ont été suivis de 5 à 10 ans, temps largement suffisant à l'éclosion d'une lésion pulmonaire.

En résumé, l'iodéol — qui est la façon la plus moderne et la plus efficace d'utiliser le traitement iodé — doit faire partie du traitement de tous les états infectieux. Il a notamment une action particulièrement bienfaisante dans la broncho-pneumonie infantile si souvent mortelle, dans la pneumonie des adultes et dans la prophylaxie des tuberculoses pulmonaires post-pleurétiques.

Dr G. DELRAT.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme, par le Dr Jules JANET. Un volume de 536 pages avec 143 figures : 60 fr. Masson éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Voici un livre essentiellement personnel, vraiment magistral, qui résume toute une vie d'expérience et de bon sens clinique, appliqué à l'étude d'une de maladies les plus répandues, les plus graves et peut-être aussi des plus mal connues.

On peut dire, sans exagération, qu'il constitue un événement dans le domaine de l'urologie, car si le Dr Janet est très apprécié par la méthode qu'il a créée et vulgarisée, il n'avait pas encore condensé en un volume les résultats de sa longue expérience.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à des *considérations générales sur la blennorragie* « si mal connue et si mal traitée par la plupart des médecins », et à la gravité du péril blennorragique.

La deuxième partie comprend d'abord le *diagnostic de la blennorragie chez l'homme* : le Dr Janet insiste sur la nécessité de l'examen bactériologique fait par le médecin lui même, et, à ce propos, donne une étude morphologique et biologique sur le gonocoque.

Le *traitement de la blennorragie* chez l'homme est envisagé ensuite dans les différentes formes qui se présentent en clinique.

Après avoir décrit le traitement abortif de l'argyrol, dont il a lui-même précisé les règles, l'auteur expose sa méthode des grands lavages dans l'urétrite aiguë ; il insiste avec minutie sur les plus petits détails et l'on se rend compte que bien des échecs sont dûs à une technique trop souvent défectueuse.

Dans le chapitre des *complications*, une place importante est faite aux *anomalies et malformations urétrales et para-urétrales*, aux repaires gonococciques de la verge et de l'urètre, ainsi qu'à ceux qui font suite aux abcès lymphangitiques ou glandulaires.

Les différentes complications de la blennorragie chez l'homme sont ensuite envisagées, surtout au point de vue de leur traitement.

Le Dr Janet insiste sur le danger de certaines manœuvres instrumentales dont l'emploi doit être réservé à des cas limités et déterminés.

La troisième partie de ce livre est consacrée à la *blennorragie chez la femme*, plus mal connue et plus mal soignée encore que celle de l'homme. L'auteur montre combien sont généralement méconnus et négligés les foyers d'infection de la région vulvaire (Glande de Skene, de Bartholin, urètre).

La quatrième partie comprend l'étude des *affections blennorragiques* et des *procédés de traitement commun aux deux sexes*. C'est, en somme l'étude de la gonococcie chronique envisagée au point de vue du diagnostic, de la prophylaxie, de son importance sociale et des nouveaux moyens de traitement par la sérothérapie et la vaccinothérapie.

Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire, par L. DUFOURMENTEL. Préface du professeur SÉBILEAU. Un volume de 222 pages avec 69 figures. 40 fr. Masson éditeur, 120 boulevard Saint-Germain, Paris.

L'articulation temporo maxillaire, par la plupart de ses caractères anatomiques et la solidarité de ses fonctions avec celles des articulations dentaires possède, en morphologie et en physiologie, un caractère d'individualité très marqué. Pour les mêmes raisons, elle se particularise d'une manière aussi nette au point de vue clinique et chirurgical.

Elle est difficile à explorer, elle offre en radiographie, dans la présentation souvent un peu confuse du massif osseux de la face, une image qu'il est quelquefois assez difficile d'interpréter.

Le diagnostic des affections qui la frappent est toujours entouré de quelque mystère, et sa chirurgie ne comporte la plupart du temps que des opérations longues et malaisées, obscures et aléatoires.

Pour ces raisons, on peut dire que l'articulation temporo-maxillaire, où ne se risquent pas les praticiens de l'art dentaire, n'est pas non plus particulièrement recherchée des chirurgiens.

Le Dr Dufourmentel qui a pu déjà depuis longtemps observer à son aise et opérer beaucoup ces affections des mâchoires résume dans ce livre ses idées personnelles, et sa technique à qui il a tenu avant tout à donner un caractère pratique.

On y trouvera particulièrement :

1° *Des chapitres concernant des troubles dont le siège articulaire n'avait pas été mis en lumière jusqu'ici, ou ne l'avait été que de façon épisodique.*

Tels sont : *les* Déviations de la mâchoire *par lésions articulaires, les* Vices d'articulé, *le* Prognathisme.

2° *Des chapitres concernant des affections articulaires, auxquelles le chirurgien ne s'était guère attaqué : arthrites sèches, craquements, subluxations et même les luxations totales sous leurs diverses formes.*

3° *Des chapitres concernant des affections nettement chirurgicales et déjà abondamment décrites, mais dont les méthodes récentes, nées en particulier de la guerre, ont profondément modifié l'étude et le traitement ; telles les* fractures *et les* ankyloses *articulaires.*

Travaux pratiques de parasitologie, par E. BRUMPT et NEVEU-LEMAIRE. Un volume de 302 pages avec 202 figures : 30 fr. Masson éditeur, 120, boulevard St-Germain, 120, Paris.

L'enseignement pratique de la bactériologie prend chaque jour plus d'importance et ce petit livre se présente comme le complément des *Traités et Précis de parasitologie* existants.

On y trouvera au début des notions élémentaires sur les parasites en général et leur rôle pathogène. Puis, suivant un plan conforme à l'ordre suivi dans les travaux pratiques de la Faculté de Paris, deux chapitres consacrés à un ou plusieurs groupes de parasites — les plus utiles à connaître, tant par leur fréquence que par leur pathogénéité.

Comme il s'agit avant tout d'un guide pratique, les auteurs indiquent la manière de recueillir les parasites dans la nature ou dans l'organisme humain ainsi que les procédés employés pour leur examen.

Dans un appendice sont résumées les notions nouvelles relatives aux animaux, hôtes intermédiaires ou reservoirs du virus.

Manuel des maladies de l'œil. A l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr H. MAY M.-D. Cinquième édition française. Un volume de 246 pages : 55 fr. Masson éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

En 475 pages, l'auteur fait rentrer toutes les maladies de l'œil, les méthodes d'examen et les différentes techniques. Son art consiste surtout à se tenir dans de justes limites, à omettre les détails trop longs, les discussions trop étendues, les exposés prolixes des théories et des affections. S'il donne les faits fondamentaux de l'ophtalmologie et y comprend tout l'essentiel de cette spécialité, les affections rares y sont simplement mentionnées, les affections peu communes qui intéressent le spécialiste y sont traités en quelques lignes.

Douze éditions de ce Manuel ont paru en Amérique, et de nombreuses éditions dans plusieurs langues. Cette traduction française est au courant de tout ce qui est nouveau.

La vaccinothérapie en médecine et en chirurgie, publiée sous la direction scientifique de M. Maurice LOEPER, avec de nombreux collaborateurs. Un volume in-8°, 216 pages, collection L'Evolution Thérapeutique. L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris 1929. Prix : 20 francs.

Publié sous la direction scientifique du professeur LOEPER, l'ouvrage s'ouvre par un article-préface de ce maître sur la « Vaccinothérapie préventive et curative » qui forme un exposé succinct, mais complet de la question. Viennent ensuite cinq chapitres d'un intérêt très général et qui constituent une excellente mise au point de l'état actuel de nos connaissances en la matière : « Principes généraux et indications de la vaccinothérapie », par le professeur JEANNENEY (de Bordeaux) ; « Les colloïdes cellulaires et la défense organique », L. LEMATTE ; « Les auto-vaccins », par A. BERGERON ; « Les stock-vaccins », par X. COLANERI ; « Les incidents et accidents de la vaccinothérapie », par F. MEERSSMAN.

Suit une étude clinique de l'emploi des vaccins que les auteurs ont entendu faire : « La vaccination anti-tuberculeuse par le bacille bilié de Calmette Guérin », par L. NÈGRE ; « Vaccinothérapie des affections pulmonaires en dehors de la tuberculose », par G. ROSENTHAL ; « La vaccinothérapie dans les infections typhoïdes », par Ch. ZOELLER et F. MEERSSEMAN ; « Vaccination anti-rhumatismale », par G. ROSENTHAL ; « La vaccinothérapie en dermatologie », par L. BORY ; « La vaccinothérapie en chirurgie générale », par L. DARTIGUES et P. A. DIGEON ; « La vaccinothérapie dans les ostéomyélites », par J. PRIVAT ; « La vaccinothérapie en gynécologie », par L.-M. PIERRA ; « La vaccinothérapie en urologie », par L. FRIGAUX ; « La vaccinothérapie en ophtalmologie », par P. BOUSSI ; « La vaccinothérapie en oto-rhino-laryngologie ». par G. DE PARREL ; « La vaccinothérapie en stomatologie », par E. HOLLANDE.

Enfin, l'ouvrage s'achève par quelques notes documentaires sur les principaux vaccins, qui n'en constitueront pas le chapitre le moins précieux pour le médecin praticien.

La Ménopause et ses troubles

IV — L'hypertension.

Les troubles habituels de la ménopause (bouffées de chaleur, phénomènes congestifs, hémorragies, palpitations) sont causés par de l'hypertension ou au moins par une instabilité vaso-motrice remarquable. Les recherches sphygmomanométriques, si répandues à notre époque, ont permis de se rendre compte que l'hypertension véritable n'affecte pas toutes les femmes à l'âge critique, tant s'en faut. C'est ainsi que, dans sa thèse de 1926, Perrin dit avoir examiné 101 femmes qui se plaignaient de troubles circulatoires marqués : 53 seulement parmi ces femmes avaient de l'hypertension.

Ajoutons que, pour le symptômes hypertensif comme pour les autres, l'intensité et la fréquence sont l'apanage de la ménopause chirurgicale.

***

On peut mentionner ici un symptôme singulier souvent dû à l'hypertension, souvent aussi d'origine sympathico-tonique : l'extra-systole.

L'instabilite vaso-motrice, les alternatives de pâleur et de congestion de la face qui accompagnent bien souvent les extra-systoles, se rapportent en effet, à l'excitation du sympathique.

L'observation suivante a trait à des extra-systoles que le traitement a fait rapidement cesser :

Mme B., âgée de 51 ans, a vu cesser sa fonction menstruelle, il y a deux ans. Depuis cette date, elle souffre de bouffées de chaleur avec sueurs, ainsi que de maux de tête et de troubles digestifs. Ce qui l'inquiète le plus, ce sont des extra-systoles survenant à toute heure du jour et même de la nuit, et s'accompagnant de sensation d'arrêt du cœur et d'angoisse. Deux comprimés par jour de *lachésine* ont mis fin à tous ces troubles, qui ont progressivement disparu en un mois.

***

L'hypertension de la ménopause comporte une élévation plus ou moins forte de la tension maxima et de la tension minima : quelquefois seulement cette dernière est augmentée. En général, es chiffres constatés sont de 19 à 22 pour la maxima et de 12 à 13 pour la minima. A tout prendre, cette hypertension est bénigne et bien supportée. Cependant, Perrin lui attribue un pronostic un peu plus sombre dans certains cas. En effet, on observe à l'âge critique, des poussées d'artérite qui, aggravées du fait de l'hypertension, provoquent une legère distension sus-sigmoïdienne et par conséquent une fuite diastolique : on constaterait alors les signes de l'insuffisance aortique fonctionnelle, laquelle pourrait évoluer vers l'insuffisance ventriculaire gauche et même vers l'hémorragie cerébrale.

***

Il y a donc un grand intérêt à lutter contre l'hypertension de la ménopause ; la *lachésine* fournit au médecin une arme efficace, comme le montre l'observation suivante :

Mme X., âgée de 48 ans, a été opérée, il y a trois ans (ablation des ovaires). Quelques semaines après l'opération, elle a été prise de troubles variés dont le maximum se produit aux environs de la date de ses règles antérieures. Ce sont des bouffées de chaleur survenant une quinzaine de fois par jour et suivies de palpitations, de sueurs abondantes. Elle se plaint également d'une sensation de pesanteur dans la nuque presque constante.

Nous prenons la tension de cette malade au Vaquez-Laubry (5 juillet 1928), et nous notons :

Tension maxima : 20 ; tension minima : 12.

Nous prescrivons des comprimés de *lachésine* et nous voyons notre cliente le 21 juillet suivant. Les bouffées de chaleur ont considérablement diminué puisqu'il ne s'en produit plus qu'une ou deux par jour au lieu d'une quinzaine. La sensation de pesanteur dans la nuque a disparu et la recherche de la tension donne les chiffres suivants :

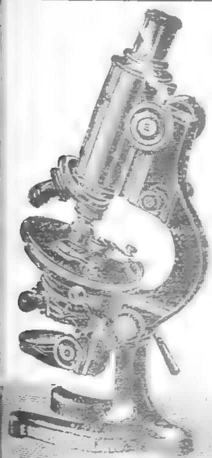
Tension maxima : 18 ; tension minima : 11.

Le traitement est continué.

Cette malade, revue le 26 août suivant, nous donne au Vaquez-Laubry : Mx 16 1/2, Mn 10. (Les chiffres primitifs au 5 juillet étaient Mx, 20, Mn 12.)

Dr MENDEL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Publicité uniquement médicale



Les méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier, par le Dr E. Liek. Préface du professeur George-Weiss. Un volume in 8 de la *Bibliothèque Politique et Economique*, : 18 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Allemagne est le pays qui, depuis quarante ans, a fait en grand et le plus systématiquement l'expérience des assurances sociales où la France est en train de s'engager, au point qu'on a pu écrire qu'il n'y aurait bientôt plus en Allemagne que deux catégories de gens, les « assistés » et les « assistants ». Un célèbre médecin allemand a résumé dans ce livre qui a fait sensation dans son pays, les abus, les excès de toute sorte tant moraux que sociaux et financiers de cette loi aux répercussions incalculables.

En voulant couvrir les différents risques : maladie, accidents, invalidité, chômage, les assurances sociales ont causé la démoralisation de la nation allemande, enlevé le goût du travail à la classe ouvrière, créé un système d'exploitation avérée ou dissimulée de la maladie, poussé un grand nombre d'accidentés du travail à faire d'interminables procès pour obtenir indemnités ou rentes, déterminé enfin la prolétarisation et la dévalorisation de la profession médicale.

L'auteur, qui a été médecin des Caisses, insiste spécialement sur l'état d'hostilité régnant entre les médecins et les Caisses. Il rappelle l'ardente convoitise et le combat acharné pour l'obtention des places de médecins des caisses, malgré le sentiment de malaise et de mécontentement éprouvé par les titulaires même de ces places. Sur cent médecins des caisses, il y en a au moins quatre-vingt-quinze qui ne pourraient vivre sans les appointements versés par les caisses. Ceux-ci sont d'ailleurs insuffisants et dérisoires. Ils ne constituent pas une rémunération honoralle et équitalle mais ont pour résultat de mettre le médecin dans une situation fausse entre l'assuré son client et les caisses d'assurances (le tiers payant ainsi qu'il est d'usage de les désigner en France).

L'assuré n'a le libre choix du médecin auquel il veut accorder sa confiance qu'en droit seulement, mais en fait il ne l'a nullement. Le Dr Liek propose de remédier à ces défectuosités par l'étatisation susceptible de réaliser une économie d'environ trente pour cent du personnel médical.

Actuellement en France, le corps médical alerté se dresse contre la loi des assurances sociales. Il en demande la rectification particulièrement en ce qui concerne les modalités de paiement des honoraires par entente directe entre l'assuré et son médecin et non point par intervention d'un tiers, les Caisses d'Assurances, le tiers payant.

L'offensive est rude et la bataille sera chaude. C'est dire l'intérêt de l'ouvrage du Dr Liek et sa particulière actualité.

NOUVELLES

Actes de la Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 14 mars. M. Bayssat. Un cas d'acrocéphalo-syndactylie. — M. Lapeyre. Les cellulites ligneuses cervico-faciales. — M. Darteaud. Papillomatose confluente.

18 mars. — M. Fourrey. A propos de quatre observations d'iléus. — M. Humbert. Etude de la valeur thérapeutique de l'opération d'Albee (mal de Pott). — M. di Ruggiero. Etude du traitement des ruptures de l'urètre périnéo-bulbaire. — M. Marcou. Les manifestations urinaires dans le cancer du rectum. — M. Armingeat. Le syndrome pâleur chez les nourrissons opérés.

19 mars. — M. Jambon. Etude du traitement de l'asthme. — M. Dupont. Etude de la démence précoce syphilitique. — M. Géza Klein. La photo-sensibilité.

20 mars. — Mlle Fontaine. L'oléothorax (indications, etc. — M. Gindraud. Tuberculose et gangrène pulmonaire. — M. Relliaud. L'Asile national des convalescents de Saint-Maurice (Seine.)

Thèses vétérinaires. M. Lecerf. Essai sur l'alimentation et le travail du cheval. — M. Aubry. L'élevage du cheval pur sang anglais au haras de Menneval (Eure.)

21 mars. — Thèses vétérinaires. M. Dupas. Etude des troubles de la sécrétion chez le cheval.

22 mars. — Thèses vétérinaires. M. Flamemt. Etude des industries du poisson.

23 mars. — M. Doublet. Essai sur les spondylites d'origine typhique. — M. Gonton. Etude historique de la peste dans la région toulonnaise. — M. Marie. Fonctionnement du préventorium marin de Graye-sur Mer (Calvados.) — M. Grandperrin. Chirurgie conservatrice et diathermie (traitement des salpingites.)

Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes. — Le Syndicat a adressé aux conseillers généraux du département de la Seine une lettre où il fait connaître son point de vue au sujet du programme de politique hospitalière envisagé par M. Loucheur, ministre de l'Hygiène.

En voici les conclusions :

Les syndicats médicaux du département de la Seine ont l'honneur de demander aux membres de l'Assemblée départementale :

1° Que les Syndicats médicaux du département soient représentés dans le Conseil d'administration des régies hospitalières intercommunales ;

2° Que les hôpitaux à créer soient réservés à l'hospitalisation et qu'on n'y installe pas de consultations externes, générales ou spéciales ;

3° Que les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, totale ou partielle, puissent, en cas d'hospitalisation, trouver à côté des services hospitaliers officiels des locaux dans lesquels il leur soit loisible de faire appel, s'ils le désirent, au médecin de leur choix ;

4° Que, lors de l'application de la loi des Assurances sociales les malades payants que seront les assurés puissent, dans les mêmes conditions, faire appel au médecin de leur choix.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. (Année 1929.) — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le vendredi 10 mai 1929, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale (Bureau du service de santé), de 14 heures à 17 heures, du lundi 15 au lundi 22 avril 1929 inclusivement.

Association confraternelle des médecins français. — Le 27 février a eu lieu l'Assemblée générale annuelle de l'Association confraternelle des médecins français.

Cette société mutuelle qui groupe actuellement 1.880 médecins ou femmes de médecins, accorde un secours immédiat de 10.000 francs au décès de ses membres. Plus de 550 d'entre eux étaient présents ou représentés à cette Assemblée.

Le Dr P. Barlerin, trésorier, a exposé l'excellente situation morale et financière de l'Association qui, en 1928 a distribué 150.000 fr. de secours et possède aujourd'hui un fonds de réserve de plus de 200.000 fr.

Le Bureau a été réélu ; il reste ainsi constitué pour 1929 :

MM. les Drs Thiroloix, président : Le Filliatre, vice-président ; Grahaud, secrétaire général ; O'Followell, secrétaire adjoint ; Barlerin P., trésorier ; Tissot Agasse-Lafont, Berillon, Tulasne, Peytoureau, membres du Conseil de surveillance.

Pour renseignements, écrire à Paris : Dr Grahaud, 7, rue Labie, XVIIe) ; Dr Barlerin, 10, rue de Strasbourg (Xe.)

Hommage à la mémoire du professeur Vautrin. — Un groupe d'amis, de collègues, d'élèves du professeur Vautrin, désireux de commémorer son souvenir dans le service de clinique chirurgicale qu'il a illustré et transformé, ont décidé d'y faire apposer un médaillon à son effigie. L'inauguration aura lieu le 4 juin 1929.

Le Comité d'organisation vous prie de bien vouloir vous joindre à lui et d'adresser vos souscriptions au compte chèque postal Nancy, n° 250.09, ou à l'un des membres du Comité.

Une souscription d'au moins 50 francs donnera droit à une réplique de la médaille en bronze.

Pour les étudiants, la souscription donnant droit à la médaille sera réduite à 25 francs.

Xe Salon des médecins. — *Changement de date.* — A la demande d'un certain nombre de nos confrères, trop pris professionnellement cet hiver, pour avoir eu le temps de préparer leur exposition, il a été décidé, afin que ce Salon ne le cède pas en importance aux précédents, d'en reculer l'ouverture d'un mois, soit (du 26 mai prochain au 3 juin inclus), au Cercle de la Librairie, comme à l'accoutumée. Les retardataires et nouveaux adhérents

sont priés de s'adresser pour tous renseignements au secrétaire : le Dr Paul RABIER, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe) ; timbre pour la réponse.

Hôpital Lariboisière. — *Consultation Civiale.* (Voies urinaires. Service de M. le professeur agrégé MARION.) — Une série complémentaire de leçons sera faite les lundi, mardi et vendredi, à 11 h., à partir du lundi 15 avril 1929.

Programme. — La blennorragie chez l'homme. Anatomie pathologique et symptomatologie des urétrites aiguës et chroniques et de leurs complications génito-urinaires. Les traitements et leurs indications, par M. EUDEL, ancien assistant du service.

La blennorragie chez la femme; par M. DALSACE, assistant adjoint, chargé de la consultation des femmes.

L'urétroscopie, par M. BUSSON, chargé des examens urétroscopiques du service.

La haute fréquence en urologie. Principes généraux. La diathermie chez l'homme et chez la femme, par M. ROUCAYROL, chargé du service de la diathermie.

Bactériologie des urétrites. Diagnostic bactériologique de la guérison, par M. GOLOMBET, chef du laboratoire Civiale.

Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire à la Faculté de médecine, A. D. R. M., salle Béclard.

Un certificat d'assuidité sera délivré à la fin des cours aux élèves qui en feront la demande. Droit d'inscription : 300 fr.

Six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires, par le Dr SORREL, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, du lundi 25 mars au samedi 30 mars.

Programme des cours. — Lundi 25 mars : Traitement du mal de Pott. — Mardi 26 mars : Traitement de la coxalgie. — Mercredi 27 mars : Traitement de la tumeur blanche du genou. — Jeudi 28 mars : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied. — Vendredi 29 mars : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur. — Samedi 30 mars : Traitement des ostéites tuberculeuses. Traitement des adénites tuberculeuses.

Les cours auront lieu le matin, à l'hôpital maritime. Ils commenceront le lundi matin, à 9 h. Chaque cours sera suivi des ponctions, opérations, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes. Les après-midi seront consacrés aux visites de salles, examens de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves.

Pour tous renseignements, écrire au Dr Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Fédération nationale des médecins du front. — (10, avenue d'Iéna, Paris, XVIe). — Cet organisme récemment fondé, que nécessitent les circonstances présentes et qui est une preuve nouvelle de la solidarité des liens de camaraderie créés par la guerre entre les médecins français déjà unis par la confraternité professionnelle, groupe les associations qui se recrutent exclusivement parmi les seuls médecins titulaires de la carte de combattant.

1° Association des médecins de l'avant. Siège social : 62, rue Erlanger, Paris, XVIe. — Association amicale des anciens médecins des corps combattants. Siège social : 12 rue d'Anjou, Paris VIIIe. — 3° Union des médecins mutilés de guerre. Siège social : 19, rue blanche, Paris, IX.

Ses buts : Coordonner les activités des Associations adhérentes en vue de faire aboutir les revendications légitimes des médecins du front.

Son siège social : 10, avenue d'Iéna. Paris XVIe, au FOYER MÉDICAL

Son Bureau : Président : Professeur BALTHAZARD ; Vice-présidents : Dr CAUJOLE, Dr MÉNÉTREL, Dr SCHNEIDER ; Secrétaire général : Dr DE MÉDEVIELLE ; Trésorier : Dr O'FOLLOWELL ; Conseillers : Dr FORESTIER, Dr LANDOLT, Dr LEROUX.

Une heureuse initiative. Un lycée moderne en pleine campagne. — On vient de créer près de Périgueux, un établissement d'instruction dont l'importance n'échappera point aux médecins qui ont toujours demandé la création de lycées modernes loin des grands centres.

L'école du château de Laroche-Beaulieu, établissement franco-américain, occupe un château moderne entouré d'une propriété d'une contenance de 250 hectares, avec bois, herbages et fermes, sur le plateau qui domine la vallée de l'Isle, à 9 kilomètres de Périgueux.

Le collège de Laroche-Beaulieu assure la préparation complète aux examens universitaires français, anglais et américains, et donne aux jeunes Français la possibilité de bénéficier chez eux des avantages des écoles anglaises et américaines, tout en poursuivant selon les programmes des lycées leurs études en français.

A Laroche-Beaulieu, avec des camarades anglais et américains, certains professeurs anglais, les jeunes gens arrivent à acquérir rapidement une connaissance complète de la langue anglaise. Les classes sont faites par des professeurs spécialisés et choisis pour leur longue expérience à l'étranger. Le système employé à Laroche-Beaulieu est une combinaison habile et souple des différentes méthodes de nos lycées et d'institutions américaines modernes.

L'école du château de Laroche-Beaulieu donne, l'été, des cours de vacances pour les élèves en retard et pour tous autres élèves de langue étrangère désireux de s'initier à la langue française.

Les heures de travail et de repos sont réglées de manière à donner à l'hygiène et à la vie physique la place qui leur est due.

L'école du château de Laroche-Beaulieu reçoit des jeunes gens de 9 à 18 ans. Le régime est celui de l'internat.

Pour les demandes d'admission et pour tous renseignements supplémentaires, prière de s'adresser au directeur de l'école, château de Laroche-Beaulieu, par Razac-sur-l'Isle (Dordogne).

Nécrologie. — Dr Emile Henri OZENNE, chirurgien honoraire de St-Lazare. Dr Henry PINARD, de Paris. — M. le Dr BALZER, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'anatomie sous la direction du Dr R. Grégoire, par le Dr OBERLIN. Six volumes in-8 en 3 volumes de texte et 3 volumes d'atlas. 900 planches contenant 1.150 figures noires et coloriées. L'ouvrage complet, cartonné : 228 fr. ; broché : 180 fr. Bibliothèque du doctorat en médecine publiée sous la direction de P. GARNOT et L. FOURNIER. Librairie J.-B. Baillière et fils 19, rue Hautefeuille, Paris.

Chaque tome en 2 volumes se vend séparément : I. *Anatomie des membres, ostéologie du crâne, de la face, du thorax et du bassin.* 1 vol. in-8 de texte de 280 pages et 1 vol. in-8 d'atlas de 316 planches comprenant 410 figures noires et coloriées. Broché : 60 fr.

II. *Tête et cou. Système nerveux central et organes des sens.* 1 vol. in-8 de texte de 290 pages avec 1 vol. in-8 d'atlas de 273 planches fig. noires et coloriées. Broché : 60 fr.

III. *Splanchnologie.* 1 vol. in-8 de texte de 336 pages avec 1 vol. in-8 d'atlas de 270 pl. comprenant 350 fig. noires et coloriées. Broché : 60 fr.

Ce précis d'anatomie a été conçu pour les étudiants dans le but précis de leur faciliter l'étude de ces connaissances essentielles et ardues. Il a été adapté autant que possible aux dispositions nouvelles d'étude, puisqu'il faut qu'aujourd'hui l'étudiant sache en quelques mois ce que deux ans d'étude ne lui permettaient jadis que de connaître imparfaitement.

Un livre adapté aux besoins des étudiants doit avant tout leur faire gagner du temps. L'heure n'est plus, pour cet examen de doctorat, aux ouvrages volumineux et encombrants qu'on transporte avec peine et dont la lecture exige de longues heures.

Ce livre contient toutes les connaissances qu'on est en droit d'exiger de l'étudiant.

Pour faire gagner du temps, le style en est volontairement court et concis. Le format est petit pour que l'étudiant puisse l'emporter à la salle de dissection et le lire tout en observant le cadavre. C'est pour cette raison aussi que les A. ont préféré, dans le plan conçu, la division du corps humain par segment plutôt que par système ; car l'étudiant dissèque la tête, le cou, les membres, le thorax ou l'abdomen et non le système artériel, musculaire, articulaire ou autre.

La simplicité du texte, la précision des schémas et des figures aident singulièrement à éclairer les passages les plus ardus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Manie et chorée,

Par le Professeur Henri CLAUDE.

De plus en plus, il faut nous habituer, dans le domaine psychiatrique à penser physiologiquement et à chercher la raison des troubles mentaux que nous observons dans une lésion des centres nerveux ou dans des modifications dynamiques de ceux-ci, dans une perturbation fonctionnelle plus ou moins durable et se distinguant des premières par leur caractère moins profond, par leur variabilité dans le temps.

La manie doit être considérée comme rentrant dans ce type d'affections dynamiques, expression probable d'une modification de certains centres ou systèmes d'associations.

Les caractères de la manie sont bien connus. Ils consistent dans une hyperactivité psychique et sensitivo-motrice violente, désordonnée se traduisant par des troubles des actes et des fonctions. Son début est généralement précédé par une phase de fatigue, de malaise général, de tristesse, d'insomnie, quelquefois de troubles digestifs ; et il n'est pas rare de trouver un choc affectif ou moral à l'origine de ces perturbations. Puis bientôt, l'aspect se modifie, le sujet devient euphorique, il éprouve une sorte de sentiment de détente et d'activité et il se livre à toutes sortes d'actes indiquant une exaltation des fonctions psychiques et motrices.

On constate particulièrement une mobilité extrême dans les idées, une agitation particulièrement stérile, des modifications du caractère : jovialité, familiarité, et enfin, des initiatives contrastant avec le comportement habituel du sujet et se traduisant par des entreprises bizarres ou nettement délirantes. Bref, il existe une diminution très nette du contrôle et de la critique du sujet dans tous ses actes, dans ses jugements, dans ses associations d'idées et en somme, dans toute sa conduite.

Cette période prémonitoire ne fait que précéder la période d'état qui se traduit alors par des troubles psychiques, des troubles moteurs et des troubles de l'état général.

1° Les troubles psychiques sont caractérisés par l'exagération de tous ces symptômes que nous indiquions comme appartenant à la période de début : c'est une excitation désordonnée de toutes les facultés intellectuelles qui aboutit à une hyperidéation qui s'extériorise par la multiplicité des écrits, un flux de paroles extraordinaire, dans lesquelles on remarque des tendances à l'ironie, à la causticité, des dessins burlesques, un air de supériorité: en même temps que le sujet use et abuse des ressources infinies de sa mémoire, des associations d'idées les plus baroques et les plus inattendues, se produisant d'une façon brusque avec un élément imaginatif délirant, des tendances ambitieuses ou mégalomaniaques ou même mystiques. Le sujet donnant l'impression d'être incapable de contrôler et de diriger ses idées, lesquelles sont continuellement en fuite.

En même temps, sous l'influence d'illusions sensorielles ou d'une hyperactivité réelle des centres sensoriels, on peut voir des états hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires, généralement transitoires, et qui ne sont pas incorporés dans le délire.

Les troubles de la sphère affective et sensitive ne sont pas moins caractéristiques : la mobilité d'humeur et de caractère, l'expansion affectueuse sans tenue ni pudeur, ou bien une agressivité, une incapacité de s'adapter aux conditions sociales, une irritabilité, parfois au contraire, une sensiblerie déconcertante, et dans certains cas, une hyperactivité génitale avec grossièreté dans les propos, contrastant avec l'attitude générale antérieure de la personne

Enfin, la sensibilité elle-même paraît émoussée, puisque ces sujets ne paraissent pas sentir la fatigue due à l'insomnie, due à l'agitation motrice constante, due à la logorrhée même, qui suffiraient à abattre complètement un individu normal.

Les troubles psycho-moteurs sont extrêmement variables suivant les cas et sont mis en relief par une série d'actes impulsifs ou désordonnés : bris de carreaux, déchirure de vêtements, collectionnisme, désordre régnant dans la pièce et tous les actes du sujet tendant à l'agressivité et aux coups, cris, chants, pleurs, sauts, danses, etc.

2° TROUBLES MOTEURS. — C'est, comme le dit Régis, un dévergondage incessant d'actes, de gesticulations, de contorsions, bref une agitation motrice sans raison qui doit retenir l'attention plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent et sur laquelle j'insisterai, car le but que je poursuis est de rapprocher cette agitation motrice de celle qu'on observe dans la chorée, Mais dès maintenant il est bon de dire que ces troubles moteurs se distinguent de ceux qu'on observe dans cette affection, car ils sont le plus souvent adaptés, sans incoordination, sans maladresse, et au contraire, malgré la rapidité, la brusquerie de tous les gestes, de tous les actes, il y a une habileté qui surprend chez cet individu qui paraît à certains moments dans un état d'exaltation presque furieuse.

3° TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL. — Enfin, il est bon de ne pas laisser dans l'ombre les troubles de l'état général qui sont l'expression de certains désordres fonctionnels, probablement de même ordre que les troubles psychiques et les troubles moteurs : nous voulons parler de l'amaigrissement, de l'hyperthermie, de l'accélération du pouls, de l'accélération respiratoire, qui montrent bien qu'il y a dans toutes les formes de l'activité psychique, motrice, comme dans les modalités de l'état général, un défaut de contrôle, une dérégulation sur la quelle on ne saurait trop insister.

Ces manifestations maniaques sont le plus souvent, comme on le sait, temporaires, puisque c'est un des caractères essentiels de la maladie d'être périodique et d'aboutir en général à la guérison. Toutefois, il faut bien savoir que dans certaines circonstances, cet état se prolonge plus qu'on ne le supposerait, et que l'on voit dans certains cas une véritable manie chronique, avec accalmies possibles et passagères, mais le plus souvent avec des reprises qui, à la longue, revêtent des caractères très particuliers, car des idées délirantes, en général systématisées, se superposent à toute cette agitation psycho-motrice et finissent par donner l'impression qu'on est en présence d'un véritable délire, derrière lequel l'excitation maniaque paraît tout à fait au second plan.

En général, dans la période aiguë de ces manifestations maniaques, l'individu conserve le plus souvent un certain degré de conscience de son état morbide. Et, par lueurs, avec cette instabililé de la pensée que l'on observe chez ce malade, il peut faire une critique momentanée, judicieuse et quelquefois très spirituelle du trouble dont il se rend compte, et quelquefois même, cherche à s'en excuser. D'ailleurs, par la suite, le malade conserve un souvenir presque intact des manifestations auxquelles il s'est livré, les critique, souvent sur le mode ironique, et garde le souvenir d'un véritable état euphorique, de bien-être qui lui laisse même quelquefois des regrets, surtout quand à la suite de cette période d'hyperactivité, il tend à tomber dans la tristesse et la dépression mélancolique.

Il convient d'ailleurs de reconnaître qu'à côté des cas très nets au point de vue du développemenl et de l'évolution de l'état maniaque, il y a des cas qui rentrent dans le syndrome, mais où l'élément caractéristique est accompagné d'autres manifestations qui sont l'expression d'états parallèles ou superposés, de telle sorte que le symptôme maniaque n'est qu'un élément qui souvent est d'une importance médiocre. C'est ainsi qu'il est commun au

cours de l'intoxication alcoolique ou dans certaines formes d'affaiblissement intellectuel précédant la démence sénile, ainsi que dans la paralysie générale, au début de la démence précoce ; de même, dans certaines formes de schizophrénie reposant sur des conflits affectifs, il n'est pas rare de voir l'élément maniaque tenir sa place pendant un certain temps, pour disparaître derrière l'élément le plus important.

Ce tableau rapidement esquissé, nous allons le trouver dans l'exposé de cas que je vais relater maintenant et qu'il est nécessaire de placer à côté de cette description théorique avant d'arriver à montrer les parentés que l'on relève dans les états de cette sorte avec le syndrome choréique.

Voici une jeune femme de 47 ans, entrée dans le service depuis quelques jours, qui est atteinte d'une série de symptômes de l'ordre de ceux que j'indiquais plus haut.

Cette affection est survenue il y a une quinzaine de jours, alors que rien ne faisait pressentir l'apparition de ces troubles psychiques. C'était une employée modèle, qui était très habituée à son travail et l'accomplissait avec satisfaction.

Rapidement, on s'est aperçu de légers changements de caractère, puis d'une tendance à bavarder, à sauter d'un sujet à l'autre, à devenir désagréable avec ses collègues de bureau. Puis elle a commencé à s'agiter, à ne pas rester en place, prétendant que tout le monde se montrait hostile à son égard.

Enfin, dans les derniers jours, elle ne dormait plus, déambulait dans sa chambre, s'agitait, s'habillait, se déshabillait, sortait, passait du rire aux pleurs et réciproquement, sans motif. Se plaignant des personnes qui venaient la voir, les injuriant de temps en temps, ou se montrant d'une amabilité exagérée. Enfin, les derniers temps, et c'est ce qui a motivé son entrée à l'hôpital, elle a passé la nuit à s'agiter, à danser, à sauter dans sa chambre, à tel point que le commissaire de police l'a fait conduire à l'hôpital.

Actuellement, elle se présente à nous de la façon suivante : elle bavarde sans cesse, présentant cette fuite des idées si caractéristique, incapable de suivre aucun sujet, faisant des jeux de mots et des plaisanteries à tous propos, ironisant sur le compte des personnes qui l'entourent, insultant les autres malades, répondant aux paroles qu'elle entend prononcer à côté d'elle, en un mot, manifestant un trouble profond de l'attention et de l'association dans les idées, en même temps qu'une agitation psychique et une excitation à caractère variable.

A côté de ces troubles psychiques, on est frappé de l'instabilité motrice absolue qui se caractérise par une incapacité de rester un instant transquille : lorsqu'on lui fait étendre le membre supérieur et qu'on lui dit de le laisser dans cette position, elle ne peut le maintenir : l'avant-bras, les doigts sont animés de mouvements de flexion et d'extension. La figure esquisse des contractions, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Il y a un tremblement des doigts et tous les gestes se produisent avec une brusquerie tout à fait caractéristique.

Cependant, on est frappé de constater qu'il n'y a aucune maladresse dans ses mouvements, elle ne brise pas, elle ne casse pas, elle ne bouscule pas les objets. Elle est capable de boutonner ses vêtements ou d'enfiler une aiguille malgré cette brusquerie dans ses gestes.

Il y a donc là, sans que j'y insiste davantage, le tableau de cette excitation psychique et motrice que j'indiquais tout à l'heure.

En raison du très grand trouble de l'attention et de l'instabilité de la pensée, elle ne répond guère aux questions qu'on lui pose, ou surtout, passe immédiatement à un autre sujet. Il s'agit donc là d'un état maniaque dans lequel j'attire l'attention sur l'extrême mobilité de la pensée qui se superpose à une extrême instabilité de tous les groupes de muscles, ce qui ne manque pas de présenter une certaine similitude avec les signes que nous constaterons dans les chorées.

Une deuxième personne présente un tableau assez voisin de celui-ci : c'est une jeune fille de 24 ans dont les troubles remontent déjà beaucoup plus loin. Il y a près d'un an qu'ils sont survenus à la suite de contrariétés, de chocs affectifs divers et, peu à peu, elle est arrivée à présenter dans le courant de l'été dernier un état de dépression mélancolique avec asthénie complète, découragement, tristesse, inactivité, aboulie et désintérêt de toutes les choses de la vie. C'est dans ces conditions qu'elle fut amenée dans notre service, en juillet, et le diagnostic qui fut posé à cette époque fut celui de mélancolie, avec quelques préoccupations hypocondriques.

En septembre, dans l'espace de quelques jours, nous avons vu le tableau se modifier complètement et une excitation générale se manifester avec un sentiment d'automatisme dont la malade se rendait parfaitement compte : elle déclarait qu'elle ne pouvait se retenir de s'agiter, de bavarder, de crier, de se livrer à une mimique extrêmement variable ; il lui était impossible de demeurer tranquille, de ne pas faire certains gestes, ni de proférer certaines paroles qu'elle regrettait aussitôt : ébauchant des mouvements de danses se répandant en toutes sortes de propos ironiques, s'excusant du caractère ridicule de son attitude maniérée. Elle ne cessait d'invoquer une sorte d'incapacité à se modérer, accusant une incoercibilité telle que lorsqu'on sollicitait un arrêt momentané de l'excitation et de l'agitation, celui-ci ne durait que quelques secondes et immédiatement, l'agitation motrice reparaissait avec plus d'intensité. C'était alors une sorte d'explosion de paroles incohérentes ainsi qu'une série de gestes absolument inadaptés.

Actuellement encore, ainsi qu'on peut s'en rendre compte, il y a là un état de folie musculaire véritable qui fait que, sans but, sans raison appréciable, cette personne se livre à une gesticulation continuelle, en même temps qu'elle bavarde et émet une série de propos absolument sans suite.

Les réponses aux questions sont quelquefois pertinentes, mais le plus souvent, immédiatement, elle se lance dans des bavardages qui n'ont aucun rapport avec la question.

Ce sur quoi j'insiste particulièrement, c'est cette impossibilité de rester un instant sans agiter ses bras, ses jambes, sans avoir ces contractions de la figure qui, véritablement indiquent un désordre musculaire dont la malade est incapable de refréner l'intensité.

Il s'agit donc là d'un état maniaque qui a fait suite à un état mélancolique comme cela se voit assez fréquemment et qui se caractérise par une série de réactions qui sont précisément, actuellement, tout à fait l'inverse de ce qui existait autrefois, puisqu'il s'agissait d'une inertie psychique et motrice, alors qu'actuellement, il s'agit d'une excitation que rien ne peut arrêter.

Sans vouloir insister davantage sur les caractères de ces états maniaques, je veux simplement montrer ici qu'il y a une corrélation entre l'instabilité de la pensée, l'excitation de toutes les facultés intellectuelles insuffisamment contrôlées et insuffisamment réglées et cette agitation motrice généralisée qui est également hors du contrôle du sujet, lequel ne peut exécuter les mouvements en rapport avec certains actes qu'en faisant un très réel effort, lequel ne peut être maintenu.

Toutefois, comme chez la précédente malade, il convient de remarquer que cette agitation musculaire ne s'accompagne pas d'incoordination : les mouvements ne sont pas maladroits, ils sont adaptés réellement à l'acte recherché, de sorte que le sujet ne fait pas des mouvements inopportuns qui contrarient la direction du mouvement ou le but à atteindre. Il n'y a pas de maladresse et, dans une certaine mesure, l'adaptation fonctionnelle se fait d'une manière suffisante.

De ces états d'agitation psychique et motrice, je voudrais rapprocher ce qui se passe dans les états choréiques et, tout en montrant qu'il existe certains points de contacts entre le syndrome maniaque et le syndrome cho-

réique, mettre en valeur les caractères qui différencient les deux états.

Une femme de 36 ans nous a été amenée, il y a quelques jours, pour un état très voisin de ceux que j'ai relatés plus haut, et le certificat qui a été rédigé à l'infirmerie spéciale note en effet : excitation psychique, agitation motrice, instabilité motrice, loquacité incoercible, euphorie, quelques idées délirantes imaginatives et à caractère vaguement paranoiaque.

Désordre des actes : a failli mettre le feu à son logement. Aspect d'agitation choréiforme.

Telle fut l'impression générale du médecin qui l'observa tout à fait dès le début.

L'histoire de cette femme que avons pu reconstituer montre que s'il existe en effet certains éléments du syndrome maniaque, il en existe également d'autres qui nous permettent de penser que nous avons affaire à une autre catégorie de troubles.

Cette personne a eu une enfance normale, elle a travaillé pendant 6 ans comme lingère, puis pendant un certain temps comme infirmière et enfin, depuis 9 ans, elle était manutentionnaire dans une verrerie et était considérée comme une très bonne ouvrière. Elle se montrait même plutôt scrupuleuse dans son travail et on n'avait qu'à se louer d'elle, lorsque, il y a trois ans on a a constaté qu'elle présentait des mouvements anormaux et, suivant une expression d'une personne de son entourage, « on la voyait envoyer des gifles en l'air ». Malgré cela, elle continuait à faire son travail, n'était pas maladroite et ne paraissait pas atteinte de troubles psychiques d'aucune sorte.

Il y a 18 mois, on remarqua que ces mouvements s'exagéraient, qu'elle avait de véritables contorsions dans la face, ou dans les membres supérieurs. De plus, elle se montrait triste, préoccupée, et énonçait un certain nombre d'idées de persécution. Elle se croyait entourée d'ennemis, de policiers, et trouvait dans les journaux des allusions à elle-même ou à sa famille. Elle convoqua même un de ses frères pour se rendre au commissariat de police et chercher s'il n'y avait pas des lettres anonymes qui avaient été envoyées sur son compte et celui de ses parents.

Cet état de dépression mélancolique dura encore pendant un certain temps puis elle se montra tout à coup exubérante, fit quelques excès de boisson qui exagérèrent encore son hyperactivité et elle finit par présenter des troubles de la conduite qui en même temps que cette agitation motrice et cette excitation psychique, déterminèrent les autorités à la faire diriger sur l'asile.

Lors de son entrée dans notre service, elle manifestait absolument le tableau de l'état maniaque : excitation psychique continue, insomnie, agitation motrice continuelle, mouvements incessants des membres et logorrhée intarissable.

Passant sans cesse d'un sujet à l'autre, manifestant une tendance à proférer des paroles sans suite, ne répondant aux questions que d'une façon tout à fait intermittente et le plus souvent son attention ne se maintenait pas et ne permettait pas une conversation continue,

On la voyait constamment en mouvement dans les pièces, sautant sur son lit, descendant, se précipitant à la fenêtre, remuant les bras les jambes, se livrant à une mimique absolument désordonnée, parlant sans cesse et émaillant tout ce flux de paroles de propos vaguement délirants, même incohérents et qui reviennent toujours, stéréotypés dans sa conversation. En voici quelques exemples : « Les livreurs doivent lui apporter des milliards de marchandises », ou d'autres fois « de mignardises ». Quand on lui demande ce que signifie ce mot « mignardises » elle prétend que son interlocuteur le sait et qu'il est inutile de le lui expliquer.

« Les lads de Maisons-Laffite ont des quantités d'argent à lui remettre », sans qu'elle puisse justifier quels rapports elle a avec les lads.

« Le professeur Moure, de Bordeaux, doit avoir de l'argent à lui remettre ». D'autres fois ce sont des sœurs de Bordeaux qui vont lui remettre de l'argent.

« On est venu pour lui donner des payes », comme si elle faisait allusion au paiement d'un salaire qu'on devrait lui remettre.

Ces propos incohérents sont, encore une fois, comme nous l'indiquions, répétés constamment le même jour, sans aucun lien avec tout le reste de la conversation.

D'autres fois, de ces propos incohérents, il ressort qu'elle rumine certaines idées de persécution mal caractérisées.

Mais, le fait sur lequel je veux attirer l'attention, c'est qu'en dehors de ces troubles psychiques et de l'agitation du type maniaque, il existe chez cette malade des mouvements incessants des mains et des avant-bras, des muscles de la face et parfois aussi des jambes qui ne se rapportent à aucun acte déterminé ; qu'il lui est impossible de rester en place et de maintenir une attitude sans être prise de secousses et de mouvements brusques ; et, par un effort d'attention, si on arrive pendant quelques instants à obtenir que ces mouvements s'arrêtent ils reprennent bientôt sous une forme ou sous une autre, toujours inadaptés et en rapport avec aucun but.

Malgré cette instabilité motrice continue, cette malade est susceptible d'exécuter un certain nombre d'actes délicats comme d'enfiler une aiguille, comme d'écrire plusieurs lignes sans qu'on constate une déformation appréciable de son écriture, de verser de l'eau dans un verre, de porter ce verre à sa bouche, sans accomplir de mouvements réellement désordonnés.

Néanmoins, on constate chez elle un trouble très particulier de la parole qui est en quelque sorte heurtée, précipitée. Il semble à certains moments qu'elle « avale » certaines syllabes des mots, de sorte que l'articulation de ces mots est très défectueuse et parfois même incompréhensible.

Cette forme de dysarthrie est très particulière, elle est exactement analogue à celle que nous constatons chez une autre malade atteinte de chorée chronique dont j'ai l'occasion de parler autrefois.

Un autre caractère propre à ce trouble de l'élocution, consiste dans le fait que cette malade tend à répéter plusieurs fois de suite les phrases à caractère incohérent qui ont été indiquées plus haut, que ces phrases reviennent constamment dans sa conversation, sans aucun motif ; or, chez la choréique chronique, nous trouvons exactement le même caractère, avec cette différence seulement, c'est que cette dernière malade est atteinte d'une véritable palilalie, c'est-à-dire qu'elle répète plusieurs fois de suite les derniers mots d'une de ces phrases stéréotypées.

Pour nous résumer, nous trouvons donc chez cette malade :

1° Certains éléments du syndrome maniaque, à savoir : l'agitation motrice générale, l'hyperactivité désordonnée, des symptômes d'excitation psychique, exagération de l'idéation, fuite des idées, troubles de la mimique etc., etc.

2° Des troubles psychiques du caractère paranoïde se révélant dans les manifestations délirantes, absolument incohérentes et se répétant sous une forme stéréotypée, avec même des néologismes ou tout au moins des locutions prises dans un sens particulier comme on en observe dans les psychoses paranoïdes les plus typiques.

De même que dans ces états paranoïdes, nous observons chez cette malade un contraste entre ces expressions délirantes absolument incohérentes et des manifestations de la pensée relatives aux faits de la vie de tous les jours, absolument banals, énoncées sous une forme tout à fait correcte.

3° Enfin, en dernier lieu, nous signalons chez cette malade un certain nombre de symptômes rentrant tout à fait dans le cadre choréique, à savoir : une série de petits mouvements inadaptés, difficilement arrêtés par l'attention, et des troubles de la parole, tout à fait superposables à ceux qu'on observe dans la chorée chronique.

La question qui se pose alors en présence de ce tableau complexe est la suivante : s'agit-il d'un état maniaque, évoluant vers la démence paranoïde et empruntant certains éléments au syndrome choréïque. S'agit-il, au contraire, d'une chorée chronique, à évolution progressive et se compliquant de troubles mentaux à évolution dé-mentielle ?

On sait en effet que, même dans la chorée aiguë ou subaiguë, pouvant se terminer par la guérison, on observe un certain nombre de troubles psychiques qui sont assez voisins de ceux qu'on observe dans la manie : diminution de l'attention, de la mémoire, léger état confusionnel, mobilité des idées, émotivité, irascibilité, bref, troubles de l'humeur et du caractère, assez variables, parfois même extrêmement accusés.

Enfin, cet ensemble de troubles psychiques peut se compliquer d'hallucinations à caractère onirique, avec agitation et délire incohérent.

Dans certains cas même, on a vu l'agitation motrice choréïque être tout à fait reléguée au second plan et les troubles psychiques occuper toute la scène morbide et se traduire, soit par un état d'allure maniaque, soit par un état d'allure mélancolique.

Pour Regis, ce sont surtout des confusions mentales agitées ou avec stupeur, plutôt que des états maniaques mélancoliques, greffées sur la chorée.

Marcé qui a fait une étude très approfondie des troubles psychiques dans les chorées, décrit une véritable manie choréïque analogue au délire infectieux et qui se traduit par une confusion mentale avec hallucinations, agitation masquant parfois les mouvements choréïques, délires incohérents avec cris rauques inarticulés et véritable ataxie motrice et psychique.

On voit donc que déjà depuis longtemps, certains rapprochements, certaines analogies ont été entrevus entre la manie et la chorée.

Le cas de notre troisième malade représente à notre point de vue un de ces types nosologiques intermédiaires, procédant de la manie et de la chorée, véritable fait de passage, que nous considérons comme d'un haut intérêt pour éclairer la physiologie pathologique de la manie qui est encore insuffisamment déterminée.

Le parallèle que l'on peut établir entre les deux affections est en effet assez suggestif : toutes deux peuvent revêtir une forme subaiguë temporaire, ou une forme chronique. Or, dans la chorée subaiguë, il s'agit, comme les recherches de ces trente dernières années l'ont montré, de lésions inflammatoires temporaires localisées sur certaines parties bien déterminées des centres nerveux, lésions dont l'atténuation et la disparition expliquent le caractère éphémère du syndrome choréique dans ces cas.

Il n'est pas défendu de penser que dans les états maniaques périodiques et d'une durée assez éphémère, des modifications dans la constitution de certaines parties des centres nerveux, assez voisines de celles qu'on sait atteintes dans la chorée, puissent être réalisées, avec cette différence que dans la chorée il s'agit réellement de lésions inflammatoires, tandis que dans la manie, d'après ce que nous savons actuellement des constatations faites dans ces cas, il s'agirait plutôt de modifications purement dynamiques sous l'influence d'état d'intoxication d'origine diverse suivant les cas et peut-être d'un élément affectif.

La manie comme la chorée peut passer à l'état chronique. Mais jusqu'à présent si nous connaissons les lésions de la chorée chronique nous ignorons quelles altérations causent la manie chronique.

Néanmoins, si on se rappelle que, encore tout récemment, les altérations de la chorée chronique étaient loin d'être nettement définies, il y a lieu de penser que des recherches plus approfondies montreront sans doute que les altérations de la manie chronique répondent à des modifications des centres nerveux pouvant avoir un certain caractère d'autonomie; tout en étant assez voisines de celles de la chorée.

Les considérations qui précèdent nous sont suggérées par l'esquisse que nous avons désiré faire des caractères les plus saillants de l'état maniaque et de l'état choréïque et surtout par la présentation vraiment si impressionnante de ce fait de transition qui nous est apporté par l'observation de la troisième malade, pour laquelle les différents éléments des deux syndromes choréïque et maniaque ont été réalisés successivement dans le temps et à l'heure actuelle apparaissent véritablement comme étroitement confondus.

Il nous a paru, qu'à l'époque présente, où il est si important d'essayer d'arriver à comprendre le mécanisme physio-pathologique d'un certain nombre de syndromes psychiatriques, il n'était pas indifférent d'appeler l'attention sur les caractères communs de certains de ces syndromes et de tenter, avec toutes les réserves qui s'imposent en pareil cas, d'essayer de les éclairer les uns par les autres.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Les vers intestinaux [1],

Par M. le Professeur Maurice LOEPER.

Le traitement de l'helminthiase intestinale vient tout naturellement après celui de la dysenterie : c'est encore une parasitose, mais si les espèces variées qui la réalisent sont assez proches les unes des autres, elles sont pourtant justiciables de thérapeutiques différentes.

Aux premiers âges de la médecine, on savait déjà la traiter. Chez les Germains et chez les Francs, qui vivaient dans la promiscuité des chiens et se nourrissaient habituellement de viandes crues, les vers intestinaux étaient fréquents et l'absinthe était renommée comme vermifuge. A l'heure actuelle, le nombre de médicaments anthelminthiques est considérable : il ne faudrait pas croire qu'ils sont interchangeables. La plupart d'entre eux, au contraire, gardent leurs indications respectives vis-à-vis de tel ou tel parasite.

Il me semble logique de rappeler d'abord les caractères des divers helminthes.

Les *trématodes* sont les moins fréquents, tout au moins dans nos pays. Il n'est guère que la famille des distomidés, représentée par les douves, qui puisse parasiter l'intestin et surtout le foie. Je n'y insisterai pas, me bornant à signaler que le diagnostic de cette distomatose hépatique est grandement aidé par le tubage duodénal qui permet de ramener le parasite lui-même ou ses œufs ; mais le traitement est assez peu efficace.

Les *cestodes*, qui appartiennent eux aussi au groupe des plathelminthes, sont des vers plats, ayant l'aspect d'un long ruban segmenté : ils groupent les différents tænias, dont le caractère commun est de passer par une ou deux espèces différentes pour parvenir à l'état adulte. Le tænia solium ou tænia armé est maintenant très rare : il atteignait, parmi les autres tænias, la proportion de 10 %. La surveillance des viandes de boucherie l'a fait tomber à 1 %. Il est transmis par la viande de porc quand elle contient des cysticerques, et qu'elle est consommée crue ou insuffisamment cuite ; chaque cysticerque représente une larve de T. armé.

Le tænia inerme ou saginata dont la larve porte le nom

---

(1) Leçon recueillie par le Dr André Lemaire.

de *cysticercus bovis* provient de la consommation de viande de bœuf crue ou saignante.

Le bothriocéphale se limite à certaines régions géographiques : le littoral de la Baltique, la Bavière, la région de lac de Genève, la Savoie, le Japon. Sa larve choisit pour hôtes intermédiaires d'abord, les petits crustacés du genre cyclope, puis elle se fixe dans les muscles du brochet, de la perche, de la truite. Je rappelle que le scolex ne porte pas de ventouses, mais des bothridies, et que les anneaux sont plus larges que longs.

Parmi les *nématodes*, je n'aurai guère à étudier que cinq espèces. Les oxyures sont cylindriques, blanchâtres et atteignent 5 à 12 millimètres de longueur selon le sexe. Ils sont en nombre considérable dans les selles des enfants, chez qui cette parasitose est fréquente.

Les ascaris lombricoïdes habitent l'intestin grêle : ils sont rarement isolés, habituellement au nombre d'une demi-douzaine. Fauconneau-Dufresne rapporte l'observation d'un enfant qui en expulsa 600 en un seul jour. Aux manifestations cliniques qu'ils provoquent, Chauffard propose l'appellation de lombricose. Je préfère celle d'ascaridiose, qui ne risque pas de prêter à confusion.

Le trichocéphale est un petit nématode pullulant habituellement dans le gros intestin. Il mesure 40 à 50 millimètres de longueur. La partie postérieure est renflée, tandis que la partie antérieure est effilée en fil de fouet : c'est par elle qu'il s'implante dans la muqueuse intestinale, mais d'une façon généralement superficielle : rarement il pénètre jusqu'à la sous-muqueuse.

L'ankylostome est surtout l'agent de l'anémie des mineurs et comme tel se rencontre surtout dans les districts miniers des différents pays d'Europe. Il existe aussi dans certaines régions coloniales. La larve dite strongyloïde vit de l'eau boueuse et de la terre humide : elle infeste l'homme ou bien par voie digestive, comme c'est la règle pour les espèces dont je viens de parler, ou s'introduit par la voie cutanée et passe dans le poumon. Mais toujours elle gagne le duodénum pour y coloniser.

L'anguillule existe surtout dans les pays chauds et les colonies. Il est souvent associé à l'ankylostome, mais de fréquence assez médiocre, et je ne ferai que le signaler.

***

Les manifestations éloignées de ces diverses parasitoses sont assez semblables : la plupart se traduisent par des troubles digestifs banaux, mais surtout par des signes d'intoxication générale, à déterminations diverses : les plus curieuses sont les réactions méningées, assez marquées parfois pour égarer le diagnostic. Seules, la bothriocéphalose et l'ankylostomose s'individualisent par l'anémie qu'elles provoquent : il s'agit habituellement d'anémie simple, parfois d'anémie pernicieuse. Dans tous les cas, le diagnostic est grandement aidé par deux recherches de laboratoire : l'examen du sang qui révèle habituellement une éosinophilie nette allant jusqu'à 50 %, et dont le degré mesure en quelque sorte le retentissement toxique de l'affection : l'examen des selles qui met parfois en évidence le parasite lui-même. En cas de tæniase, l'expulsion d'anneaux ou cucurbitins est caractéristique. Des oxyures et des ascaris on ne trouvera souvent que les œufs, mais qui sont pathognomoniques.

Les œufs d'ascaris sont entourés d'une collerette feuilletée, ceux du tænia ont une couronne radiée, et contiennent un embryon hexacanthe muni de six stylets. Le bothriocéphale, à l'inverse des autres tænias, ne détache pas ses anneaux, mais pond ses œufs qu'on décèlera dans les selles et qu'on reconnaîtra à leur opercule polaire. L'œuf de trichocéphale est facile à individualiser grâce à sa forme ovoïde prolongée à chaque pôle par une sorte de chaton ; l'œuf de l'oxyure contient déjà, lorsqu'il est rejeté, un embryon visible, tout comme celui de l'anguillule.

***

La thérapeutique de ces parasitoses est double, prophylactique et curative.

La prophylaxie semble appartenir plus spécialement à l'hygiène, mais c'est déjà de la thérapeutique et préventive. Elle est conditionnée par la connaissance de la biologie des différents helminthes.

Le meilleur moyen d'éviter les tænias est de manger parfaitement cuite, la viande de porc ou de bœuf, puisque les larves du T. saginata et du T. solium ou cysticerques colonisent dans les muscles de ces animaux. Il ne faut pas se contenter d'une cuisson rapide ou d'une friture : l'intérieur d'une côtelette saignante n'a pas subi une température de plus de 35 à 40°, et les larves résistent à 55°. Doit-on, alors, proscrire la viande crue aux malades chez qui elle est indiquée ? Habituellement non, car la surveillance des viandes de boucherie est telle qu'on ne court que de très minimes risques d'infestation.

Pour ce qui est du bothriocéphale, une cuisson complète des poissons comestibles sera exigée dans les pays infestés et dans tous les endroits où on les expédie : on se souviendra que la larve, équivalent du cysticerque, se localise volontiers dans le foie, les ovaires et les testicules de son hôte. Il y a peu de chances que l'eau de boisson joue un rôle dans la contagion : il faudrait qu'elle contînt des cyclopes, et d'ailleurs le développement du bothriocéphale par passage direct du crustacé à l'homme n'est pas possible.

L'ascaris n'a pas besoin d'hôte intermédiaire. L'œuf poursuit dans l'eau ou la terre humide son développement embryonnaire. Ingéré par l'homme, il se transforme directement en ascaris adulte. Mais l'auto-infestation n'est pas possible puisque l'œuf non encore segmenté à son expulsion ne peut éclore dans le tube digestif de son hôte.

L'œuf d'oxyure a cette particularité qu'il a déjà achevé son développement embryonnaire au moment où il sort de l'utérus de la femelle. L'auto-infestation est donc possible, elle se fait principalement par l'intermédiaire des ongles et la pénétration semble se faire parfois comme pour l'ankylostome par la circulation, le poumon puis l'intestin.

La prophylaxie vis-à-vis des oxyures et des ascaris comporte à peu près les mêmes règles : l'eau de bosison sera filtrée ou bouillie ; les légumes crus seront longuement lavés. Les mains et les ongles seront fréquemment brossés : on évitera de porter les mains à la bouche quand on aura touché de la terre.

Dans les régions contaminées par l'ankylostome, on interdira aux ouvriers parasités l'entrée des chantiers. Le sol sera désinfecté au lysol ou au sulfate ferrique. L'eau de boisson sera filtrée.

***

Ce chapitre de médecine préventive n'est qu'une préface au traitement de l'helminthiase que je dois maintenant envisager.

Les nombreux médicaments antihelminthiques que possède la pharmacopée peuvent se classer en 3 groupes.

Les uns sont *d'origine végétale*, tels la fougère mâle, le kousso, le grenadier, le kamala, le semen contra.

Les autres sont des *corps chimiques* définis, dont certains peuvent s'extraire des végétaux que je viens de citer, mais qu'on peut aussi reproduire synthétiquement : le naphtol,

le calomel, le thymol, la santonine, la pelletiérine sont les plus couramment employés.

Les derniers enfin sont des *hypnotiques* aussi bien vis-à-vis du parasite que de son hôte, tels le chloroforme, l'éther, le tétrachlorure de carbone. Selon les doses qu'on en prescrit, ils agissent ou bien en endormant le ver, ou bien en le tuant.

Tous les auteurs enseignent qu'il est nécessaire avant d'administrer le médicament choisi, d'instituer un régime préparatoire. C'est presque toujours le régime lacté. Cependant Pouchet, remarquant que le lait n'est nullement toxique pour le parasite, se demande s'il ne vaudrait pas mieux faire absorber au patient une alimentation épicée, dans le but de renforcer l'action du vermifuge. Beaucoup d'auteurs préfèrent un régime anodin, composé de purées, de pâtes, de laitage. A vrai dire ce régime n'est indispensable que lors qu'on a recours au tétrachlorure de carbone ou au thymol. Pour plus de sûreté il peut, ce me semble, être érigé en règle générale : le malade ne risque pas d'en souffrir puisqu'il ne le suivra que 2 ou 3 jours au maximum.

La plupart des hypnotiques nécessitent en plus une purgation préalable : mais les huiles qui sont des solvants du thymol, du chénopode, du tétrachlorure de carbone, de la fougère mâle, risquent par là même d'augmenter la toxicité de ces produits. Il est donc indispensable d'employer dans ce cas les seuls purgatifs salins, le sulfate de magnésie ou le calomel par exemple. Le sûr moyen de ne pas se tromper est de n'avoir *jamais* recours, dans une cure d'helminthiase, aux purgatifs huileux.

La mise en œuvre du traitement lui-même dépend du parasite en cause.

Les tænias ont un médicament presque spécifique : la **fougère mâle**. Ce ne sont pas les feuilles, mais la poudre de racines desséchées qu'on emploie et qu'on traite par l'éther pour en faire un extrait. C'est d'ailleurs un produit connu depuis longtemps et qu'on retrouve à toutes les étapes de l'histoire des vermifuges. Il semble que son introduction en France soit due à Stauffer, de Morat, et qu'il ait guéri de la sorte plusieurs personnages importants du règne de Louis XV et ait été cédé par Mathieu, de Neuchatel, à Frédéric le Grand pour 200 thalers.

L'extrait éthéré de fougère mâle s'administre classiquement chez l'adulte sous forme des capsules de Créquy :

Extrait éthéré de fougère mâle	0.50
Calomel	0.05

pour une capsule.

1 capsule toutes les 10 minutes jusqu'à concurrence de 10 ou 16.

Chez l'enfant la dose est de 2 à 3 fois moins forte. Mais on utilisera plus avantageusement chez lui la potion suivante :

Extrait éthéré de fougère mâle	āā 3 gr.
Teinture de vanille	
Sirop simple	āā 25 gr.
Eau distillée	
Gomme arabique	2 gr.

à faire prendre en une seule fois dans du lait.

Le *tænifuge français* utilise comme purgatif l'huile de croton, mais associe l'effet anesthésique du chloroforme à la fougère mâle, dont on peut alors diminuer la dose.

Extrait de fougère mâle	1 gr. 20
Chloroforme	3 gr.
Huile de croton	1/2 goutte

à diviser en 12 capsules : une capsule toutes les 5 ou 10 minutes. Chez l'enfant, une capsule par année d'âge plus une.

L'extrait de fougère mâle, habituellement sans danger, provoque parfois des accidents toxiques. Entre autres substances il contient de l'acide filicique, dont la forme amorphe est seule active, une huile essentielle, une résine, un tanin spécial et toxique. C'est sans doute par l'acide filicique qu'il agit, peut-être aussi par l'aspidine. L'effet sur le ver est un effet tænifuge ; il ne serait tænicide qu'à fortes doses. Mais l'action toxique sur l'organisme n'est pas négligeable. Après une première phase d'excitation, on observe des phénomènes dépressifs avec asthénie, diarrhée, vomissements, ictère. Parfois s'y surajoutent des symptômes nerveux : convulsions, strabisme, mydriase, amaurose et coma. Une soixantaine de cas d'intoxication sont connus, dont 14 d'amaurose uni ou bilatérale, et 6 cas de mort en Allemagne où les doses thérapeutiques sont deux fois plus élevées qu'en France. Plus récemment, l'ictère hémolytique a été signalé par Achard et St-Girons, par Etienne et Perrin, à la suite d'administration de fougère mâle.

Pour si toxique que soit ce produit, il est des cas où le tænia ne s'en trouve guère incommodé ; une partie seule est rejetée et la tête manque. Avant de prescrire une nouvelle thérapeutique, il faut attendre 6 à 8 semaines et lui laisser le temps de se reconstituer. Il est préférable de s'adresser alors à un autre produit.

Le **kousso** ne mérite qu'une courte mention. Son goût est désagréable, son action inconstante. C'est une plante d'Abyssinie, dont on utilise les fleurs femelles. Elles contiennent comme principe actif la koussine. On les emploie en infusion.

Kousso	15 à 20 gr.
Eau distillée bouillante	250 gr.

Si le ver n'est pas expulsé, on donne, 1 heure après l'absorption, une purgation avec 6 gr. d'huile de ricin.

Le **grenadier** est une myrtacée très anciennement connue, dont les propriétés anthelminthiques ont été remises en honneur par Buchanam, de Calcutta. C'est l'écorce de racine qui est la partie de la plante la plus riche en principe actif et qu'on utilise exclusivement maintenant : l'alcaloïde auquel elle doit ses propriétés est la pelletiérine, découverte par Tanret. Il existe une iso-pelletiérine également efficace, tandis que la méthyl et la pseudo-pelletiérine n'ont aucune action tænifuge.

La pelletiérine est remarquablement active : une dilution au 1/10.000 paralyse en 5 minutes le tænia qu'on y a plongé. Elle le tue en 10 minutes. Mais elle est toxique aussi pour l'organisme. Aux doses thérapeutiques, elle peut provoquer de la céphalée, des vertiges, des troubles visuels, parfois des vomissements, de la diarrhée. Aux doses plus élevées, elle agit sur le muscle d'une façon très analogue à la vératrine, accélère le cœur comme l'atropine et peut même tuer par arrêt respiratoire.

L'écorce de grenadier s'administre à la dose de 60 gr. de poudre qu'on laisse macérer 12 heures dans 400 gr. d'eau. On réduit au bain-marie à 200 gr. On administre cette macération en 2 ou 3 fois toutes les 1/2 heures. Purger ensuite.

Chez l'enfant on n'y recourra qu'après 5 ans, avec une dose de 20 gr. pour 250 d'eau.

La saveur de l'écorce de grenadier est désagréable.

La pelletiérine sous forme de sulfate, évite cet inconvénient. La dose habituelle est de 0,30 cgr., qu'on fera prendre dans une potion gommeuse, et qu'on fera suivre d'un purgatif.

Le malade restera couché pour éviter les vertiges qui sont fréquents. La formule suivante, due à Tanret, est très recommandable :

Sulfate de pelletiérine	0.30
Tanin	0.30
Eau distillée	30 gr.
Sirop de sucre	30 gr.
Alcoolature de citron	X gouttes

à faire prendre en 2 à 3 fois

On administre ainsi non du sulfate mais du tannate de pelletiérine. L'avantage est que l'absorption par la muqueuse digestive s'en trouve retardée. N'est-il pas curieux de remarquer que la nature avait déjà pris cette précaution, puisqu'elle associait dans la racine de grenadier pelletiérine et tanin. C'est la raison pour laquelle Pouchet reste fidèle à l'écorce de racine.

La **semence de courge** est souvent employée chez l'enfant, car elle n'est pas toxique et donne de bons résultats, la dose habituelle est de 30 à 60 gr.. On pile la semence avec du sucre ou on la mélange avec du miel ; on administre ensuite un purgatif léger. La semence de citrouille est utilisée de la même façon.

Le **kamala** est le tænifuge spécifique du bothriocéphale. C'est une euphorbiacée, dont les fruits portent une poudre rougeâtre qu'on utilise en thérapeutique : peu toxique il doit ses propriétés à la Rotherine ; il s'emploie chez l'enfant comme chez l'adulte et ses doses d'utilisation varient dans d'assez larges limites. On donnera 6 à 12 gr. de poudre ou mieux :

Teinture de kamala	2 à 10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	50 gr.
Eau de menthe	80 gr.

Le traitement de la bothriocéphalose révèle parfois des surprises. J'ai suivi, avec Nattan-Larrier, un malade originaire d'Annecy, atteint d'une anémie pernicieuse que nous attribuions à un cancer latent. On prescrivit pourtant un vermifuge : 9 tænias furent expulsés et la guérison s'ensuivit.

***

Contre les nématodes la thérapeutique dispose de plusieurs médicaments, dont certains agissent à titre vraiment électif.

Le **chénopode** est le spécifique de l'ascaridiose. Médication ancienne, puisque les Indiens s'en servaient déjà, elle fut remise en honneur par la mission Rockfeller qui en préconisa l'emploi contre l'ankylostomose. C'est un arbrisseau de la famille des chénopodiacées dont on utilise les sommités fleuries. On en retire par distillation une huile de saveur très désagréable, contenant comme principe actif l'ascaridol. Son action est remarquable, comme en témoignent les chiffres suivants publiés par les Américains : sur 100 ascaris contenus dans l'intestin, le chénopode en expulse 96 %, le thymol 88 %, l'eucalyptol 46, le naphtol 28 %. Mais c'est un produit dangereux, entraînant souvent des bourdonnements d'oreille, des vertiges labyrinthiques, parfois aussi la surdité définitive. Aussi faut-il s'en tenir toujours à des doses faibles et ne jamais lui associer de purgatif huileux :

Chez l'enfant, 2 gouttes par année d'âge.

Chez l'adulte XV gouttes en capsules de gélatine à renouveler 3 fois, à intervalle de 1 heure.

On a coutume de considérer l'oxyurose comme une parasitose bénigne mais particulièrement tenace, c'est là une affirmation exacte et des multiples médications qu'on peut lui opposer aucune n'est absolument efficace. Les anciens utilisaient déjà l'absinthe ou vermouth des Germains. Le **semen contra** qui semble le meilleur antidote des oxyures provient de plusieurs variétés d'Artemisia, notamment d'Artemisia maritima. Il est constitué par les sommités fleuries, dont le principe actif est la santonine, substance peu soluble dans l'eau, découverte par Kahler en 1830. Voici les formules couramment employées.

Poudre de semen contra : 1 à 6 gr. chez l'adulte.
2 gr. chez l'enfant.
(0,50 par année d'âge).

On la fera prendre sous forme de cachets, d'électuaire dans du miel ou des confitures, des infusions où dans l'eau sucrée. Le lavement est aussi recommandé pour combattre les oxyures qui ont migré dans le rectum : on utilise une infusion de 10 gr. dans 120 gr. d'eau.

Si l'on a recours à la **santonine**, on ne dépassera jamais la dose de 1 cgr. par année d'âge. Les tablettes du Codex sont titrées à 1 cgr., mais on peut aussi la prescrire en cachets, et lui associer du calomel : par exemple pour un enfant de 5 ans :

Santonine	0.05 cgr.
Calomel	0.10 cgr.

pour 1 cachet.

Chez l'adulte, la dose maxima en 24 heures est de 0,30.

La santonine, au dire de Pouchet, est plus toxique que le semen contra, qui, riche en tanin, est moins facilement absorbé. L'ascaris, d'après Kuchenmeister peut vivre 40 heures dans une infusion de semen contra, mais il est tué en 10 minutes dans une solution huileuse de santonine. Le retentissement toxique général est aussi le fait de la santonine : la céphalée, les vomissements, la bradycardie, les vertiges ne sont pas rares. Un trouble plus curieux est la xanthopsie, souvent accompagnée de mydriase ; on a prétendu qu'elle était due à une paralysie partielle du nerf optique ; il semble plutôt qu'elle résulte d'une imprégnation de l'humeur aqueuse par un produit de transformation de la santonine dont la couleur est jaune. Parfois même on a pu observer la paralysie respiratoire et le coma mortel ou un véritable syndrome méningitique avec ictère et diarrhée. Le signe caractéristique de l'intoxication par la santonine est la coloration jaune des urines qui rougissent franchement par addition d'un alcali. De tels accidents peuvent être déclenchés par absorption de doses très variables, ne dépassant pas 0,06 à 0,15.

Dans la crainte des accidents possibles, j'ai moi-même proposé un traitement plus anodin, non toxique, et souvent efficace, le **carbonate de bismuth**, que je fais prendre à la dose de 5 gr. par jour en 3 paquets pendant 5 jours. Mais la cure doit être renouvelée plusieurs fois à intervalles de 20 jours, qui correspondent à peu près à la durée du cycle évolutif de l'oxyure. Il sera utile d'y associer le traitement local, par des lavements d'eau salée à 20 %, ou d'eau savonneuse, ou d'infusion d'absinthe. Pour calmer les démangeaisons locales, on utilisera la pommade au calomel, ou à l'oxyde jaune de mercure.

Le trichocéphale est justiciable du **thymol**. Le thymol ou acide thymique extrait de l'essence de thym est un composé phénolique peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther et l'huile, dont l'emploi thérapeutique est dû à Bozzolo et surtout à Guiart.

Les cachets de 0,50 au nombre de 6 par 24 heures, ont l'inconvénient de provoquer des brûlures gastriques pénibles quand ils s'ouvrent dans l'estomac. La suspension est plus facilement acceptée par l'enfant

Thymol pulvérisé	1 à 2 gr.
Gomme adragante	2 à 5 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	2 gr.
Eau distillée	60 gr.

A faire prendre en 3 fois à intervalles d'une heure.

Il est beaucoup plus difficile d'atteindre l'ankylostome duodénal, contre lequel aucun médicament n'est spécifique. Certains anthelminthiques que je viens de passer en revue ont été préconisés. Il semble que le **tétrachlorure de carbone** ait donné les meilleurs résultats. On ne l'administrera qu'après avoir purgé le malade préalablement soumis à la diète lactée ou hydrique, en donnant au maximum chez l'adulte 2 cmc., chez l'enfant 0 cc. 10 par année d'âge, en capsules gélatinées pour en masquer l'odeur.

Les accidents sont d'ordre hépatique et les alcooliques sont particulièrement exposés.

Le **chloroforme**, chimiquement très voisin du tétrachlorure, est aussi un antiparasitaire mais beaucoup moins toxique ; on peut l'administrer sous forme d'eau chloroformée, ou l'associer à l'essence d'eucalyptus selon la formule :

Essence d'eucalyptus..................	2 cmc.
Chloroforme...............................	3 cmc.
Huile de ricin..........................	40 gr.

dont on fera prendre 2 cuillerées le matin pendant plusieurs jours.

Il convient de remarquer que la plupart de ces parasites habitent l'intestin grêle, et beaucoup le duodénum. Aussi certains auteurs, et particulièrement Carnot, ont-ils conseillé d'administrer les anthelminthiques par la **sonde duodénale**. Cette méthode est logique, puisqu'elle porte directement au voisinage du parasite le médicament hypnotique ou toxique, dont presque toujours l'action est une action de contact, puisqu'elle soustrait la muqueuse gastrique aux effets irritants des produits employés. Elle me semble pourtant de réalisation assez difficile en pratique. Plutôt que d'avaler un tube, je sais de nombreux malade qui préfèreront absorber tout bonnement les capsules, cachets ou potion qu'on leur prescrira.

***

L'helminthiase n'est pas qu'une maladie intestinale : sans doute peut-on trouver dans les classiques des cas d'obstruction intestinale par un peloton d'ascaris et même des cas de perforation appendiculaire. On a signalé aussi les appendicites par oxyures piqués dans la muqueuse. Le tænia lui-même dont la tête affleure les hautes parties du grêle peut réaliser un syndrome duodénal. Sans doute a-t-on pu aussi prétendre que le trichocéphale en pénétrant dans la muqueuse intestinale ouvrait la porte à toutes sortes de microbes pathogènes y compris le bacille typhique. Ces complications locales sont rares au regard des signes d'atteinte générale. Tous ces parasites sécrètent abondamment des produits toxiques dont la résorption provoque les accidents les plus divers. Les spasmes, la tétanie, les convulsions, le strabisme, la mydriase, les réactions méningées, sont parfois des signes révélateurs de l'affection. L'éosinophilie est fréquente. L'anémie, l'ictère hémolytique sont spéciaux à l'ankylostomose et à la bothriocéphalose. L'intensité du syndrome n'est pas proportionnelle à la quantité des parasites hébergés : aussi doit-on admettre qu'il est attribuable moins à un processus d'hémorragies locales provoquées par les vers, qu'à une action toxique hémolysante. Si enfin un tænia, dont le poids maximum est de 90 gr., fait maigrir, c'est bien plus à cause des toxines qu'il sécrète que parce qu'il prélève sa part dans la ration alimentaire de son hôte : pourtant sa richesse en glycogène et en sels de chaux est un fait bien connu, et la spoliation calcaire et l'hypocalcémie qui en résulte peuvent être à l'origine des manifestations convulsives ou spasmodiques si fréquemment observées.

En terminant, et pour justifier cette incursion dans le domaine de la pathologie, je voudrais faire remarquer que les déterminations générales de l'helminthiase ne sont pas sans analogie avec les symptômes de l'intoxication par les anthelminthiques. La surdité et les troubles visuels d'une part, l'anémie et l'ictère hémolytique d'autre part, leur sont communs. Les réactions vagotoniques et sympathicotoniques des uns et des autres sont assez superposables.

Ce rapprochement est peut-être un peu artificiel. Il n'est pas cependant sans intérêt pour le thérapeute et le physiologiste.

CHRONIQUE

A propos des greffes ovariennes

Un travail du Dr Sidoroff apporte une importante contribution à l'étude de la transplantation ovarienne. (1)

L'idée de la transplantation serait venue presque en même temps en Europe, à Chrobak et, aux Etats-Unis, à Morris. Il semble pourtant que la priorité de cette intervention appartienne à Romanes. Le premier travail publié à ce sujet fut celui de Knauer (1896). Cet auteur expérimenta sur des lapines, ses conclusions sont les suivantes : 1) l'ovaire reste en activité après sa transplantation ; 2) l'ovulation poursuit son cours et arrive à la rupture du follicule de Graaf ; 3° pour que l'opération réussisse, il faut prendre toutes les précautions nécessaires ; 4° si l'opération réussit, il y a possibilité de gestation. Grigorieff (1896) obtint aussi des résultats encourageants.

La question de la transplantation est une question à l'ordre du jour, le nombre d'observations augmente chaque jour. Knauer, Ribbert, Rubinstein, Marchese, Schulzt, Basso, Higuchi, Natrass, et d'autres sont optimistes et considèrent que la transplantation donne de bons résultats quand il s'agit d'auto transplantation. Amico Roxas, Carrel, Magnus, Engel, Castle et Philips, Kolb, Pezard, Pettinari et bien d'autres considèrent l'opération homoplastique comme celle qui donne les meilleurs résultats. Tous ont des résultats peu satisfaisants avec la transplantation hétéroplastique.

Uffreduzzi n'a eu de résultats satifaisants ni avec l'auto, ni avec l'homotransplantation. Arendt considère cette opération comme impraticable.

Nombreux sont les autenrs qui trouve l'autotransplantation la plus adaptable des opérations de ce genre. Ce sont : Fisch, Cramer, Boldt, Pankov, Franklin, Martin, Sauvé, Kayser, Hartmann, Unterberger, Bumm, Aragon, Sippel, Estes, Tuffier, Perazzi, W. Blair, Bell, Serdukoff. Non moins nombreux sont les auteurs qui trouvent les résultats plus appréciables après pratique de la homotransplantation, Tels sont : Morris, Olass, Warbasse, Tzielce, Halliday-Croom, Gramer, Fraenkel, Hallaner, Pestalozza, Mandelstamm et bien d'autres.

Pour la transplantation hétéroplastique, il y a moins d'investigations, les opinions dans cette question sont aussi variées : Unterberger et d'autres n'obtiennent point de résultats satisfaisants ; tout au contraire, Serdukoff et Jiann considèrent cette intervention comme pouvant donner de bons résultats. Certains auteurs ne veulent même pas admettre la possibilité de pratiquer cette opération chez les êtres humains.

Quant à la technique de l'opération, il n'existe pas encore d'opinion qui soit admise unanimement. Voici les quelques points de la technique opératoire qui semblent admis par tous les investigateurs : 1° fixation de l'ovaire transplanté à l'aide de points de suture superficiels : 2° inclusion du transplant dans une poche péritonéale :

(1) Sidoroff. — *La transplantation des ovaires.* Un vol., Rostov sur-le-Don 1927.

BIBLIOGRAPHIE

L'art d'être gourmand, par Gaston DERYS. Essai de gastromancie. Avec 290 recettes culinaires d'écrivains, de peintres, d'acteurs, d'hommes politiques, etc. 1 vol. Prix : 15 fr. A. Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

Ces recettes n'ont pas été données au hasard. Elles émanent de gens qui ont choisi leur recette préférée : c'est dire que le livre qui les contient sera précieux à tous les curieux de bonne chère.

Le romantisme et les lettres. 1 vol. in-12. Prix : 12 fr. Editions Montaigne, 13, quai de Conti, Paris.

Ainsi qu'elle le fait chaque année, la Société des Amis de l'Université a organisé en 1928 une série de conférences. Cette série, qui coïncidait avec la célébration du centenaire de la Préface de Cromwell, a été consacrée au Romantisme. On trouvera réunis dans ce volume les neuf études qu'un public nombreux a suivies et applaudies dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

A pied, à cheval, en carosse. Voyages et moyens de transport du bon vieux temps, par Henri d'ALMÉRAS. Un volume in-16 jésus avec de nombreuses illustrations broché, prix : 15 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (14e).

Plus sédentaires que nous assurément, nos bons aïeux étaient-ils casaniers, comme on a trop volontiers tendance à le croire ? Il est permis au bon sens d'en douter, et il est même historiquement prouvé que beaucoup aimaient les voyages, et voyageaient en effet.

M. Henri d'ALMÉRAS n'a pas voulu se borner à indiquer et à décrire les divers moyens de transport dont ils usaient. Adoptant un plan assez nouveau et qui nous semble fort logique, il élargit son cadre et il anime son récit en nous représentant en voyage, chacun d'après son rang, sa profession et ses ressources, des personnages reels ou imaginaires. *A pied* : des pèlerins, des troubadours, des jongleurs, et le grand exilé florentin, Dante. *A cheval* : le chanoine chroniqueur, Froissart, et des chevaliers de chansons de geste. Dans le coche tiré par six fort chevaux, que décrit une de ses fables, La Fontaine. Dans son propre carosse, Madame de Sévigné allant retrouver sa fille en Provence.

De toutes les manières, par tous les procédés, à pied, à cheval, en charrette ou dans quelque plus noble véhicule, suivant le hasard des routes et des rencontre : Molière et sa troupe en tournée.

Une curieuse, une amusante évocation des vieilles auberges de Paris ou de province, contribue à rendre encore plus savoureux ce livre abondamment illustré.

Revue des cours et conférences. Abonnement : un an : France : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 mars 1929 : J. Chevalier : L'habitude (I) ; Introduction ; position du problème et définition initiale. — H. Hauvette : La France et la Provence dans l'œuvre de Dante (III) ; Dante et la politique française en Italie. — J. Vianey : L'éloquence de Bossuet (III) : L'art d'appeler et de retenir l'attention — H. Hanser : L'histoire économique de l'Europe de 1559 à 1560 (I) : La crise de 1557-59 et ses conséquences. — F. Baldensperger : Les années 1827-28 en France et au dehors (IX) : Les représentations anglaises à Paris. — M. Poète : L'évolution des villes (XVI) : Pergame. — Villes de Pamphylie et de Pisidie. — G. Cohen : Chrestiien de Troies, sa vie et son œuvre (XXIII) : Perceval ou le roman de Graal (suite).

3° fixation de l'ovaire transplanté à l'aide de son pédicule, près du hile ; 4° abandon de l'ovaire librement dans la cavité abdominale ; 5° transplantation sous la peau ; 6° transplantation de petits fragments dans le tissu péritonéal.

Pour la conservation de l'ovaire qu'on désire transplanter, il existe plusieurs méthodes : les plus courantes sont : son inclusion dans de la gaze imbibée de sérum physiologique ou bien sa conservation dans des boîtes de Pétri, maintenues à la température du corps.

Les endroits d'élection pour la transplantation semblent être : le ligament large, le tissu sous-cutané, les muscles de l'abdomen ou de la cuisse. La richesse en vaisseaux de l'endroit où on transplante l'ovaire joue un rôle considérable. Le plus grand nombre d'auteurs considèrent que la transplantation de fragments d'ovaires coupés et fendus donne des résultats meilleurs. L'âge, l'état adulte de l'ovaire transplanté a une grande importance. Le temps dernier, on incrimine les résultats plus ou moins satisfaisants de l'opération à des processus biochimiques.

Les indications à la transplantation sont très nombreuses, mais on ne peut dire qu'elles soient précises.

Les examens histologiques, des modifications morphologiques donnent des résultats contradictoires.

Notons que les travaux récents de Zondek et de Wolff permettent l'emploi, pour la transplantation, d'ovaires conservés, ce qui facilitent cette intervention.

Les investigations personnelles de l'auteur se divisent en 10 séries, en tout, 56 transplantations : 10 avec résultat tout à fait satisfaisant ; 25 avec résultats plus ou moins bons ; 5 ayant donné des résultats à peine satisfaisants ; 16 en fin, ayant des résultats tout à faits négatifs.

Les conclusions générales, conclusions prises aux observations autant de la littérature que de la pratique et résultant des investigations personnelles de l'auteur ; sont les suivantes :

1° les ovaires soumis à la transplantation homoplastique peuvent s'implanter, fonctionner et remplir les fonctions normales des glandes génitales et des glandes à sécrétion interne ;

2° le résultat de la transplantation dépend de plusieurs conditions : de l'alimentation, de la place où l'on pratique le transplant, de la technique opératoire, des particularités de l'âge des animaux ou des êtres, des processus inflammatoires de réaction et de la structure histologique avant l'opération des ovaires employés.

3° la dimension du transplant ne permet point de faire l'appréciation du fonctionnement du parenchyme ovarien ;

4° la transplantation de fragments d'ovaires ou de la moitié d'un ovaire semble donner de meilleurs résultats, que la transplantation d'un ovaire entier ;

5° la suture passant en travers du parenchyme ovarien provoque la réaction inflammatoire d'où perte d'une certaine partie du parenchyme, cette méthode, en principe, ne devrait pas être employée.

6° le résultat de l'opération se trouve souvent influencé par l'hémorragie au niveau du tissu où l'on transplante l'ovaire ;

7° l'homo-transplantation des ovaires dans une poche péritonéale donne de très bons résultats ;

8° l'homo-transplantation des ovaires pris à des animaux non pubères ne donne pas de résultats satisfaisants, chez les animaux pubères, ayant un âge identique, l'opération de la transplantation donne de bons résultats ;

9° Au niveau des parties opérées, la pénétration des capillaires commence à partir du quatrième jour ;

10° les vaisseaux de l'ovaire transplanté se dégénèrent et les vaisseaux néoformés sont ceux qu'on voit au niveau des transplants ;

11° le tissu conjonctif entourant les ovaires homotransplantés dans les cas d'intervention bien réussie se transforme progressivement en stroma du transplant, sans toutefois former la capsule autour de ce dernier ;

12° l'épithélium embryonnaire se voit parfois dans les transplants un an après l'opération, mais le plus souvent il disparait rapidement après l'intervention ;

13° le résultat de l'homotransplantation des ovaires se manifeste définitivement au bout d'un mois ; à ce moment, les processus de reconstitution commencent.

14° l'évolution morphologique de l'appareil folliculaire de l'ovaire homotransplanté, dans les cas bien réussis ne diffère point de celle de l'ovaire normal, dans les cas ou le résultat est défavorable les follicules sont remplacés par des formations de tissu conjonctif par endroits hyalinisé ;

15° les corps jaunes existants dans l'ovaire avant la transplantation, deux semaines après cette dernière sont remplacés, après décomposition graisseuse par du tissu conjonctif et, au bout de trois mois, on n'en trouve que quelques restes sous forme de cristaux ;

16° les corps jaunes nouveaux se font voir dans les ovaires homotransplantés déjà au bout d'un mois après l'opération ;

17° les follicules primitifs, dans les conditions opératoires actuelles de la transplantation homoplastiques, sont peu résistants ;

18° les follicules secondaires des homotransplants sont très résistants aux conditions de l'opération ; les follicules mûrs ont une place intermédiaire entre les primitifs et les secondaires ;

19° le stroma des ovaires homotransplantés dans les opérations ayant de bons résultats est riche en cellules ovales à noyaux ronds se colorant suivant les types des cellules épithéliales ;

20° Au début de la destruction de l'appareil folliculaire de l'ovaire transplanté homoplastiquement, les cellules ovales à noyaux ronds se conservent ;

21° dans les trompes, en présence d'adhérences avec l'ovaire transplanté, se développe ou bien la prolifération de l'épithélium de la muqueuse, ou bien l'évasement kystique de la lumière de la trompe, ou encore l'épaississement fibreux de la paroi.

22 pour préserver la trompe des adhérences possibles avec le transplant et pour la conservation de sa lumière, il est recommandable de faire dévier quelque peu la trompe de côté et d'éviter les lésions de l'ampoule de cette dernière.

TRIFONOF.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance 8 mars 1929.

Un cas de chondromatose à déterminations multiples. — *MM. Julien Huber et William Davenier* présentent une jeune fille de 18 ans porteuse de chondromes multiples objectivement appréciables du côté droit du corps. Main droite, cubitus droit, pied et péroné droits, omoplate droite. Les radiographies montrant des lésions étendues, sauf au péroné ayant évolué lentement. L'affection ne s'associe chez elle à aucune autre maladie du système osseux, les antécédents personnels et héréditaires ne dénotent également aucune anomalie endocrinienne.

M. Léri signale plusieurs cas de chondromatose.

A propos des injections intra-pleurales de sanocrysine au cours du pneumothorax thérapeutique. — *M. André Jacquelin* rappelle, à l'occasion de la communication de *MM. Kindberg et Royer de Véricourt,* les recherches qu'il a entrepris en 1925 et 1926 en collaboration avec *MM. F. Bezançon* et *Etchegoin,* sur les effets des injections intra-pleurales d'une huile de foie de morue spéciale préparée à basse température et stérilisée sur

bougie. Les communications importantes qui existent entre le réseau lymphatique sous-pleural, ses troncs collecteurs et les lymphatiques intra-pulmonaires par les lymphatiques pleuraux. Il y a là une voie d'introduction qu'il est logique d'utiliser, comme l'ont fait Kindberg et Royer de Véricourt pour la sanocrysine et l'avenir vérifiera peut-être l'importance de cette adjonction thérapeutique au pneumothorax artificiel.

Coliques de plomb traitées par l'acétyl-choline. — MM. *Laignel-Lavastine et Jean Fouquet* rapportent l'observation d'un ouvrier de 30 ans intoxiqué par le plomb et qui fut pris brusquement de coliques de plomb très violentes, lesquelles disparurent sous l'influence d'injections d'acétyl-choline. En même temps que les douleurs ont cessé, la constipation, la rétraction abdominale, l'hypertension artérielle et la vaso-constriction. Phénomène à noter : la raie de Vulpian qui, pendant la crise était exclusivement blanche, devient après la crise d'une rougeur caractéristique.

Connaissant l'action élective de l'acétyl-choline sur l'orthosympathique, cette observation vient à l'appui de l'opinion émise par l'un des auteurs, qu'on peut considérer les coliques de plomb comme un syndrome scolaire aigu d'excitation.

M. *Milian* a obtenu d'excellents résultats par l'adrénaline qui est antagoniste de l'acétyl-choline.

Endaortite maligne lente avec lésions anevrysmales. Marche aiguë sans encocardite. — MM. *Clerc et Bascourret.* — Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans ancien syphilitique avec double souffle au foyer aortique et qui présente pendant 4 mois tous les signes généraux d'une endocardite lente malgré deux hémocultures négatives. Vers la fin, en quelques jours, se développe un anévrysme de la crosse aortique aboutissant à la mort brusque précédée de signes d'épanchements péricardique ; à l'autopsie, la sclérose et la rétraction des sigmoïdes fut vérifiée, mais il n'existait aucune végétation à ce niveau, par contre, sur la portion ascendante de l'aorte, siégeaient trois foyers de lésions ulcéro-végétantes dont l'une avait engendré une poche anévrysmale grosse comme un petit œuf de poule qui, par perforation, avait lui-même engendré un anévrysme faux consécutif ouvert secondairement dans le péricarde. Cette observation montre la possibilité d'endocardites lentes malignes ectasiantes sans endocardite associée donnant tous les signes d'une endocardite maligne et dont le diagnostic différentiel ne peut guère se faire que *post morten*. Toutefois, les anévrysmes infectieux aigus consécutifs à l'endocardite en question sont de beaucoup les plus nombreux car les observations comme celle rapportée plus haut demeurent tout à fait exceptionnelles.

L'expectoration noire des tuberculeux. — M. *André Jousset* démontre, avec chiffres à l'appui, que l'expectoration des tuberculeux est d'autant moins virulente qu'elle est plus noire. Un crachat tout à fait mélanique chez un tuberculeux a bien des chances d'être stérile ; en sorte qu'on possède dans la pigmentation progressive de l'expectoration chez un malade donné un élément de pronostic important. Cette couleur du crachat ne tient nullement, comme on l'a dit, aux poussières atmosphérique, mais à une élimination de fer d'origine hémoglobique charrié par de grandes cellules dites par erreur « à poussières » et que l'auteur appelle cellules martiales. La tuberculose, maladie congestionnante par excellence et productrice d'hémoptysies occultes permanentes transforme, dans certains cas, en oxyde de fer noir le contenu du globule rouge par un mécanisme comparable à celui de la pigmentation paludéenne. Si le crachat noir signale un processus sclérogène et comporte le pronostic relativement favorable des tuberculoses fibrosantes, il n'en est pas de même des crachats à demi-teintés qui n'ont aucune signification pronostique. L'auteur insiste sur l'inégalité de la teneur en bacilles de ces crachats panachés, suivant qu'on fait porter le prélèvement sur les fragments noirs ou clairs de ces crachats. Il est donc très important, sous peine d'avoir les résultats les plus inégaux, d'examiner toujours les mêmes parties d'un crachat et spécialement les parties purulentes de teinte claire.

Les modifications humorales des nourissons atteints d'eczéma suintant. Rapprochement avec les néphrites hydropigènes. — M. *L. Ribadeau-Dumas*, Mme et M. *Max M. Lévy*. — Certains nourrissons atteints d'eczéma suintant présentent un trouble humoral profond caractérisé par augmentation de la teneur en eau du sérum, une hypoprotéinémie parfois considérable et un abaissement du rapport albumine-globuline. Ces modifications sont à rapprocher de celles qu'on observe au cours des néphrites hydropigènes. Chez les eczémateux ces troubles ne paraissent pas liés à une lésion rénale. Chez un de leurs malades en particulier, les auteurs démontrent l'intégrité fonctionnelle des reins.

Maladie de Raynaud et tuberculose. — MM. *Léon Bernard et L. Pellissier.* — A propos d'un malade porteur en même temps d'une tuberculose pulmonaire fibreuse latente et d'un syndrome de Raynaud typique, attirent l'attention sur l'origine tuberculeuse possible de l'asphyxie des extrémités. Si cette étiologie est rare, elle a été très peu étudiée. La tuberculose peut cependant toucher les parois artérielles en même temps qu'elle déséquilibre le sympathique, d'où production du syndrome de Raynaud. Mais surtout on doit insister sur la patience qu'on doit apporter dans la recherche de la nature bacillaire de certaines lésions. Ici, les lésions pulmonaires étaient évidentes, mais il fallut 8 homogénéisations pour déceler les bacilles dans l'expectoration et les cobayes inoculés n'avaient pas de lésions viscérales, tandis qu'on trouvait des bacilles dans les ganglions prélevés à leur autopsie. Bref, on n'arrive parfois à trouver la preuve certaine de la nature tuberculeuse de diverses affections qu'après des recherches minutieuses et prolongées.

Accidents consécutifs au traitement de la maladie de Basedow par la tartrate d'ergotamine. — MM. *Marcel Labbé*, *R. Boulin*, *L. Justin-Besançon et J. Gouyen* rapportent trois observations de malades atteints de goitre exophtalmique et traités par le tartrate d'ergotamine.

Chez un de ces malades, le traitement a été mal toléré et le métabolisme basal, loin d'être diminué, a augmenté sous l'influence du traitement.

Chez un autre sujet, la mort subite est survenue quelques heures après la première injection.

Chez un troisième malade, des crises d'angine de poitrine d'intensité et de durée croissante ont été observées après chacune des trois injections pratiquées.

Il y a donc lieu de n'utiliser ce médicament, si l'on y tient, qu'à doses prudentes et progressives. Et même avec ces précautions, les effets thérapeutiques ne semblent pas d'une évidence telle qu'ils justifient le risque d'accidents aussi sérieux.

René Giroux

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 1er mars 1129.

Traitement des tumeurs de la vessie. — M. *Luys* pense que le traitement actif du cancer de la vessie est jusqu'ici décevant ; par contre, le traitement des tumeurs bénignes de cet organe donne d'excellents résultats et doit être institué hativement : 1° par voie endovésicale et principalement par l'électrocoagulation appliquée à sec avec le cystoscope à vision directe, toutes les fois où cette méthode est applicable ; 2° par voie hypogastrique lorsqu'on a affaire a des tumeurs vésicales volumineuses. On pourra alors utiliser l'exérèse ordinaire ou mieux l'application de l'anse froide.

Un cas de fibrome de la langue. — M. *Peugniez* fait un rapport sur une observation de M. *Le Roy des Barres* (de Hanoï) ; tumeur de la langue chez une femme de 51 ans ; opération facile ; histologiquement cette tumeur était un fibrome. Le rapporteur fait l'historique des tumeurs de la langue.

Sur la tuberculose isolée des ganglions mésentériques et sur son pronostic. — M. *Delivet* fait un rapport sur une observation de M. *Dervaux* (de Saint-Omer) concernant un cas de tuberculose primitive des ganglions mésentériques ayant simulé l'appendicite. L'auteur fit une laparotomie latérale droite,

trouva un appendice sain et de nombreux ganglions dans le méso-appendice et dans la partie terminale du mésentère, ganglions adhérant aux vaisseaux ; il crut prudent de borner son intervention à cette simple laparotomie exploratrice et eut la satisfaction de voir disparaître les troubles fonctionnels et l'état général s'améliorer.

Etat actuel de la radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. **Guisez** communique l'observation de malades atteints de cancer de l'œsophage et qui, soignés par le radium en pleine dysphagie, ont pu reprendre une alimentation normale et leurs occupations. Il y a là un traitement palliatif puissant, indolore et efficace, mais dont les indications doivent être posées exactement et la technique scrupuleusement suivie si l'on ne veut pas s'exposer à de regrettables échecs. Les conclusions auxquelles arrive M. **Guisez** concordent avec celles de plusieurs spécialistes étrangers qui se sont occupés de la question, (**Botey, Van Wildenberg, Diaz**, etc..).

Infection de la trompe propagée à la paroi de l'appendice avec intégrité de la muqueuse appendiculaire. — M. **Leo** communique l'observation d'une femme de 39 ans ayant une salpingite droite du volume d'un petit poing ; à l'opération il trouva la pointe de l'appendice épaissie, en battant de cloche, englobée dans le tissu infecté de la paroi salpingienne. L'intérêt de ce cas réside dans l'examen histologique de l'appendice montrant une muqueuse absolument saine, contrairement à l'opinion classique qui veut que la muqueuse partage l'atteinte infectieuse des deux autres couches, la musculaire et la séreuse.

Torsion de l'hydatide sessile de Morgagni. — M. **Leo** communique cette observation concernant un garçon de 10 ans 1/2 opéré après cinq jours de douleur et d'œdème péri-funiculaire. A l'opération, hydatide tordue ; excision ; guérison.

A propos de la radiothérapie en gynécologie. — M. **Haller** relate l'observation d'une malade qui a suivi un traitement radiothérapique pour un fibrome inexistant. A l'opération on trouva un utérus infantile et une double annexite, des granulations sur le péritoine pariétal et les anses intestinales. Vu ces lésions on pouvait penser à la tuberculose. L'examen histologique fut fait par deux histologistes différents et donna les deux réponses suivantes : 1° épithélioma dont on ne peut préciser le point de départ ; 2° simple salpingite inflammatoire. L'évolution ultérieure donna raison à la première interprétation ; la malade fit de l'occlusion intestinale et l'opération itérative montra une généralisation néoplasique dans toute la cavité péritonéale.

Ascite cloisonnée sushépatique. Difficulté du diagnostic étiologique.. — M. **Mornard** relate un cas curieux d'ascite à localisation exclusivement sus-hépatique, au cours de l'évolution d'un foie cardiaque ; cette localisation connue seulement dans l'amibiase hépatique, fit, avec l'échec des traitements ordinaires et le succès du traitement émétinien penser à cette affection. L'opération n'évacua que de l'ascite et montra l'absence de tout foyer dans le foie. La collection sus-hépatique ne se reproduisit pas ; mais le tableau clinique du foie cardiaque avec ascite banale, œdème, etc.... s'installa jusqu'à la mort qui survint au bout de six semaines. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, il semble donc que l'ascite cloisonnée sous-diaphragmatique puisse se constituer en dehors de toute infection du foie.

Fibrome utérin à développement inférieur enclavé dans le vagin. — M. *Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une malade présentant un fibrome à développement bas obstruant le vagin, apparaissant à la vulve et donnant lieu depuis huit mois à des métrorragies. Une opération faite antérieurement sur la vessie rendit la laparotomie douloureuse. Guérison.

Tumeur dermoïde congénitale de l'appareil thyro-hyoïdien, — M. **Petit de la Villéon** présente ce malade âgé de 30 ans.

Enorme fibrome utérin. — M. **Petit de la Villéon** présente un énorme fibrome utérin qui pèse 1 kg. 750 gr. Le diagnostic avant l'opération avait été tumeur solide de l'ovaire.

Six nouveaux cas atteints de perforation aiguë d'ulcus gastriques et duodénaux en 1928. — M. *Moncany* (de Corbeil) communique ces observations : cinq ulcères duodénaux avec guérison et un ulcère gastrique avec mort. L'auteur conclut que : 1° dans l'ulcère perforé du duodénum quand on pratique de parti-pris la gastro-entéro-anastomose, cette dérivation joue le rôle principal ; 2° dans l'ulcère de l'estomac perforé la gastro-entéro-anastomose n'a que des indications exceptionnelles : la fermeture parfaite de la perforation est l'acte important, sa difficulté et son impossibilité rendent souvent nécessaire la gastrectomie. Dans aucun cas l'auteur n'a pretiqué le drainage sous-pubien.

Instrumentation pour ostéosynthèse. — M. *Juvara* (de Bucarest) présenté son modèle moyen de fixateur monté sur un tibia atteint de fracture transversale.

Séance du 15 mars 1929.

Un cas de tuberculose isolée des ganglions mésentériques — M. **Planchon**, intervenant pour une appendicite chronique trouva à la terminaison du mésentère, dans l'angle iléo-colique, un paquet de trois ganglions caséeux gros comme une noix ; ablation sans incident. L'auteur insiste sur l'importance d'enlever ces ganglions quand on en rencontre au cours des interventions afin de mettre le malade à l'abri des complications abdominales possibles et graves.

A propos de la radiothérapie en gynécologie. — M. **Séjournet**. — Par suite d'une erreur de diagnostic, un kyste dermoïde de l'ovaire fut traité par la radiothérapie. La malade fut opérée ultérieurement et l'auteur constata des adhérences entre le kyste et l'ombilic.

M. **Bonneau** communique l'observation d'une malade qui, pour un fibrome utérin saignant, reçut en dix mois vingt-cinq séances de radiothérapie. Une hystérectomie enfin acceptée montra que le fibrome n'avait pas été influencé heureusement par les rayons X, et qu'il existait un début de dégénérescence cancéreuse du corps utérin.

Revitalisation par sympathicectomie chimique des glandes sexuelles. — M. **V. Pauchet** fait un rapport sur un travail de M. **Doppler** (de Vienne). Chez des malades, précocement séniles, Doppler accroît le fonctionnement des glandes à sécrétion interne (testicules et ovaires) par la destruction chimique des filets du sympathique au moyen d'une solution de phénol à 6 ou 7 %. La glande est scarifiée puis frictionnée avec la solution. Cette opération est faite soit accessoirement au cours d'autres interventions (cure de hernie, hystéropexie, appendicectomie, etc.) soit directement dans le seul but de revitaliser le sujet. L'auteur, dont les premières observations remontent à plusieurs années, obtient d'excellents résultats durables.

Fracture du bassin. Rupture de la vessie par éclatement. Intervention d'urgence. Guérison. — M. **Lutaud** fait un rapport sur cette observation de M. **Duval** (du Havre). Jeune homme de 24 ans ayant eu un gros traumatisme du bassin. L'auteur voit le malade quatre heures après, constate une fracture du bassin et, se basant sur la contracture abdominale, opère d'urgence. Il trouve une rupture de la vessie. Cystostomie. Guérison.

Tentative de traitement chirurgical de la méningo-encéphalite traumatique. — M. **Peugniez**, dans un cas, a pratiqué le drainage sous-arachnoïdien en trépanant la lame de la quatrième vertèbre lombaire. L'opération faite *in extremis* n'a pu sauver le malade ; mais l'auteur estime que, faite précocement, cette opération doit donner les mêmes succès que le drainage abdominal dans les infections du péritoine.

Abcès extradural d'origine auriculaire sans otite en évolution. — M. **Gasne** communique l'observation suivante. Un enfant sujet à des poussées inflammatoires du rhino-pharynx fait une otite bi-latérale : paracentèse des deux tympans. Dix-huit mois après, sans aucun trouble de l'audition ni douleur auriculaire, abcès extra-dural au niveau de l'astérion. L'examen de l'oreille fait à ce moment est négatif et la paracentèse du tympan ne

donne issue à aucun liquide. L'auteur pense que l'infection ancienne s'est réveillée en un point limité sans que les grandes cavités de la caisse et de la mastoïde aient été de nouveau atteintes elles-mêmes.

Fracture engrenée du col du fémur. — M. *Brodier* communique l'observation d'une femme de 60 ans qui, dix-sept jours après une chute, ressent, en montant en wagon, une douleur vive au niveau de la hanche et ne peut plus marcher. La radiographie montre une fracture transcervicale du col fémoral qui s'était désengrenée.

Torsion de la trompe de Fallope. — M. *Haller* communique l'observation d'une femme de 24 ans chez laquelle l'intervention fut décidée pour des phénomènes péritonéaux dus à une tumeur kystique qu'on croyait être un kyste de l'ovaire tordu. L'opération montra une trompe de Fallope droite, ayant le volume et l'aspect d'une aubergine, tordue trois fois et demie autour de son pédicule et constitué par la portion isthmique de la trompe. La coexistence d'une salpingo-ovarite kystique gauche permet de penser qu'il s'est agi de la torsion d'un hydro-salpinx pré-existant.

Quelques indications de l'hystérectomie vaginale. — M. *Pauchet* communique les observations de deux malades obèses, à myocarde faible, chez lesquelles il fit des hystérectomies vaginales, l'une pour fibrome, l'autre pour cancer du col. Il insiste sur quelques indications de cette opération.

Un cas de tuberculose annexielle et appendiculaire. — M. *Muller* (de Belfort) communique cette observation. Femme de 25 ans souffrant de l'abdomen depuis cinq ans ; amaigrissement. A l'opération, adhérences multiples ; hystérectomie subtotale ; appendicectomie. L'examen histologique montre des lésions caractéristiques de la tuberculose.

Encercleur contentif pour chirurgie plastique mammaire. — M. *Dartigues* présente cet instrument nouveau qui facilite l'incision circulaire de la région aréolo mamelonnaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1929.

Tumeurs à myéloplaxes. — Deux observations de *M. Wolfrom* (de Paris) et de *M. Van Lande* (de l'Armée) sont rapportées par *M. Baumgartner*.

1° Jeune fille présentant une fracture de l'humérus ; n'a pas été opérée, la consolidation s'est faite spontanément ; mais il persiste une cavité kystique centrale ;

2° Jeune homme de 27 ans. Tumeur de la tête humérale. Intervention. Curetage de la cavité. L'hémorragie très abondante empêche de la bourrer de greffes ostéo-périostiques. Ultérieurement, elle se comble spontanément.

M. Lecène insiste sur le diagnostic de ces affections ; même l'examen extemporané lui paraît très insuffisant.

Grossesse extra-utérine opérée au 11e mois. — *M. Brugeas* (de Shangaï). *M. Cadenat*, rapporteur. — La radiographie montre une fort belle image de fœtus. A l'intervention, la tumeur est adhérente aux organes du petit bassin. Hystérectomie supra-vaginale. Mikulicz. Guérison.

Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. — *M. Mocquot* rapporte deux observations de *M. Matry* (de Fontainebleau). Sous-anesthésie générale, la réduction manuelle échoue. La réduction sanglante est très difficile dans les deux cas. La fonction est satisfaisante.

Luxation isolée du cubitus avec fracture du radius. — *M. Maisonnet* rapporte une observation de *M. Van Lande*, qui est ainsi une « fracture de Monteggia inversée ». La réduction sanglante est faite. Il persiste une certaine limitation de la pronation.

Anesthésie rachidienne latéralisée. — *M. Mathieu* rapporte une observation de *M. Ferré* (de St-Malo). En décubitus latéral droit, il pratique une anesthésie rachidienne et il obtient une anesthésie de la jambe gauche sans aucune anesthésie du membre inférieur droit.

M. Dujarier a souvent observé l'anesthésie unilatérale du côté déclive, mais il a observé également quelques cas d'anesthésie paradoxale.

Tumeurs cérébrales. — *M. de Martel* présente cinq malades opérés depuis plusieurs mois et actuellement guéris.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mars 1928.

Radiographies de bronches lipodiolées en tube de macaroni. — M. *Georges Rosenthal*, avec sa seringue à grand débit décrite récemment, a obtenu chez des gazés les aspects caractéristiques de dilatation des bronches décrits par Bonnamour et ses collaborateurs.

Ablation de l'appendice sous-anesthésie locale. — M. *Victor Pauchet* rappelle que l'appendicite opérée à froid ne fait courir, par elle-même, aucun danger, mais que l'anesthésie générale peut provoquer, chez certains sujets tarés, des complications pulmonaires, hépatiques ou rénales. Elles sont relativement rares, mais existent. Avec l'anesthésie locale, si celle-ci est bien faite, le risque est supprimé. Encore faut-il que le chirurgien soit entraîné à la méthode, applicable également avec avantage en chirurgie gastro-intestinale, parce qu'elle pare aux mêmes inconvénients que dans l'appendicite, et permet d'effectuer à loisir les manœuvres les plus délicates.

L'extraction des corps étrangers irréguliers de l'œsophage et en particulier des dentiers. — M. *Guizez* a pratiqué récemment l'extraction sous-œsophagoscope de plusieurs os ou dentiers fortement enclavés et de forme très irrégulière qui semblaient nécessiter l'opération externe. L'intervention est souvent difficile s'il s'agit d'un os, il est toujours possible de le partager en fragments à l'aide du brise-os.

Pour les dentiers, l'usage des tubes de gros calibre, et en particulier des tubes ovalaires, facilite beaucoup l'extraction. Il est quelquefois nécessaire de procéder à une véritable version pour diriger les crochets et aspérités dans le bon sens ; mais il faut surtout, par une bonne cocaïnisation locale, faire cesser le *spasme local* qui est le principal élément de fixation du corps étranger.

La pleurotomie à soupape de Rosenthal. — M. *Petit de la Villéon* lit une note sur cette méthode dans le traitement opératoire des pleurésies purulentes, et il reconnaît que la paternité en revient à M. Rosenthal qui a eu raison de la revendiquer pour avoir exposé principe et technique opératoire à cette même société dès 1914.

De l'influence des eaux sulfureuses dans le traitement de certaines suppurations. — M. *Baqué* a obtenu des résultats très favorables dans le traitement des plaies suppurées tégumentaires et de plaies mastoïdiennes post-opératoires par l'emploi de l'eau sulfureuse thermale pulvérisée ainsi que des gaz et vapeurs émis spontanément par les sources.

L'entraînement spiroscoscopique dans les maladies de l'appareil respiratoire. — M. *Pescher* montre l'importance de cet entraînement en prophylaxie pour garder aux poumons leurs moyens naturels de défense et au déclin de ces maladies pour en éviter les séquelles. Dans les pleurésies purulentes, opérées et drainées, les exercices spéciaux du spiroscope permettent de ramener le poumon, côté malade, à sa place anatomique en le gonflant aussi souvent qu'il est nécessaire avec l'air de l'autre poumon,

E. Perpère.

La Ménopause et ses troubles

V. — États neurasthéniques et psychoses.

On a constaté de tout temps qu'à l'époque de la ménopause, le caractère de la femme change : elle devient triste, inquiète. Elle se rend compte que la jeunesse s'éloigne chaque jour et qu'elle perd peu à peu les attributs de son sexe. « Autrefois, quand j'étais femme », disait mélancoliquement Mme du Deffand en parlant du passé. Avec les modifications du caractère qui devient irritable et difficile, on note des symptômes justement qualifiés de *neurastheniformes*. La céphalée caractérisée par la douleur en casque ou la douleur de la nuque n'est pas rare ; on note aussi une atonie générale du système neuro-musculaire amenant une sensation de fatigue constante et de l'apathie.

Cette asthénie affectant les organes digestifs, produit de la dyspepsie, de l'aérophagie et de la constipation.

L'observation suivante met bien en lumière la disposition asthénique à laquelle la *lachésine* a été appliquée avec succès.

Mme M., âgée de 57 ans, se plaint depuis la cessation de la fonction menstruelle, survenue six ans auparavant, de troubles congestifs (bouffées de chaleur, rougeurs subites suivies de sueurs, étourdissements). Elle se plaint aussi de troubles dyspeptiques variés caractérisés surtout par la lenteur des digestions, du gonflement de l'estomac après les repas et de la constipation.

Enfin, un symptôme pénible la tourmente particulièrement : c'est la sensation constante d'accablement qui la rend incapable de tout travail.

Deux comprimés quotidiens de *lachésine* ont rétabli l'état normal en une quinzaine.

***

Dans certains cas, on note un vertige plus ou moins intense. L'observation suivante, qui se rapporte à la ménopause chirurgicale, était particulièrement rebelle et pénible.

Mme S., 46 ans, a subi l'ablation des ovaires, il y a deux ans. Depuis plus de dix-huit mois, elle se plaint, en outre des bouffées de chaleur, symptômes ordinaires, de vertiges très intenses qui apparaissent le matin dès qu'elle se lève et l'obligent à se recoucher pendant une demi heure ou une heure. Ces vertiges apparaissent de préférence à l'époque menstruelle habituelle, mais peuvent se produire aussi à d'autres dates du mois ; ils se manifestent également au cours de la journée ; cette malade, qui est dactylographe, voit de temps en temps les murs de la salle où elle se trouve se déplacer circulairement ainsi que sa machine.

Ces malaises, extrêmement pénibles, traités plusieurs fois sans résultat par les thérapeutiques usuelles, ont totalement disparu après quinze jours de traitement par la *lachésine*.

***

Dans bien des cas, les symptômes nerveux prennent une acuité particulière et l'on constate des troubles de la mémoire concernant spécialement les faits les plus récents, des phobies, de l'insomnie, et un véritable déséquilibre mental qui peut aller jusqu'à la psychose.

Néanmoins, les troubles mentaux caractérisés n'atteignent en général que les femmes tout à fait prédisposées.

L'observation suivante montrera un cas-type de déséquilibre mental dont le traitement a pu triompher.

Mme M., âgée de 54 ans, a vu cesser sa fonction menstruelle, il y a environ cinq ans. Mais, depuis plus de quatre ans, elle éprouve des symptômes pénibles. Outre les bouffées de chaleur habituelles, elle se plaint de malaises nerveux qui constituent une véritable psychose. La mémoire est affaiblie ; elle éprouve de l'agitation et de l'insomnie ; de plus elle est sujette à des craintes vagues, à une véritable obsession des attentats et des crimes relatés dans les journaux. Elle n'ose sortir seule ; elle a la sensation d'être perdue lorsqu'elle sort des parages immédiats de son domicile. Elle est prise de peur lorsqu'elle entre dans un wagon de chemin de fer ou du métropolitain ; elle redoute sous des prétextes réels ou imaginaires les échauffourées et les émeutes. Nous faisons prendre à Mme M. deux comprimés de *lachésine* chaque jour, et, au bout de trois semaines, elle revient nous voir rassurée et n'éprouvant plus aucune des craintes et des phobies précédemment indiquées.

Dr MENDEL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Traitement de l'orgelet,

Par A. FAVORY,
Chef de Clinique ophtalmologique.

Rappelons que l'orgelet appelé encore vulgairement «compère loriot» est la localisation la plus habituelle de l'infection staphylococcique aux paupières.

Son aspect clinique est essentiellement lié à sa localisation anatomique. L'orgelet superficiel ou externe développé au niveau des glandes pilo-sébacées de Zeiss annexées aux cils tend à évoluer vers la superficie et à s'ouvrir au voisinage du bord libre des paupières.

L'orgelet profond ou meibomien atteignant les glandes de Meibomius du tarse palpébral se comporte comme un abcès profond de la paupière et ira s'ouvrir vers la conjonctive.

On conçoit que l'acuité des signes réactionnels dépend de cette localisation qui commandera également la ligne de conduite chirurgicale . Au début alors que l'orgelet apparaît comme une simple tuméfaction inflammatoire diffuse s'il est profond ; beaucoup plus localisée s'il est superficiel ; le traitement sera le même.

La douleur et l'inflammation seront justiciables d'affusions chaudes : pansements humides ou compresses chaudes. Parfois si la tuméjaction atteint toute la paupière et s'accompagne de chémosis, des pulvérisations chaudes seront indiquées. Mais l'évolution de l'orgelet est l'ouverture spontanée. Nous conseillons cependant de ne pas l'attendre et d'intervenir précocément.

Dans l'orgelet superficiel le pus est rapidement collecté et au bout de vingt-quatre heures apparaît, au milieu de la tuméfaction inflammatoire, un point blanc.

A ce stade et même avant, ayant alors repéré le point où le pus était collecté par la recherche du point de douleur maxima il faut inciser.

Le galvanocautère à pointe fine sera préférable au bistouri. Le cautère sera porté au rouge sombre et planté rapidement et profondément au point à inciser.

L'intervention est facile, très peu douloureuse, n'exigeant pas d'anesthésie. Dans l'orgelet profond, l'intervention est plus difficile demandant une anesthésie cocaïnique assez complète. Il faudra, pour atteindre le point à inciser, retourner la paupière ce qui est facile pour la paupière inférieure mais malaisé pour la paupière supérieure gonflée et douloureuse.

On incisera alors le tarse soit au bistouri, soit au galvano-cautère qui sera alors chauffé au rouge-cerise et enfoncé profondément jusqu'à ce que le pus s'échappe.

Après ouverture ou cautérisation les symptômes s'amendent et toute trace d'inflammation est disparue au bout de quarante-huit heures environ.

Telles sont les règles à observer dans le traitement de l'orgelet si celui-ci apparaît isolément ; mais il n'est pas rare d'observer des récidives et de voir les orgelets apparaître par séries. C'est alors que l'on instituera un traitement causal.

Actuellement, on emploie soit les stock-vaccins, soit les auto-vaccins anti-staphylococciques. Ces préparations étant injectées suivant la même posologie que dans la furonculose banale. Certains auteurs appliquent le vaccin localement sous forme de bouillons-vaccins.

Enfin, les traitements habituels de la furonculose : étain, bardane, levure de bière, etc., seront souvent employés avec succès.

Dans les cas où il existerait une cause d'irritation locale blépharite ou conjonctivite, il faudrait traiter ultérieurement ces affections.

D'autre part, l'apparition d'orgelets comme de toute manifestation staphylococcique imposera un examen des urines et la recherche de la glycosurie.



REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Thérapeutique.

L'iode dans le traitement de la maladie de Basedow

Les essais successifs que M. Marcel Labbé a faits (*Annale. de médecine*, janvier 1929) des traitements iodés, radiologiques électriques et chirurgicaux, lui permettent une appréciation critique.

L'iode lui a donné les résultats les plus rapides et les plus remarquables dans la majorité des cas de maladie de Basedow et de goître avec hyperthyroïdie. L'amélioration subjective et objective est considérable. Mais elle n'est pas progressive, ni surtout définitive. Il faut continuer indéfiniment le traitement. L'iode ne paraît point guérir la maladie de Basedow.

La radiothérapie a une action plus lente, mais elle est plus solide et si l'on a la patience de continuer les irradiations jusqu'à la guérison complète, marquée par le retour du métabolisme à la normale, on peut obtenir une guérison définitive. M. Labbé a eu l'occasion d'examiner plusieurs sujets traités quelques années auparavant par les rayons X, qui étaient restés guéris et dont le métabolisme était normal.

L'électrothérapie exerce une action plus lente encore. Il faut répéter les applications pendant des mois pour arriver à une amélioration et, dans quelques cas, une guérison.

La chirurgie est considérée par les Américains comme le traitement de choix. Ils ont abandonné la ligature des artères thyroïdiennes et la thyroïdectomie partielle, pour recourir à la thyroïdectomie totale en un ou deux temps. Pour des raisons diverses cette opération reste encore en France assez dangereuse et d'une efficacité incertaine. Il faut espérer cependant que le perfectionnement de la technique médico-chirurgicale permettra d'obtenir des résultats aussi brillants que ceux qui sont rapportés par las chirurgiens américains.

En somme, l'emploie de l'iode dans le traitement de la maladie de Basedow représente une acquisition importante ; à condition qu'on ait appris à bien le manier, il soulage rapidement es malades, il facilite et accélère la guérison de la maladie, par les thérateutiques vraiment curatives.

Le traitement des troubles cardiaques d'origine basedowienne.

Lorsque, dit M. Froyez (*Bulletin Médical*, 2 mars 1929), il faudra traiter les troubles cardiaques présentés par un Basedowien, réservant digitale et ouabaïne pour les cas d'asystolie avérée, nous envisagerons avant tout la cause thyroïdienne et, parmi les médicaments proposés, l'iode sous forme de solution de Lugol nous semble le plus indiqué ; mais il faudra longtemps prolonger cette thérapeutique de crainte de voir réapparaître rapidement les accidents. On associera, au besoin, à l'iode, l'ésérine qui agira sur les phénomènes sympathiques. L'intervention chirurgicale, en l'occurence la thyroïdectomie, seule opération rationnelle, devrait s'adresser à l'adénome toxique plutôt qu'à la maladie de Basedow ; cependant dans ce dernier cas, de nombreux succès ont été enregistrés, après échec des autres thérapeutiques. De toutes façons, on devra faire précéder et suivre l'opération d'un traitement médical, d'une cure de Lugol par exemple, sinon l'on se verrait exposé à de graves accidents de choc thyroïdien Enfin l'opération doit être précoce ; trop tardive, en effet, ainsi que nous avons pu le constater chez un de nos malades, elle améliore grandement l'état général mais reste sans effet sur les troubles cardiaques, notamment sur l'arythmie perpétuelle.



THÉRAPEUTIQUE SPECIALISEE

L'hypertension de la ménopause.

Le prof. E. Sergent et M. R. Mignot viennent de rapporter plusieurs observations probantes d'hypertension dans la ménopause physiologique, concernant des malades suivies pendant une longue période et chez lesquelles il ne peut y avoir aucun doute sur le rôle de la ménopause comme facteur d'hypertension artérielle, sans aucun signe d'insuffisance rénale.

L'explication de cette élévation de la pression artérielle au moment de l'âge critique doit certainement être recherchée dans la notion des synergies et des antagonismes endocriniens et dans le déséquilibre du système endocrino-sympathique.

A l'état normal, on admet que l'action hypotensive de la sécrétion ovarienne équilibre l'action hypertensive des sécrétions des glandes thyroïdes et surrénales et que, par suppression de la sécrétion ovarienne au moment de la ménopause, il se produit un deséquilibre endocrinien, qui retentit sur ls système sympathique, d'où un état d'angiospasme, qui crée en même temps que l'élévation de la tension sanguine, la plupart des autres troubles de l'âge critique.

Cette hypertension de la ménopause débute plus ou moins insidieusement ; à son début ce sont des bouffées de chaleur, des vertiges, de la céphalée, des palpitations, des malaises, qui n'attirent pas particulièrement l'attention et n'inquiètent les malades que s'ils se prolongent. Plus tardivement, ces femmes engraissent ; elles marchent difficilement et on voit parfois apparaître un œdème des jambes dur et difficilement dépressible. Souvent elles accusent des phénomènes d'angiospasme avec alternatives de bouffées de chaleur avec vaso-dilatation et de vaso-constriction avec sensation de froid, lèvres décolorées, sueurs froides, sensation de syncopes. Certaines d'entre elles présentent un refroidissement permanent des extrémités. On peut également constater des spasmes vasculaires limités et transitoires, bien étudiés par Pal, qui peuvent provoquer de l'amaurose subite et fugace, de la surdité temporaire et des bourdonnements d'oreilles, de l'anarthrie passagère, etc.

Le caractère essentiel de tous ces troubles, comme du reste de l'hypertension, qui les conditionne, est d'être instables, de varier d'un jour à l'autre, d'augmenter au moment où la malade doit avoir ses règles ; d'être influencés par le travail musculaire, la digestion, les émotions.

Cette hypertension est, bien entendu, aggravée chez les femmes présentant des tares cardiaques, aortiques ou rénales qui ne s'étaient pas encore manifestées, et dans ces conditions elle se stabilise, d'oscillante qu'elle était primitivement.

La déficience de la sécrétion ovarienne étant considérée

comme la cause efficiente de l'hypertension et des troubles sympathiques, il était normal que l'opothérapie ovarienne fût prescrite et dans un certain nombre de cas, en effet, elle a donné des résultats satisfaisants : dans d'autres, au contraire, ils furent nuls et l'on eut recours aux extraits associés d'ovaire, de thyroïde, de foie et même de testicules, assez souvent sans raison reellement valable. Cette polyopothérapie empirique réussit quelquefois, mais amène parfois également des désastres et les observations de Ralph MAJOR, de B. S. OPPENHEIMER d'o'HAR de KYLIN montrent l'incertitude et la variabilité d'action de ces médications spéculatives qui est, du reste, en rapport avec l'inconstance de l'activité de ces extraits d'organes, qu'a bien mise en évidence KOPACZEWSKI (Soc. Thérap., 12 juin 1928).

Par contre, les antispasmodiques et les préparations de gui, chez ces malades, déterminent rapidement et sûrement non seulement une chute rapide et durable de la tension sanguine et l'amélioration puis la disparition des symptômes morbides, qui sont sous la dépendance directe de cette hyper tension mais aussi une sédation du système nerveux central et de la sphère du sympathique et une amélioration des fonctions de nutrition et en particulier de l'élimination urinaire. Le gui est, comme l'ont mis en evidence les travaux de pharmacodynamistes tels que CHEVALIER, BUSQUET, FUBINI et ANTONINI et les observations cliniques de HUCHARD, PIC, FEDELI, TOBLER, un vaso-dilatateur actif et durable, sans action dépressive sur le cœur, agissant à la fois sur le système nerveux central, sur le sympathique et sur les muscles à fibres lisses des vaisseaux et un diurétique azoturique et dechloru ant.

Dans le traitement des troubles de la ménopause la prescription de 5 à 6 pilules de guipsine par jour constitue une médication active et d'effet durable se faisant sentir dès les premières heures qui suivent l'absorption, pouvant être suivie pendant plusieurs semaines sans accoutumance ni phénomènes d'accumulation parce que ce medicament agit physiologiquement et qu'il annihile les spasmes vaso-moteurs dus à l'hyperexcitabilité du sympathique.

Etude sur le traitement du syndrome de Basedow par le tartrate d'ergotamine. (Jacques PONCELET, Thèse de Lyon, 1928.)

Après la communication de M. Tzanck, montrant les effets sédatifs de l'ergotamine sur la migraine vraie, sympathicotonique, rebelle aux traitements habituels, voici une bonne étude sur les effets de l'inhibiteur du sympathique dans la maladie de Basedow. C'est l'élément sympathicotonique de cette affection avec son cortège de symptômes : tachycardie, tremblement, psychisme, exageration du métabolisme basal qui est imbibé par le tartrate d'ergotamine ou gynergène. Ce médicament devient ainsi le véritable sédatif du Basedow lorsque la sympathicotonie domine la scène et un adjuvant précieux pour les autres thérapeutiques lorsque, à la sympathicotonie, s'ajoute une dysthyroïdie.

La thèse de M. Poncelet, riche en observations cliniques, dont quelques-unes communiquées par MM. Sainton et Guy Laroche, aboutit aux conclusions suivantes :

« Tous les cas de maladie de Basedow ne réagissent pas au tartrate d'ergotamine mais on constate, en général, une action favorable et d'intensité variable sur les différents symptômes.

Dans ces cas favorables, on observe les faits suivants :

a) Sur le goitre-tumeur, le traitement peut être sans influence notable, cependant, le goitre peut diminuer et nous l'avons vu nous-même, dans un cas, disparaître presque en totalité.

b) L'exophtalmie diminue fréquemment.

c) Les modifications du tremblement sont difficiles à mettre en valeur, mais elles sont en général peu considérables.

d) La tachycardie diminue d'une façon progressive. Le pouls est plus stable, les palpitations disparaissent.

e) Le métabolisme basal est notablement abaissé et cette diminution se traduit en général par une augmentation du poids qui peut être considérable.

f) Les troubles subjectifs sont très améliorés, les malades sont moins nerveux, moins irritables, l'insomnie disparaît, et le psychisme est modifié rapidement.

Cette sédation générale obtenue par l'ergotamine est supérieure à celle que détermine tout autre médication.

Le meilleur mode d'administration consiste à faire prendre par la voie gastrique des doses de 1 milligramme répétées 3 à 4 fois dans la journée. En moyenne, ces doses varient de 3 à 6 milligrammes par jour (3 à 6 comprimés de gynergène). On commence par administrer 1/2 cc. de la solution à 1 pour 2.000 en injection sous-cutanée pour apprécier si le malade réagit à l'inhibiteur, puis on passe aux doses moyennes ou fortes si on le juge utile, quitte à diminuer à nouveau la posologie en cas d'intolérance ».

Traitement de l'épilepsie et, en particulier, des cas résistants, par le belladénal. (L. Marchand, *Les Sciences Médicales*, 15 décembre 1928.)

Pour L. Marchand, le traitement de choix de l'épilepsie est le gardénal. Il agit dans 60 % des cas, mais il reste 40 % des épileptiques résistant à cette thérapeutique, comme d'ailleurs à toutes les autres, et l'auteur, en associant au gardénal la bellafoline, sous le nom de belladénal, obtient des résultats sédatifs puissants aussi bien sur la crise que sur les équivalents, vertiges, absences, etc. Ce sédatif s'utilise par comprimés dosés à raison de cinq centigr. de phényl-éthyl-malonylurée et 1/4 de milligr. d'alcaloïdes totaux de la belladone.

L'auteur insiste sur la posologie. Il faut donner des doses fortes, c'est-à-dire 4 à 6 comprimés par jour. Ce traitement mixte, en plus de son action sédative antiépileptique, a l'avantage de diminuer les inconvénients du barbiturisme et de faciliter la tolérance de la belladone.

Une remarque importante de l'auteur est celle-ci : « La bellafoline ne contient pas d'atropine, alcaloïde inexistant dans la belladone et qui se forme par racémisation au cours de l'extraction, mais elle contient l'hyosciamine lévogyre, principe actif principal de la belladone. Or, l'atropine n'a aucune action sur les crises épileptiques, tandis que l'hyosciamine lévogyre a sur elles, un effet sédatif particulièrement puissant ».

Pour le docteur L. Marchand, le belladenal est le médicament de choix de l'épilepsie résistant aux thérapeutiques habituelles.

C'est la conclusion des nombreuses observations d'épilepsie recueillies par l'auteur et dans lesquelles ce médicament amena une sédation rapide et prolongée, alors que toutes les autres thérapeutiques étaient restées inactives.

La question de l'accouchement indolore (Dr Didier, *La Pratique médicale française*, juillet 1928.)

L'indolence de l'accouchement n'a pu être obtenue jusqu'ici sans que s'ensuivent des modifications profondes de sa marche avec proportion anormale de forceps et répercussions plus ou moins graves sur la mère et sur l'enfant.

Aussi, plutôt de poursuivre ce but qui semble actuellement chimérique de l'accouchement complètement et constamment indolore, l'auteur a-t-il borné son ambition à l'atténuation notable de la douleur obstétricale.

Il y parvient, dans presque tous les cas, par l'hemypnal injectable VIII, dont il injecte une ou deux ampoules au cours de l'accouchement. La première injection à dilatation 5 fr. suffit généralement chez les multipares ; chez les primipares une seconde injection est souvent nécessaire.

Procédant ainsi, l'insensibilisation est pratiquement complète dans 25 % de cas, moins marquée dans les autres, mais cependant toujours appréciable et appréciée des parturientes.

A noter que dans les cas d'hypertonie utérine avec rigidité ou œdème du col, l'indication de l'hemypnal est formelle et qu'il donne des résultats bien supérieurs à la morphine.

L'auteur n'a jamais constaté rien d'anormal dans les suites de couches, et les enfants n'ont jamais paru souffrir en quoi que ce soit de l'analgésie de la mère.

BIBLIOGRAPHIE

Les textes français. Collection des Universités de France publiée sous les auspices de l'Association Guillaume Budé (95, boulevard Raspail, Paris.

Etablie par les soins scientifiques de l'Association Guillaume Budé et éditée par l'organisme commercial de la Société d'Edition « Les belles lettres », cette collection sera, dans la Collection des Universités de France le prolongement logique et nécessaire des textes grecs et des textes latins.

1° Les textes seront intégraux. Il ne s'agit donc ni d'un choix de morceaux, ni d'une collection dite de « chefs-d'œuvre » ou de « grands classiques ».

2° Les œuvres seront complètes. La collection publiera toutes les œuvres de la littérature française du XVIe au XIXe siècle inclusivement. Naturellement, elle n'épuisera pas les œuvres d'un auteur avant d'entreprendre celles d'un autre auteur. Certains, comme Montaigne ou Rabelais, seront publiés en une fois, en trois ou quatre volumes paraissant en même temps. Mais d'autres, comme Molière ou Musset, verront leurs nombreux ouvrages paraître successivement et autant que possible dans l'ordre chronologique. Ici nous croyons devoir apporter une assurance au public : les auteurs paraissant par échelonnement ne « traîneront » pas. La collection a pris ses dispositions pour activer son mouvement, ne fût-ce que pour arriver à parcourir son vaste champ. Son rythme sera de 25 volume par an.

3° *Les Textes Français* seront établis selon la méthode critique qui préside aux travaux philologiques de l'Association Guillaume Budé. Le souci de l'exactitude ne sera pas moins rigoureux. Toutefois l'appareil critique des volumes sera moins important, moins lourd qu'il ne l'est forcément pour les texts grecs et latins.

4° La collection *Les Textes Français* est conçue de telle sorte qu'elle donnera satisfaction en même temps au public universitaire en tant qu'instrument de travail et au grand public qui aime à se cultiver en lisant.

5° A la fois collection documentaire et collection de lectures, *Les Textes Français* rechercheront avant tout à montrer les œuvres telles qu'elles se sont présentées, qu'elles sont apparues à leurs contemporains et conformément à la dernière volonté de l'auteur. A cette fin la collection reproduira le texte de la dernière édition, et cela dans l'orthographe du temps.

6° *Les Textes Français* entendent être une collection vivante. Le rythme de leur marche ne sera pas celui d'un chariot mérovingien. Mais en plus, ils s'attacheront à rechercher les œuvres de premier ordre qui ont et auront toujours des lecteurs.

7° Les volumes de la collection *Les Textes Français* seront édités sur le type de ceux des textes grecs et latins de la collection Guillaume Budé. Ils viendront s'aligner sur eux aux rayons des bibliothèques. Le format est un in octavo écu (13 cm. × 20 cm.). La présentation typographique fera l'objet des soins les plus attentifs. Un caractère spécial et exactement approprié a été choisi pour chaque siècle : le Garamond pour le XVIe, le Jenson pour le XVIIe, le Fournier pour le XVIIIe, le Didot pour le XIXe siècle.

L'emblème de la collection a été gravé, d'après une sculpture datant du début du XVIe siècle (Porche de l'église Saint-Eloi d'Orléans), par le maître Ouvré.

8° Quant au papier, l'édition ordinaire sera tirée sur un très beau vélin teinté des Papeteries de La Haye-Descartes et spécialement filigrané au fleuron de la collection.

9° Pour chaque ouvrage, il sera fait un tirage à part et restreint :

a) Sur papier biblio-pelure-India, à 300 exemplaires et numéroté. L'épaisseur des volumes tirés sur ce papier ne sera que du tiers de celle des volumes tirés sur papier ordinaire. Les ouvrages en trois tomes ne formeront qu'un volume. Bien que pesant 28 grammes seulement au mètre carré, le papier bliblio-pelure India de la collection n'en est pas moins parfaitement opaque, c'est-à-dire que l'impression ne se voit pas en transparence.

b) Sur papier de chiffe d'Auvergne filigrané, à 200 exemplaires et numéroté.

10° Les prix varieront suivant l'importance matérielle des volumes. En moyenne, ils seront de 18 fr. 75 pour les exemplaires ordinaires, de 36 francs pour les exemplaires sur biblio-pelure-India et de 87 francs pour les exemplaires sur papier d'Auvergne.

L'édition ordinaire n'est pas mise en souscription. En revanche, on peut souscrire dès maintenant aux tirages limités.

Des reliures d'éditeur et d'amateur sont prévues pour chacun des trois tirages.

Les premiers volumes paraîtront dans quelques semaines.

PREMIÈRES PUBLICATIONS DANS LEUR ORDRE CHRONOLOGIQUE HISTORIQUE :

Rabelais, œuvres complètes (4 vol.). (JEAN PLATTARD). — *Marot*, œuvres complètes (3 vol.). (PIERRE VILLEY). — *Montaigne*, œuvres complètes (3 vol). (JEAN PLATARD).— *Bonaventure des Périers*, Nouvelles récréations et joyeux devis (1 vol.). (PAUL TUFFRAU). — *Marguerite de Navarre*, Heptaméron (1 vol.). (PIERRE JOURDA). — *Noël du Fail*, œuvres complètes (2 vol.). (E. PHILIPOT).— *Malherbe*, Poésies (1 vol.). MAURICE RAT). — *François de Sales*, Introduction à la vie dévote (1 vol.) et Traité de l'amour de Dieu (2 vol.). (CHARLES FLORISOONE). — *Corneille*, Les Comédies (2 vol.). (MARIO ROQUES). — *Pascal*, Pensées (2 vol.). (DÉSIRÉ ROUSTAN). — *Le Chevalier de Méré*, œuvres complètes (2 vol.). (CHARLES BOUDHORS). — *Bossuet*, Traité de la concupiscence et maximes et réflexions sur la comédie (1 vol.). (URBAIN et LEVESQUE). — *Perrault*, Parallèle des anciens et des modernes (2 vol.). (LOUIS MAIGRON). — *Mme de Lafayette*, La princesse de Clèves (1 vol.). (ALBERT CAZES). — *Mme de Sévigné*, Correspondance (environ 15 vol.). (GÉRARD-GAILLY). — *Boileau*, œuvres complètes (3 vol.). (CHARLES BOUDHORS). — *Molière*, œuvres complètes (6 vol.). (CHARLIER, LACOSTE, TRUC). — *La Fontaine*, Fables (2 vol.). (FERDINAND GOHIN). — *Racine*, œuvres complètes (5 vol.). (GONZAGUE TRUC). — *La Bruyère*, œuvres complètes (2 vol.). (MAXIME REVON). — *Lesage*, Gil Blas de Santillane (3 vol.). (AUGUSTE DUPOUY). — *Président de Brosses*, Lettres d'Italie (1 vol.). (PAUL ARBELET). — *Marivaux*, Comédies (6 vol.). (ALBERT CAZES). — *Marivaux*, Vie de Marianne (2 vol.). (ALBERT CAZES). — *Laclos*, Les liaisons dangereuses (2 vol.). (EDOUARD MAYNIAL). — *Montesquieu*, Lettres persanes (1 vol.). (ELIE CARCASSONNE).— *Diderot*, Le Neveu de Rameau (1 vol.) (JEAN THOMAS). — *Vauvenargues*, œuvres complètes (3 vol.). (GEORGES SAINTVILLE). — *Chateaubriand*, Atala et René (1 vol.). (GILBERT CHINARD).— *Chateaubriand*. Mémoires d'outre-tombe (12 vol.). (FERNAND BALDENSPERGER). — *Benjamin Constant*, Adolphe (1 vol.) et Le Journal (2 vol.). (JACQUES BOMPARD). — *Stendhal*. Le rouge et le noir (2 vol.). (PIERRE JOURDA). — *Stendhal*, Mémoires d'un touriste (2 vol.). (JEAN BONNEROT). — *Alfred de Vigny*, Poésies complètes (1 vol). JEAN CHUZEVILLE). — *Mérimée*, Théâtre de Clara Gazul (1 vol). PIERRE MARTINO). — *Alfred de Musset*, Comédies et proverbes (6 vol.). (PIERRE GASTINEL). — *Baudeloire*, Les fleurs du mal (1 vol.). (EDOUARD MAYNIAL). — *Baudelaire*, Curiosités esthétiques (1 vol.). (FRANÇOIS FOSCA).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Comment se soigner après avoir consulté, par L. Schekter. 2e éd., 376 p. : 22 fr. (Doin).

Les pseudo-bulbaires. Etude clinique et anatomo-pathologique, par R. Thurel, in-8. 360 p., 20 fig. : 40 fr. (Doin).

L'appareil vestibulaire dans les tumeurs cérébrales, par I. Alfandary, in-8., 232 p. (Doin).

Comment on devient tuberculeux et comment on peut éviter la tuberculose, par le Dr Borianne. In-8, 72 p. : 8 fr. (Doin).



NOUVELLES

Concours de médecin des hôpitaux. — Classement des candidats :

MM.	Epreuve écrite A	Epreuve écrite B	Epreuve clinique A	Epreuve clinique B	Total
Lelong	19	19	20	16	74
Garcin	17	19	17 1/2	18	71 1/2
Rachet	16	19	18 1/2	17	70 1/2
Boltanski	14	18	18	20	70
Escalier	18	19	19	13	69
Meyer	15	17 1/7	18	18	68 1/2
Hamburger	15	16	18	18	67
Moussoir	16	16	19	16	67
Weismann	14	16	18	18	66
Célice	15	16	17	18	66
de Brun du Bois-Noir	14 1/2	18	18	15	65 1/2
Debray	15	20	12	18	65
Bariéty	17	17	14	17	65
Prieur	14	17	16	18	65
Pichon	16	16	16	16 1/2	64 1/2
Lamy	16 1/2	15	17	16	64 1/2
Gutmann	16	14	16	18	64
Froment	13	17	18 1/2	15 1/2	64
Péron	14	14	18 1/2	17	63 1/2
Decourt	16	18	13 1/2	16	63 1/2
Hillemand	14	19	16	14	63
Périsson	15	12	18 1/2	17 1/2	63
Lemaire	13 1/2	19 1/2	12	18	63
Isaac Georges	12 1/2	16	17	17	62 1/2
Darguier	14	16	16	16	62
Schmite	14 1/2	17	12	18	61 1/2
Plichet	13	18	17	13	61
Thévenard	15	13	18	15	61
Laporte	14 1/2	13	17	15 1/2	60
Bocage	13	15 1/2	15	16	59 1/2
Basch	13 1/2	12	17	17	59 1/2
Clément	14	16	13	16	59
Benda	13	17	13	16	59
Olivier	13 1/2	16	12	17	58 1/2
Mlle Dreyfus-Sée	14	15	13	16	58
Deschamps	16	16 1/2	12	13	57 1/2
Pollet	13	13 1/2	16	14 1/2	57
Lefèvre	13 1/2	15	13	15	56 1/2
Marceron	15	13	15	12	54
Ollivier	12	11	14 1/2	15	52 1/2

— *Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux* s'ouvrira le lundi 22 avril.

Composition du Jury : MM. les Drs Abrami, Weill-Hallé, Crouzon, Lian, Vallery-Radot, Louis Ramond, Faroy, Veil (Prosper-Emile), Richet, Comte et Marion.

Concours pour la nomination à 2 places de chirurgien des hôpitaux. — Ce concours s'ouvrira le lundi 5 avril.

Composition du Jury : MM. les Drs Ombredanne, Moure, Proust, Deniker, Mathieu, Wiart et Herscher.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 9 avril. — Thèses vétérinaires. — M. Sailly. L'anesthésie chez les animaux domestiques. — M. Paquier. Dystocies dues aux mauvaises positions des membres dans la présentation postérieure chez les bovins. — M. Ripart. De l'action du novarsénobenzol chez le cheval.

10 avril. — Thèses vétérinaires. —M. Palet. Quelques essais thérapeutiques avec la solution de Dakin. — M. Hunou. Les tuberculoses animales aux colonies françaises.

Académie de médecine. — La séance du mardi 2 avril n'aura pas lieu ; la première séance après les fêtes de Pâques sera celle du mardi 9 avril.

Ministère des pensions. — Les médecins chargés des expertises sur pièces nécessaires à l'instruction des affaires ressortissant à la direction du contentieux et des services médicaux (bureaux des tribunaux de pensions et du contentieux) sont, à compter du 25 mars 1929, rattachés par ordre au centre spécial de réforme de la Seine.

Ces médecins sont rétribués d'après le tarif établi par le décret du 14 avril 1928, savoir :

Par heure de travail effectif, une vacation de 10 fr. pour les médecins examinateurs et de 11 fr. pour les médecins vérificateurs, chaque médecin devant fournir un rendement horaire maximum à fixer par arrêté du ministre des Pensions.

Vacance d'emploi d'agrégé de la Faculté de médecine de l'université de Paris. — Les emplois d'agrégé de la faculté de médecine de l'université de Paris ci-après désignés sont déclarés vacants :

Médecine, 5 ; chirurgie, 3 ; obstétrique, 2 ; médecine légale, 1 ; hygiène, 1 ; bactériologie, 1 ; urologie, 1.

Un délai de 20 jours à dater de l'insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 25 mars.)

Annulation de concours. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 25 mars 1929 sont annulées les opérations du concours ouvert le 20 février 1929 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Un nouveau concours aura lieu le 16 avril 1929.

Pourront seuls y prendre part les candidats inscrits pour le concours qui est annulé.

Le fisc contre le médecin. — Voici, d'après l'*Ouest-Eclair*, les instructions verbales données par le directeur des contributions d'un département de l'Ouest, aux contrôleurs chargés du contrôle des déclarations d'impôts des médecins d'une ville importante.

« Vous aurez à vous rendre inopinément et fréquemment dans les salles d'attente des médecins. Vos visites devront concorder avec les heures d'affluence de la clientèle. Vous noterez le nombre des malades et les prix des consultations. Vous prendrez tous autres renseignements qui vous paraîtront nécessaires.

« Dès que vous jugerez que votre mission a été remplie, vous saurez vous retirer sans exposer aux médecins un cas de maladie personnelle.

« Je suis certain qu'en agissant avec tact et discrétion, vos investigations seront couronnées de succès et se traduiront par une augmentation sensible de l'impôt. »

Centre de psychiatrie Henri-Rousselle. — Un concours sur titres est ouvert le lundi 29 avril 1929 en vue de la nomination de quatre médecins assistants au Centre de psychiatrie et de prophylaxie mentale Henri-Roussel, 1, rue Cabanis, à Paris.

Les inscriptions seront reçues du lundi 1er avril 1929 au samedi 20 avril 1929 inclusivement de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h. à la Préfecture de la Seine, Direction des affaires départementales, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, dimanches et jours fériés exceptés.

A la suite de ce concours sont déclarés admissibles : MM. Lelong, Garcin, Rachet, Boltanski, Escalier, Meyer. Hamburger, Moussoir, Weismann, Celice, de Brun et Debray.

Et ex-æquo d'admissibilité : MM. Bariéty et Prieur.

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont désignés pour assurer, en 1929, le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges (10 juin-30 septembre). — MM. le médecin lieutenant-colonel Rebierre, médecin chef ; le médecin capitaine Dumont ; le pharmacien commandant Massy.

Hôpital militaire de Bourbonne (26 mai-30 septembre). — MM. le médecin lieutenant-colonel Delacroix (de Besançon), médecin chef ; le médecin commandant Dellys.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon (15 mai-30 septembre). — M. le médecin commandant Delacroix (de Nice), médecin chef.

Hôpital militaire du Mont-Dore (15 mai-30 septembre). — M. le médecin commandant Langlois, médecin-chef.

Hôpital militaire de Vichy (1er mai-26 octobre). — MM. le médecin commandant Fauque, médecin des hôpitaux militaires (de Bordeaux) ; le médecin commandant Cazalas, médecin des hôpitaux militaires (de Montpellier) ; le médecin capitaine Dillenseger (du Val-de-Grâce) ; le médecin capitaine Audouy, médecin des hôpitaux militaires (de Toulouse) ; le médecin capitaine Lassalle, médecin des hôpitaux militaires (Dijon).

Les officiers et sous-officiers ci-dessus désignés rejoindront deux jours avant l'ouverture des établissements et retourneront à leur poste à l'expiration de la dernière saison.

En outre, les médecins lieutenants dont les noms suivent seront détachés dans les hôpitaux thermaux dans les conditions suivantes.

Hôpital militaire de Barèges (12 juillet-9 septembre). — MM. les médecins lieutenants Coulouma et Freyche.

Hôpital militaire de Bourbonne (12 juillet-15 septembre). — MM. les médecins lieutenants Barrat et Chaudey.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon (12 juillet-15 septembre). — M. le médecin lieutenant Fournie.

Hôpital militaire du Mont-Dore (12 juillet-15 septembre). — M. le médecin lieutenant Borgomano.

Hôpital militaire de Vichy (12 juillet-25 septembre). — MM. les médecins lieutenants Bedos et Soulier.

Hôpital militaire de Briançon (12 juillet-15 septembre). — M. le médecin lieutenant de Casaban.

La lutte contre la blennorragie et l'action de la Ligue de préservation sociale. — Crée en 1923 pour le docteur DEMONCHY, cette Association a pour but : 1° d'instruire le public sur les dangers de la blennorragie ; 2° de faciliter aux médecins et aux malades le traitement de cette affection ; 3° de perfectionner les moyens actuels de prophylaxie, de diagnostic et de traitement.

Malgré les difficultés de la lutte contre cette maladie, les résultats obtenus dans les trois dispensaires installés à Paris, 18, rue d'Odessa, 151, rue de la Chapelle, 62, rue de la Chaussée-d'Antin, sont des plus encourageants.

En effet, 115.000 malades ont fréquenté ces centres de traitement depuis la fondation de la Ligue, dont 37.000 au cours de l'année 1928.

Dans ses laboratoires-cliniques 35.000 examens et cultures diverses ont été effectués pendant cette année, soit pour le compte des services de soins des dispensaires, soit pour celui des médecins qui ont eu recours à la Ligue pour leurs propres malades.

Les laboratoires-cliniques sont d'ailleurs à la disposition des médecins, soit qu'ils continuent à soigner leurs clients, soit qu'ils préfèrent laisser à la Ligue les soins du traitement.

Après avoir constaté les importants résultats obtenus, la Ligue de préservation sociale a procédé au renouvellement de son Bureau : le docteur SÉZARY, médecin de l'hôpital Saint Louis et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, en a été élu président.

La responsabilité de l'Assistance publique et des établissements hospitaliers. — Sous la présidence de M. le premier président

Gisbert, la Cour d'appel de Bordeaux vient de rendre un jugement constituant une toute nouvelle jurisprudence. En 1923, une dame que nous ne désignerons que sous l'initiale S..., entrait à la Maternité pour faire ses couches, et confiait aux « hospices » sa petite fille âgée de 4 ans. Cette dernière ayant eu la coqueluche, fut confiée à l'Assistance publique pour changement d'air. L'Assistance la fit placer chez des particuliers à Mérignac, près de Bordeaux. Guérie, la petite fillette fut, quelques jours plus tard, replacée sous la garde des hospices civils. Le mois suivant, la mère, en reprenant son enfant, eut la douleur de constater qu'elle était atteinte de vulvo-vaginite blennorragique. Ramenée aussitôt aux hospices, l'enfant fut l'objet de traitements sérieux.

Mme S... actionna devant les tribunaux l'Assistance publique et l'Administration des hospices civils comme solidairement responsables de cette contamination.

On suspecta les gardiens de l'Assistance, mais ils furent mis hors de cause. Le tribunal, retenant la responsabilité de l'Assistance publique seule, la condamna à payer 10.000 francs de dommages-intérêts à Mme S...

Bien entendu, l'affaire vint devant la Cour d'appel, car l'Assistance publique craignant une fâcheuse suspicion, plaidait l'irresponsabilité. Une expertise fut ordonnée et confiée aux docteurs Petges, Duvergey et Mauriac. Le rapport qu'ils firent repoussait l'hypothèse d'un attentat criminel et concluait à la contamination.

Pour la deuxième fois, la Cour d'appel a été appelée à se prononcer après avoir entendu les conclusions de M. l'avocat général Guéritaud, elle met définitivement hors de cause l'Assistance publique dont la responsabilité est entièrement dégagée et a retenu l'Administration des hospices civils de Bordeaux comme responsable et la condamne à 20.000 *francs* de dommages-intérêts envers la famille de l'enfant. (L'*Ami du Peuple*.)

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en dix leçons, par M. le Dr Jean Meillère, prosecteur, commencera le mercredi 17 avril 1929, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure. Les élèves répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs.

Ce cours fera partie d'un cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale gynécologique, sous la direction de M. le professeur agrégé Raymond Grégoire, cours qui commencera le lundi 15 avril et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche. Se faire inscrire 17, rue du Fer à Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Chirurgie de l'urèthre : voie d'abord, cure des fistules uréthro-vaginales, uréthrectomie, uréthroplasties (procédés de Marion). Réfection du col vésical pour incontinence (procédé de Marion). Cure des fistules vésico-vaginales par voie vaginale. — 2° Chirurgie du périnée et du vagin : colpo-périnéorraphie avec myorraphie des releveurs. Cloisonnement du vagin. Colpectomie totale. Colpotomies. Cure des fistules recto-vaginales. Traitement du cancer de la vulve. — 3° La laparotomie en gynécologie : les incisions, la fermeture de la paroi, le drainage et ses indications. Chirurgie des déviations utérines : hystéropexie isthmique (procédé de Delbet), ligamentopexie (procédé de Doléris), oblitération du douglas (procédé de Marion) ; leurs indications. Cure des fistules vésico-vaginales et vésico-utérines par voie haute (voies transvésicale, transpéritonéale). — 4° Ovariotomie ; castration unilatérale ; myomectomie ; hystérectomie fundique : indications et technique. Chirurgie des tumeurs du ligament large (kystes et fibromes). Résection du nerf présacré. — 5° L'hystérectomie subtotale : les procédés (Kelly, américain, par décollation antérieure) ; leur technique, leurs indications. Indication du drainage. 6° L'hystérectomie totale : les procédés (procédé courant, hémisection utérine) ; leur technique, leurs indications. Le cloisonnement du bassin. Le drainage (vaginal, abdominal, Mikulicz). — 7° L'hystérectomie totale élargie (Wertheim) : indications, procédés (voies abdominale, vagino-abdominale). Opérations combinées à la curiethérapie. Choix du drainage. — 8° Traitement des blessures récentes et des fistules de l'uretère : suture de l'uretère, uretéro-néocystostomie, uretéro-colostomie, néphrectomie. — 9° Chirurgie de l'utérus par voie basse ; polypectomie ; amputation du col et stomatoplasties ; hystérectomie vaginale (indications et technique) ; colpohystérectomie périnéale (Cunéo et Picot). Névrotomie du nerf honteux interne. — 10° Chirurgie du sein : abcès ; tumeurs bénignes et malignes. Traitement des tumeurs végétantes intra-canaliculaires (Lecène). Amputation du sein et curage ganglionnaire de l'aisselle. Amputation élargie avec curage susclaviculaire (Gatellier et Oberlin).

Nécrologie. — Dr Alexandre Preux, colonel médecin des troupes coloniales en retraite, décédé à son domicile, 26, rue de Varenne.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les albumines totales et l'urée dans le sérum sanguin

Par MM. P. CHAILLEY-BERT et Edouard PEYRE.

Le dosage des albumines totales du sérum par les méthodes ordinaires est une opération longue et compliquée. Un certain nombre d'auteurs, à la suite des travaux de Reiss et de Neuhausen, ont utilisé le procédé infiniment plus simple de la réfractométrie, se servant du réfractomètre à température constante de Zeiss. Ce procédé fut employé probablement pour la première fois en France par Tuffier et Mauté, puis par Chiray qui, l'un et l'autre, ont vérifié sa très grande exactitude ; Widal l'employa largement pour étudier la dilution du sérum : à l'étranger, Reiss, Strauss, Neuhausen, Chayes, puis, tout récemment encore, Popper et Kreindler l'ont utilisé aussi pour le dosage des substances albuminoïdes du sérum.

La précision de cet appareil, la facilité très grande de son emploi, puisqu'il suffit de quelques gouttes de sérum ; a permis à l'un de nous (1) d'entreprendre en série le dosage des albumines du sérum chez un grand nombre de malades, y faisant en même temps le dosage de l'urée. Nous avons été frappés de la discordance qui existait souvent entre la quantité d'albumines totales et la quantité d'urée du sang ; et nous avons pensé qu'il y aurait peut-être là un test d'une fonction hépatique intéressant à étudier. Ce n'est pas la première fois que l'on cherche un test hépatique en comparant l'azote total et l'azote de l'urée, soit dans le sang, soit dans les urines. Brodin, et bien d'autres avec lui, avaient déjà appelé l'attention sur les renseignements intéressants que donnait le dosage de l'azote résiduel. D'autres auteurs s'étaient adressés à des coefficients azoturiques, comparant dans l'urine l'azote total et l'azote de l'urée.

Il semble que, bien souvent, il se soit fait une confusion entre les termes d'azotémie et d'urémie ; et d'autre part, malgré des recherches nombreuses bien des phénomènes que les cliniciens ont depuis longtemps remarqués demeurent obscurs, ainsi savait-t-on que le sang des urémiques pouvait parfois contenir une faible proportion d'urée. Ce phénomène, difficilement explicable, nous avait valu bien des théories sur la pathogénie de l'urémie. Bouchard avait émis la théorie des poisons multiples, l'urémie serait un empoisonnement complexe auquel contribuent, dans des proportions inégales, tous les poisons introduits normalement ou fabriqués physiologiquement dans l'organisme. Achard et Castaigne faisaient appel non seulement à un facteur rénal, mais aussi à un facteur circulatoire et un facteur interstitiel. Puech, de Montpellier: pense que l'intoxication dans l'urémie dépend moins de l'existence dans le sang de substances réellement nocives, agissant à la manière de poisons, qu'à celle de troubles dépendant d'une modification chimique ou physico chimique du milieu organique, et il s'appuie sur l'opinion de G.-H. Roger qui montre que la coagulation des albumines du sérum fait disparaître la toxicité du sang urémique. Il cite, lui aussi, l'existence d'un certain nombre d'urémies sans azotémie.

Certains auteurs pensèrent bien à une origine aussi bien hépatique que rénale des phénomènes urémiques cherchant des tests d'exploration fonctionnelle du foie basés sur les rapports entre l'urée sanguine, d'une part, et les substances du sang n'ayant pas été transformées en urée, de l'autre.

Mais ces tests ont été trouvés trop délicats à interpréter et sont presque abandonnés. Quelques-uns des plus intéressants dans ce sens sont les travaux de Chauffard et Paul Brodin, de Courmont, de Morel et Georges Mouriquand, de Javal, etc... Les critiques faites aux travaux de ces auteurs portent surtout sur le fait que la perméabilité rénale plus ou moins intacte peut fausser les résultats, ce qui est exact, parce que la plupart de ces auteurs ont voulu arriver à l'établissement d'un coefficient.

L'étude, non plus d'un coefficient, mais de la teneur du sang en albumine totale d'une part, et en urée de l'autre, nous ont conduit à des données intéressantes sur la pathogénie de l'urémie et à un test de la fonction uréopoiétique du foie.

Les albumines du sang circulant comprennent, d'une part, la sérine, la globuline, et le fibrinogène, et d'autre part, un certain nombre d'albumines plus ou moins désintégrées qui sont des produits de déchet provenant soit de l'alimentation, soit du métabolisme de nos tissus, et qui sont destinées à être rejetées de l'organisme. Mais le rein, à l'état normal, est incapable de les laisser passer, et il est indispensable que ces albumines, quelle que soit la forme sous laquelle elles se trouvent dans le sang, soient au préalable transformées en urée pour pouvoir franchir la barrière rénale et être rejetées en dehors.

On comprend mal comment certains auteurs ont voulu s'attacher à un rapport existant entre l'azote total de l'urine, et l'azote de l'urée urinaire, pour en faire un test d'exploration hépatique,

Il est évident que si le foie ne transforme pas les albumines, elles sont, de ce fait, incapables de franchir le rein, il est vain de doser ce qui passe d'azote alors qu'une quantité vraisemblablement plus considérable, et en tout cas absolument inconnue, est retenue et nous échappe complètement.

A l'état normal, la presque totalité de l'azote s'élimine sous forme d'urée, et l'urée est presque exclusivement formée par le foie. Si donc la fonction uréopoiétique du foie est lésée, la transformation de ces corps en urée sera ralentie, voire même arrêtée, alors peuvent éclater des accidents graves comme ceux que l'on voit dans le coma hépatique ou dans la phase terminale de l'ictère grave ; on ne trouvera naturellement que peu d'urée dans le sang, mais on trouvera toujours une augmentation considérable de la quantité totale d'albumines du sang qui, de 85 grammes, chiffre normal selon Reiss, s'élèvera à 120, 130 grammes, et même plus.

Ceci confirme la manière de voir de G.-H. Roger, si nous coagulons ces albumines, nous détruisons les albumines toxiques, et le sang, toxique auparavant, devient inoffensif.

Brodin avait montré que chez les hépatiques le chiffre d'azote residuel s'élève et que son élévation semble proportionnelle au degré de l'altération hépatique. Thiroloix avait déjà appelé l'attention sur le fait que, dans les ictères, la quantité d'urée trouvée dans le sang était un indice précieux pour le pronostic de la maladie.

Les dosages effectués sur un grand nombre de malades nous ont montré que, contrairement à ce que croyaient bien des auteurs, il n'y a aucun rapport fixe entre la quantité totale d'albumine du sérum et la quantiié d'urée du sang. Il y a des rénaux au foie intact chez qui, comme l'avait bien montré Widal, la presque totalité de l'azote total se trouve retenu sous forme d'urée, ce qui est compréhensible : le foie n'est pas lésé, la fonction uréopoiétique du foie s'accomplit, les albumines sont transformées en urée, mais le rein est incapable de laisser passer l'urée ; il y a urémie ; alors se pose le problème de la toxicité de l'urée. Les travaux classiques de Quinquaud et Grehant, de Feltz et Ritter ont montré que l'injection d'urée n'était pas toxique. Mais ceci est vrai lorsque le rein est sain. Non seulement l'urée, dans ce cas, n'est pas toxique, mais elle est un diurétique puissant, ce qui semblerait montrer pour l'organisme la hâte de s'en

(1) E. PEYRE. — Quantités comparées d'albumines totales et d'urée dans le sérum sanguin. *C. R. Soc. de biol.*, 14 janv. 1928, tome XCVIII page 96.

débarrasser. Reste à savoir ce que donne l'urée sur un organisme qui est incapable de l'éliminer.

Il y a, d'autre part, des malades qui cliniquement montrent des signes d'urémie ; céphalée, arthralgie, prurit, phénomène du doigt mort, plaques d'anesthésie, parfois même dyspnée augmentée en général par le décubitus, hypertension portant parfois sur la minima, etc..., et chez lesquels le dosage de l'urée sanguine donnait des chiffres absolument normaux ; mais chez ces malades on voyait toujours une augmentation considérable du chiffre de l'albumine sanguine, 95 à 120 grammes. Ces malades ne sont pas des urémiques, le chiffre d'urée sanguine étant normal : ce sont des albuminémiques chez qui le foie lésé n'effectue plus la transformation des albumines à éliminer, lesquelles s'accumulent dans le sang, donnant des phénomènes cliniques très voisins de ceux de la rétention uréique. Nous devons cependant signaler que nous avons vu des sujets dont le sang contenait 110 et 115 grammes d'albumine et qui n'accusaient aucun trouble. Nous en connaissons aussi qui supportent allègrement 1 gr. 84 et même 2 gr. 70 d'urée sanguine depuis des mois et même des années.

Il est évident que l'on voit une troisième catégorie de malades chez lesquels l'urée sanguine et l'albumine totale du sang sont augmentées. Ceux-là sont à la fois des albuminémiques et des azotémiques.

Chose curieuse, lorsque chez ces malades on institue un régime hypoazoté, la diminution de l'urée sanguine, s'obtient assez facilement, alors que le taux des albumines totales du sang demeure beaucoup plus stable surtout chez des sujets âgés. La médication la plus efficace paraît être les extraits hépatiques totaux. Il semble difficile d'expliquer ce phénomène ; on peut penser qu'il est dû à l'état chimique des albumines destinées à être transformées en urée par le foie. Ces albumines ont une double origine :

1° *Des albumines d'origine alimentaire* dans lesquels l'organisme a puisé différents matériaux pour reconstituer ses propres albumines. Mais il reste un déchet non utilisé abondant qui sera rejeté après avoir été, pour la plus grande partie, transformé en urée.

Ces albumines se trouvent dans le sang vraisemblablement en grande partie sous une forme assez simple, acides aminés probablement, en tous cas sous forme de petites molécules ; c'est la forme sous laquelle elles franchissent la barrière intestinale.

2° *Des albumines de déchet* du métabolisme cellulaire qui, elles, sont vraisemblablement à l'état de molécules beaucoup plus grosses et plus complexes.

On concevrait ainsi qu'un foie lésé, dont la fonction uréopoiétique est diminuée, transforme plus facilement les albumines d'origine alimentaire, beaucoup plus simples, et transforme avec peine les albumines complexes, déchets du métabolisme cellulaire.

L'urée chez ces insuffisants hépatiques serait donc produite surtout aux dépens des albumines d'origine alimentaire, tandis que les autres, difficilement tranformées, resteraient dans le sang et seraient la cause principale de l'hyperalbuminémie. Un régime hypoazoté diminuant les albumines de la première espèce, diminuerait *ipso facto* la production de l'urée, mais sans action sur la production des albumines de la seconde catégorie, il n'influerait pas sur l'hyperalbuminémie ; pour abaisser la quantité d'albumines totales du sang il faudrait agir directement sur la fonction uréopoiétique du foie. Fiessinger a montré combien les différentes fonctions du foie étaient indépendantes les unes des autres ; on ne saurait donc conclure de l'action d'un médicament sur une fonction hépatique à son action sur une autre et en fait nous ne connaissons aucun médicament (sauf peut-être l'extrait total hépatique) qui puisse agir sur la fonction uréopoiétique du foie.

On peut faire à ces dosages un reproche très grand, qui est qu'on ne sait pas exactement ce que l'on dose ; mais si nous sommes obligés de reconnaître le bien-fondé de cette objection et sa grande valeur, il n'en reste pas moins que nous avons, par la méthode réfractométrique, méthode dont des travaux innombrables ont prouvé l'exactitude, un moyen intéressant d'étude de ces phénomènes complexes de rétention azotée.

On pourrait objecter encore que des variations alimentaires sont capables d'affecter grandement la teneur du sang en matières protéiques. De fait, on peut observer chez un individu normal de très légères variations d'un jour à l'autre, souvent même aux différents moments de la journée. Mais il semble bien que l'alimentation influe peu sur la teneur du sang en matières protéiques, et d'autre part Courmont a montré que l'azote total du sang, surtout le rapport de l'urée à l'azote total, n'était pas influencé par l'alimentation. D'ailleurs, ce serait, croyons-nous, une erreur que d'attacher une grande importance à des variations très légères des albumines totales du sang ; il en est de celles-ci comme de l'urée : les variations minimes n'ont aucune importance.

Cependant une alimentation riche en sel et en eau dilue incontestablement le sérum et, au cours des œdèmes, on considère que le chiffre des albumines donne la mesure de la concentration ou de la dilution du sang. C'est ainsi que chez les brightiques, œdématiques chlorurémiques, l'infiltration du tissu cellulaire s'accompagne d'une dilution sanguine plus ou moins marquée (hydrémie) ; le taux des albumines pouvant atteindre 70, 60 et 50 grammes par litre, ce que Gilbert et Baudoin expriment en disant qu'à l'œdème du tissu correspond l'œdème du sang. Achard, Loeper, Reiss, Chiray, Widal, Strauss, Bénard, Vaucher, etc., ont insisté sur ces syndromes hydrémiques. Chez les brightiques azotémiques, au contraire, la rétention azotée ne provoque pas d'œdème, et la dose des albumines n'est pas diminuée. Nous avons même vu combien fréquemment elle était augmentée.

Nous pensons donc qu'en dehors des cas bien définis où une insuffisance de la fonction uréopoiétique du foie pourrait être masquée par des phénomènes d'hydrémie, le dosage des albumines du sang par la méthode réfractométrique constitue un procédé intéressant par sa simplicité et sa précision pour l'étude d'une des fonctions hépatiques.

Dosages des albumines. — Pour doser les albumines, nous avons employé la méthode réfractométrique calculant, selon les formules de Reiss d'une part, et de Neuhausen d'autre part, les quantités d'albumines contenues dans le sérum d'après l'indice de réfraction ; les cristalloïdes et l'eau ne font pratiquement pas varier cet indice, et quelle qu'en soit la quantité, un chiffre constant leur est attribué. C'est aux colloïdes seuls que seront imputées les variations réfractométriques.

Chiray dans ses travaux expérimentaux sur les effets produits dans l'organisme par l'introduction de quelques albumines hétérogènes, a pu contrôler par pesées l'exactitude des chiffres donnés par le réfractomètre. Si la plupart des auteurs s'entendent sur le principe physique de ces procédés, le désaccord apparaît lorsqu'il s'agit de chiffrer en poids l'albumine d'après l'indice réfractométrique.

Pour Reiss, en effet, le calcul de la quantité des albumines est fait en fonction de la température et déterminé par la formule suivante :

$$\text{Grammes de protéine pour cent} = \frac{I - (i + F)}{0.00172}$$

Dans laquelle I est l'indice observé, i est l'indice de l'eau à la température T, F est l'incrément des constituants non protéiques du sérum (NaCl, urée etc.) que Reiss évalue en moyenne à 0,00277.

Enfin, 0,00172 représente l'augmentation de l'indice réfractométrique pour chaque gramme d'albumine par 100 grammes de sérum.

Ce procédé implique l'emploi d'un appareil à prisme chauffable et à température déterminée. Nous avons utilisé pour la facilité des lectures et des calculs, l'appareil de

ZEISS avec le réfractomètre d'ABBÉ qui nous a permis d'employer une température uniforme et constante.

Selon B.-S. NEUHAUSEN et D.-M. RIOCH, le dénominateur serait égal non plus à 0,00172, mais à 0,00194 (0,00183 pour les albumines et 0,00277 pour les globulines, en admettant avec ces auteurs que le rapport normal des albumines aux globulines est de 30 %).

D'autre part, F représentant les constituants non protéiques, varierait entre 0,0026 et 0,0020, en moyenne 0,0022. Le poids des protéines en grammes pour 100 grammes de sérum serait donc égal à :

$$\frac{I - (1,3332 + 0,0022)}{0,0194}$$

à 18 degrés.

Il est important de travailler à une température connue et d'éviter soigneusement qu'elle varie pendant l'épreuve.

C. SANNIÉ, pour faciliter les calculs, donne les valeurs de i (eau) + 0,022 à différentes températures de 0°5 en 0°5 entre 14° et 25° soit :

pour	14°....	1,115597	14°5....	1,33556
»	15°....	1,335537	15°5....	1,33505
»	16°....	1,335478	16°5....	1,33544
»	17°....	1,335418	17°5....	1,33530
»	18°....	1,335359	18°5....	1,33533
»	19°....	1,33530	19°5....	1,33527
»	20°....	1,33524	20°5....	1,335 0
»	21°....	1,33516	21°5....	1.33512
»	22°....	1,33508	22°5....	1,33504
»	23°....	1,33501	23°5....	1,33496
»	24°....	1,33492	24°5....	1,33488

On obtiendra le poids d'albumines en grammes pour 100 cm³ de sérum en retranchant le chiffre donné par ce tableau et qui correspond à la température pendant l'épreuve, du chiffre de l'indice de réfraction et en divisant la différence par 0,00194.

L'importance de la température peut se juger par l'exemple que donne Sannié où le même sérum présente à 21° un indice de 0,3528 correspondant à 9 gr. 10 d'albumines % et à 16° un indice de 1,3531 correspondant à 9 gr. 13, mais cette variation de la deuxième décimale est peu de chose à côté des variations que l'on observe entre les différents sérums ainsi que nous pourrons en juger dans les exemples qui vont suivre.

Les malades que nous avons examinés peuvent être divisé en 4 groupes :

A) Ceux dont les quantités d'urée et d'albumine sont normales. Comme normal, nous comptons en urée ce qui ne dépasse pas 0 gr. 50 et en albumine, l'indice au dessous de 1,3512 correspondant à 89 gr. 90 (Reiss) et 82 gr. 36 (Neuhansen).

B) Ceux dont les quantités d'albumine sont normales mais les quantités d'urée trop élevées.

C) Ceux dont les quantités d'albumine sont trop élevées et les quantités d'urée normales.

D) Ceux enfin, dont les quantités d'albumine et d'urée dépassent toutes les deux les chiffres normaux.

Dans plus de 110 cas, plusieurs de ces doubles dosages, albumine et urée, ont été pratiqués.

LE GROUPE A comprend 30 sujets atteints d'affections les plus diverses ; 20 de plus de 65 ans présentent des signes de léger angor, avec hypertension dans 4 cas seulement ; 5 d'entre eux sont atteints de syphilis acquise ou héréditaire. Trois des autres sont des broncho-pneumoniques ; 2 des hépatiques chroniques avec ictère et ascite ; 5 enfin sont des cancéreux de localisations diverses : œsophage, estomac, verge, rectum, larynx.

LE GROUPE B *comprend les sérums dont les quantités d'albumine sont normales et la quantité d'urée trop élevée.*

Dans 7 cas, ce sont des azotémiques classiques avec les signes cliniques habituels, les chiffres d'urée varient de 0 gr. 90 à 3 gr. 15 alors que le taux des albumines totales du sérum s'échelonne entre 77 gr. 78 et 89 gr. 90 (Reiss) et 71 gr. 95 et 82 gr. 36 (Neuhausen).

LE GROUPE C *comprend les sérums dont les quantités d'albumine sont au-dessus des moyennes normales.*

(De 90 à 130 grammes (Reiss) et 82 à 121 grammes (Neuhausen), la quantitée d'urée restant normale, c'est-à-dire ne dépassant pas 0 gr. 50.

Ce groupe de 56 malades comprend des individus dont les signes cliniques laissaient présumer une azotémie exagérée, la plupart hypertendus, avec signes cardiaques, certains même avec des crises d'étouffement imposant la saignée urgente.

De cette longue liste de pseudo-azotémiques cliniques sans azotémie réelle, nous choisissons les deux exemples suivants chez lesquels plusieurs dosages ont été faits :

Mme G..., 70 ans, déficiente cardiaque, asystolie, foie débordant de trois travers de doigt les fausses côtes, crises de suffocation rendant les saignées obligatoires, à l'occasion desquelles les dosages suivants ont été pratiqués.

Albumines		Urée
Reiss	Neuhausen	
99 g 4 0/00	86 g .3 0/00	0 gr. 28
117	107	0 — 24
128	117	0 — 39
111,56	101,85	0 — 28
	1	0 — 20

L'urée en quantité normale s'oppose franchement à cette albuminurie trop élevée.

M. C., 65 ans, hypertendu (21-11) essoufflement avec étourdissements, pertes de connaissance, rendant des saignées régulières obligatoires, le régime n'est pas suivi jusqu'à la quatrième saignée où l'augmentation progressive de l'urée et des albumines effraye le malade qui s'astreint enfin à l'alimentation prescrite : les chiffres du dernier examen en font foi, en même temps que disparaissent les signes sus-indiqués.

Albumines		Urée
Reiss	Neuhausen	
	95,60	0 gr. 47
	94,60	0 — 70
102,84	94,10	1 — 70
111,56	102	1 — 12
99,90	84,30	0 — 55

Dans les premiers dosages, seuls les chiffres d'albumines indiquaient traitements et régimes. Ils n'étaient pas suivis, et plus tard l'hyperazotémie vient confirmer les présomptions formulés dès l'abord.

D. Ce groupe enfin comprend les femmes dont les quantités d'albumines totales et d'urée sont au-dessous des moyennes normales.

Ici, le mauvais fonctionnement rénal rend plus difficile le travail de désamination, la loi de masse intervenant par la trop grande quantité d'azote et d'urée contenues dans le sang.

Les 15 malades de ce dernier groupe sont tous des hypertendus avec syndrome azotémique banal, souvent hérédo-syphilitiques ou gros mangeurs et buveurs, le titre de l'urée sanguine varie de 0 gr. 50 à 1 gr. 62, le titre de l'albumine de 88 gr. 31 (Reiss), 81 gr. 23 (Neuhausen) à 130 gr. (Reiss) et 121 gr. (Neuhausen).

De l'examen de ces malades et de ces différentes analyses, nous croyons pouvoir conclure que s'il y a des accidents urémiques qui se produisent chez des malades dont le taux de l'urée sanguine est normal, il est bien rare que, chez ces malades, le taux des albumines sanguines ne soit pas augmenté dans des proportions relativement considérables. Ces urémiques ne sont pas des urémiques vrais puisque l'urée sanguine n'est pas augmentée ; ce sont des hyperalbuminémiques.

Cette discrimination a une certaine importance puisqu'elle influe sur le pronostic. Nous avons vu, en effet, que s'il était, en général, relativement facile de faire baisser le taux de l'urée, l'albuminémie était moins influençable par un régime alimentaire.

Nous pensons que, sans rechercher l'établissement d'un rapport, méthode bien souvent critiquable en biologie, nous avons, dans le dosage des albumines totales du sérum et de l'urée sanguine, un test assez intéressant de la fonction hépatique ; bien qu'il ne porte que sur une des fonctions du foie, et que l'on ne puisse conclure de sa déficience à la déficience totale de l'organe, il est cependant rare qu'une seule fonction soit touchée, et nous pensons que le clinicien aura intérêt à recourir à cette épreuve en raison de sa très grande simplicité.

FAITS CLINIQUES

Un cas de méningite purulente chez un typhique, avec abondance de bacilles d'Eberth dans un liquide céphalo-rachidien clair, et sans réaction cytologique,

Par A. CLERC et R. STIEFFEL.

Bien que les manifestations méningées de l'infection éberthienne restent rares, dans leur ensemble (1), plus exceptionnels encore sont les cas où, malgré des signes cliniques évidents et la présence de nombreux bacilles caractéristiques dans le liquide céphalo-rachidien, ce dernier, recueilli, par ponction lambaire, a conservé sa limpidité, sans que le culot de centrifugation ait montré de dépôt leucocytaire appréciable : aussi est-ce pour cette raison que l'observation suivante nous a paru digne d'être publiée :

I. — Observation.

α) *Symptômes*. — α) Madame M. .... 49 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Rabelais, le 17 mars 1926 ; à son arrivée, la malade est dans le coma complet et l'interrogatoire de son entourage apprend que cet état dure depuis 48 heures environ ; quant au début de la maladie, il remonterait environ à 3 jours, et aurait été marqué par une diarrhée abondante. Toutefois, le 13 mars, la patiente pouvait faire sans encombre le voyage de Cette à Paris. Dans la soirée du 14 mars apparut, comme premier symptôme, une céphalée intense et quelques heures plus tard la perte de conscience était complète. En somme, début brusque d'accidents nerveux graves, chez une femme jusque-là bien portante, dans les antécédents de laquelle on ne relèverait que quelques troubles mentaux mal précisés, et survenus il y a deux ans environ.

β) A l'examen, il s'agit d'une patiente d'apparence robuste, qui présente tous les symptômes d'une méningite aiguë ; la température est à 41°, le pouls bat à 110. La raideur caractéristique est au maximum, atteignant la nuque, le rachis et les membres, au point que l'opisthotonos est presque réalisé.

Le facies est vultueux, les lèvres légèrement cyanosées. La respiration est stertoreuse, mais il n'existe pas d'herpès labial. Autant qu'on peut s'en rendre compte, étant donné l'état spécial ci-dessus décrit, il n'existe pas de paralysie des membres. Les réflexes tendineux sont très exagérés des deux côtés, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Le réflexe plantaire se fait en flexion : par contre, les réactions pupillaires restent normales.

En dehors de ces signes méningés, l'examen somatique ne révèle, aucun symptôme important, si ce n'est toutefois une albuminurie notable. La tension artérielle est basse (11-8), mais les bruits du cœur sont normaux. Rien à signaler à l'auscultation des poumons ; l'abdomen est souple, ni météorisé, ni rétracté, et la rate ne paraît pas augmentée de volume.

La *ponction lombaire* pratiquée dès l'entrée permet de recueillir un liquide clair, mais paraissant fortement hypertendu. Ce liquide très légèrement xanthochromique, contient 2 gr. d'albumine p. 1000 avec absence de sucre. On compte, 1,5 élément à la cellule de Nageotte, et, dans le culot de centrifugation, se trouvent de très rares leucocytes (lymphocytes et polynucléaires). En revanche, l'examen entre lame et lamelle d'une goutte de liquide frais révèle la présence de nombreux bacilles, extrêmement mobiles, comme si l'on était en présence d'une culture pure en milieu favorable. A l'examen sur lames colorées, le microbe se montre Gram négatif. En outre, le bouillon et la gélose, ensemencés avec le même liquide originel, donnent, en 24 heures, des cultures pures d'un bacille extrêmement mobile, présentant tous les caractères et toutes les réactions du bacille d'Eberth, selon les conclusions du Dr Legroux qui a bien voulu, au laboratoire de l'Institut Pasteur, contrôler nos résultats.

Traitées d'ailleurs par les divers sérums spécifiques, les émulsions du microbe en question ont donné, au bout de cinq heures, les résultats suivant, au point de vue agglutination (méthode macroscopique).

Titre de l'émulsion	Eberth	Para-A	Para-B
1/50	+++	+	0
1/100	+++	±	0
1/300	+++	0	0
1/500	+++	0	0
1/1.000	+++	0	0

Les témoins d'émulsion ont conservé un trouble homogène.

D'un autre côté, l'hémoculture donne au bout de 36 heures un bacille mobile Gram-négatif, dont les propriétés sont les mêmes que dans le liquide céphalo rachidien. Par contre, la séro-réaction pratiquée avec le sang de la malade se montre complètement négative tant pour le bacille d'Eberth que pour les divers Para.

γ) Le lendemain, la température s'élève encore, atteignant 42° dans les dernières heures ; en même temps apparaissent divers symptômes bulbaires, tels que l'accélération et l'irrégularité de la respiration, la tachycardie excessive, et, la mort survient, 36 heures après l'entrée à l'hôpital, et 4 jours à peine après le début apparent des accidents méningés.

a) *Autopsie* (19 *mars* 1926) .*a*) *Cavité cranienne* — A l'ouverture du crâne, les espaces sous-arachnoïdiens sont distendus par un liquide clair, sous forte pression : mais la surface externe de l'encéphale semble bourrée par une lame de pus très épais, jaunâtre et crémeux, qui s'étale sur les circonvolutions, mais prédomine à la base (près de la scissure de Sylvius et au niveau du cervelet et du bulbe). A la coupe du cerveau, les ventricules sont distendus par un liquide très louche, presque franchement purulent. Il n'existe pas de lésion macroscopique nette de la substance cérébrale qui est cependant diminuée de consistance, et présente un piqueté hémorragique diffus.

b) *Thorax et abdomen* —L'intestin est congestionné. Il présente à la partie terminale de l'iléon de larges plaques de Peyer ulcérées, ayant tous les caractères des lésions typhiques.

La rate non augmentée de volume (195 gr.) est molle et diffluente. *Le foie* est pâle, présentant sur la face externe des foyers microscopiques d'apoplexie. *Les reins* sont congestionnés et un peu mous (poids : rein droit 160 gr. rein gauche 140 gr.) Les *poumons* présentent une légère congestion des bases.. Le *cœur* est petit (290 gr.), très mou, d'aspect chiffon; avec un ventricule gauche légèrement hypertrophié. Il n'existe pas de thrombose intra-cardiaque. L'aorte est saine, les valvules souples et les orifices auriculo-ventriculaires normaux.

c) *Histologiquement*.—α) La coupe du cerveau présente l'aspect d'une méningite purulente. Avec pie-mère épaissie et infiltrée de leucocytes (poly- et mononucléaires) très altérés avec noyau en pycnose. Les vaisseaux sont nombreux et dilatés, leur gaine est, elle aussi, infiltrée. Quant à la substance blanche, elle est le siège de petits foyers hémorragiques punctiformes et d'une congestion importante. Ajoutons que le liquide épanché contient, lui aussi, de nombreux polynucléaires très altérés, avec purée de bacilles.

β) *La rate* est le siège d'une infiltration leucocytaire diffuse, les vaisseaux sont dilatés et thrombosés par place.

γ) Au niveau du *foie*, s'observe une diapédèse intense, l'afflux leucocytaire étant surtout marqué autour des veines sus-hépatiques et des espaces portes. Malgré l'albuminurie notable δ) Les *reins* sont relativement indemnes.

Enfin les *plaques de Peyer* présentent une perte de substance centrale reposant sur une sous-muqueuse, infiltrée de cellules lymphoïdes.

II. — Réflexions.

1) L'observation précédente doit-elle être considérée comme appartenant strictement à la classe du *méningo-typhus* (ou méningite marquant le début de la dothiénentérie).

(1) V. *La Revue générale* de Claret et Lyon-Caen (*Gazette des hôp.*, 30 avril 1920, n° 50, p. 7), celle de R.-J. Weissenbach (*Ibid.*, 1913, n° 104, p. 163) : (v. aussi Cerres. *Anales Paulistas de medicina et cirugia*, S. Paolo, juin 1918.

BIBLIOGRAPHIE

Séméiologie chirurgicale, par le Dr Paul GUIBAL (de Béziers). Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-VIe.

La collection de guides de diagnostic clinique à l'usage du praticien, écrite sous la direction du Dr Félix Coste et éditée par la librairie Maloine sous le titre suggestif « du Symptôme à la maladie » a connu auprès du public médical le succès le plus vif qu atteste l'épuisement rapide de plusieurs éditions et des traductions en plusieurs langues.

Cette collection se complète et se termine aujourd'hui par la *Séméiologie chirurgicale*.

L'auteur, dont de nombreuses publications attestent la grande activité chirurgicale, a voulu faire bénéficier les étudiants et les médecins praticiens de son expérience clinique étendue. Tenu par sa situation en rapport quotidiens avec ces derniers, il a été à même de connaître leurs besoins, leurs désirs, parfois les lacunes de leur instruction chirurgicale.

C'est pour eux qu'il a composé un guide chirurgical simple, allégé de tout fatras livresque et même de toute imagerie aussi encombrante que généralement peu instructive.

Il a conçu son ouvrage avec un sens essentiellement pratique : il l'a fait portatif par son format, lumineux par son exposition, concis dans son style et cependant complet.

L'auteur donne aux symptômes et aux maladies la place exacte que leur importance leur assigne.

Témoin de désastres qu'entraîne parfois un manque de décision diagnostique, l'auteur insiste souvent sur la nécessité de faire de suite, dès la première visite, le diagnostic exact. Il montre par des exemples, par de courtes statistiques, l'importance d'un diagnostic d'urgence, lequel peut entraîner comme corollaire une opération immédiate.

Nous ne doutons pas que la Séméiologie chirurgicale du Dr P. Guibal obtienne auprès des médecins praticiens la faveur qu'elle mérite.

Le traitement des maladies nerveuses en clientèle, par L. NEUBERGER. In-8° 300 pages, 30 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 6e.

Ce livre, très substantiel dans ses trois cents pages, renferme à l'usage du praticien, toute la thérapeutique se rapportant à la neurologie.

Par une extension, dont on ne saurait que louer l'auteur, il englobe même le traitement de quelques-unes des maladies mentales, telles que la paralysie générale et la démence précoce, que l'on peut espérer curables, soignées dès le début.

Chaque paragraphe représente une excellente mise au point, elle expose les cures et les remèdes les plus récents ; et en fin de chapitre, une courte « conduite à tenir » guide le clinicien parmi les méthodes les plus recommandables.

A noter, dans la partie consacrée aux affections du cerveau, les idées, chères à l'auteur, relatives au traitement de l'épilepsie et sa théorie bien personnelle de la « formule convulsive ».

A citer aussi, tout spécialement, les pages, tout à fait originales, concernant la pathologie du sympathique. Jusqu'ici, en effet, les auteurs s'étaient surtout évertués à exposer la question sous son aspect biologique et théorique. Neuberger écarte volontairement toute digression doctrinale pour aborder de front le point de vue clinique et les déductions pratiques qu'en peut tirer le thérapeute.

Tout le livre est facile à lire, agréablement présenté, et écrit de ce même style lumineux et sobre que l'on se plaît à trouver dans les articles de Neuberger. Il est loin de faire double emploi avec les ouvrages précédents traitant des mêmes sujets. Quand on ajoutera qu'il contient une bibliographie particulièrement fouillée, aisée a consulter, et qu'il se termine par un chapitre spécial de crénothérapie (les villes d'eaux pour nerveux), on verra là plus d'une raison pour admettre ce volume dans la bibliothèque de tout praticien avide de connaissances nouvelles et de précision clinique.

Mémoires du Duc de Lauzun. Préface d'Albert FLAMENT. 1 vol. 12 fr. Editions Firmin-Didot, 56, rue Jacob, Paris.

Les mémoires du Duc de Lauzun sont parmi les plus vivants, les plus captivants, les plus réussis qui soient et il faut savoir gré aux éditions Firmin-Didot de les avoir réimprimés en y ajoutant une préface substantielle et pleine de mesure.

Malgré les apparences cliniques, l'âge des lésions intestinales rend la chose discutable, et le caractère négatif du séro-diagnostic représente d'ailleurs un fait banal. L'histoire de notre malade plaiderait plutôt en faveur d'une forme latente ou ambulatoire, compliquée, durant sa période d'état, par une atteinte méningée, quasi foudroyante (1). Cette extrême malignité des symptômes n'est d'ailleurs par une règle absolue : car, si grave que soit le pronostic en général, il n'est pas nécessairement implacable, et la guérison est possible, du moins quand le bacille d'Eberth est seul en cause : ceci contraste avec les suites, presque régulièrement mortelles, des accidents, si l'atteinte des enveloppes cérébrales est due, chez un typhique, à leur envahissement par un microbe d'infection secondaire. Pneumocoque ou autre)

2) Au point de vue anatomique, nous signalerons aussi la prédominance des traînées purulentes à la base du cerveau, comme autour de la protubérance du cervelet et du bulbe, alors que la méningite éberthienne siège en général à la convexité. La participation des ventricules est également digne de remarque.

3) Mais bien plus intéressant est l'aspect clair du liquide céphalo-rachidien, avec dissociation telle, dans les réactions présentées par ce dernier, que l'absence, pratiquement complète, de tout afflux leucocytaire s'opposait à l'importance du taux albumineux, sans empêcher la pullulation du bacille, qui semblait avoir trouvé là un exellent milieu de culture.

Nos recherches bibliographiques nous ont montré l'extrême rareté d'un pareil fait ; car nous n'avons pu trouver, (du moins dans la littérature française) que trois autres observations analogues. L'une, due à MM. Lesieur et Marchand (2), concernait une jeune femme de 19 ans, atteinte de dothiénentérie grave, compliquée d'hémorragie intestinale, et qui, vers le 20e jour, présenta des phènomènes méningés, intenses, mais qui cédèrent après une ponction lombaire ; celle-ci permit de retirer un liquide clair hypertendu, sans réaction leucocytaire (teneur en albumine non mentionnée) et contenant des bacilles d'Éberth à l'état pur, mais révélés seulement par la culture. La guérison complète survint au 37e jour de la maladie, malgré la persistance de l'exagération des reflexes rotuliens (3).

Dans la seconde, rapportée par F. Cottin et Gastinel (4), il s'agissait d'un soldat, présentant une infection modérément fébrile, à manifestations exclusivement méningées et pleurales, et qui guérit, environ un mois après, mais avec douleurs et gonflement persistant au niveau de certains os. Les ponctions lombaires, pratiquées dès l'entrée, avaient donné issue à un liquide clair, sans hypertension, légérement hyperalbumineux, et présentant, à l'examen cytologique, une formule lymphocytaire avec polynucléaires ; l'ensemencement, sur bouillon et bile de bœuf fournit des cultures pures de bacille d'Éberth.

Ainsi, même en admettant que notre bibliographie soit sommaire, entre les *méningites* éberthiennes proprement dites (localisations primitives sans lésions intestinales, méningo-typhus, méningites compliquant la période d'état) et les *états méningés* » accompagnant eux aussi la dothiénenthérie (mais où le liquide céphalo-rachidien reste clair et stérile) il existe un état intermédiaire, marqué au niveau du système nerveux, par les symptômes révélateurs habituels, mais où le fluide, retiré par ponction lombaire, tout en gardant sa transparence et sa pauvreté cellulaire physiologique ; renferme le bacille spécifique à l'état de pureté, encore faut-il ici, distinguer puisque, dans les deux observations précitées, cette présence était relativement discrète et ne fut révélée que par les cultures ; sans doute, le microbe en cause avait-il simplement émigré sous les méninges, à la faveur de la bactériémie, symptomatique et relativement banale, mais cela, sans déterminer de lésions importantes, puisque la guérison s'en suivit chaque fois.

Chez notre patiente, en revanche, la pullulation du bacille était si grande que, par elle-même (sans parler de l'albuminose notable) elle représentait un symptôme extrêmement grave, comme cela se produit d'ailleurs à propos de toute infection des méninges. Toutefois, comment expliquer le contraste entre la purulence des traînées du cortex, celle du contenu ventriculaire et la limpidité du liquide de ponction (à peine légèrement jaunâtre), demeurée telle malgré la richesse de ce dernier en microbes, contraste déjà signalé à propos du méningocoque et même aussi du pneumocoque, par exemple, comme l'un de nous a eu l'occasion de le constater récemment encore. Nous ne croyons pas que l'hypothèse d'un cloisonnement (pourtant vraisemblable) lié aux fausses membranes soit la seule à pouvoir être invoquée, et, en cette occurence, l'on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de supposer une sorte d'inondation massive (ou quasi agonique) des espaces rachidiens par les microbes, venus des étages supérieurs, par pénétration ou effraction, et non du sang circulant, dont la teneur en bacilles était trop faible ; ainsi la mort serait survenue, avant que la réaction leucocytaire eût eu le temps de se produire.

De toutes façons, notre observation n'est pas strictement comparable aux précédentes ; si elle s'en rapproche par l'intégrité apparente et paradoxale du liquide céphalo-rachidien, elle s'en distingue surtout par l'extrême abondance du bacille typhique, comme aussi par cette marche rapide et fatale, qui en fait comme un pli de passage vers les désordres les plus graves et les mieux caractérisés, tant au point de vue des symptômes que des réactions d'ordre exsudatif et bactérien.

(1) Peut-être les troubles mentaux mal définis, signalés par les antécédents, avaient-ils créé au niveau des centres nerveux un *locus minoris resistentiæ*.

(2) Etat méningé au cours d'une fièvre typhoïde. Hypertension et infection éberthienne du liquide céphalo-rachidien, sans réaction leucocytaire. Evolution bénigne après la ponction lombaire. *Soc. med. hôp. de Paris*, 1912, 20 décembre, p. 785.

(3) Les mêmes auteurs citent un cas de Boden, où il y eut méningite mortelle chez une jeune fille qui mourut au 9e jour d'une infection mal déterminée. A l'autopsie, lésions intestinales de dothiénenthérie au 1er septénaire. Epanchement sérum sous-méningé et ventriculaire, liquiede clair dont les échantillons recueillis seulement *post mortem* donnèrent des cultures pures de bacille typhique.

(4) Septicémie éberthienne subaiguë à manifestations méningées et pleurales simulant la méningite et la pleurésie tuberculeuse. Longue persistance de séquelles ostéo-périostées. (*Soc. méd. hôp.*, 1926, 2 janvier, p. 91.

CHRONIQUE

Albuminurie gravidique et syphilis

Si l'on met à part l'albuminurie de la pyélite gravidique, les albuminuries observées pendant la gestation peuvent reconnaître deux origines : ou bien il s'agit d'une néphrite qui préexistait à la gestation et qui, en général, est aggravée de son fait, — ou bien il s'agit d'une albuminurie gravidique, qui apparaît au cours du troisième trimestre et qui disparaît avec la mort ou l'expulsion du fœtus. Dans ce cas, tantôt l'albuminurie est un symptôme isolé, tantôt elle s'accompagne d'œdème d'hypertension, de céphalées, de troubles oculaires. Cette albuminurie ne semble pas liée à une néphrite et on considère qu'elle résulte — par un mécanisme ignoré — d'un trouble humoral de nature ignorée.

L'une et l'autre albuminurie, celle de la néphrite et l'albu-

minurie gravidique, peuvent mener à des accidents absolument particuliers à la gestation : convulsions éclamptiques, hémorragie rétroplacentaire, mort du fœtus.

Marc Rivière (de Bordeaux) sous le titre « Quelle part convient-il d'attribuer à la syphilis dans l'étiologie des albuminuries dites gravidiques ? » se demande si le trouble humoral qui cause l'albuminurie gravidique n'est pas lié souvent, très souvent, à la syphils (*Gynécologie et Obstétrique*, février 1929.)

***

Marc Rivière apporte à l'appui de son hypothèse, vingt-cinq observations, soit une néphrite aiguë, quatre néphrites chroniques et vingt albuminuries gravidiques avec ou sans signes et symptômes de prééclampsie.

Très fréquemment, dans ces cas, il y a eu un Wassermann positif : il en a été ainsi dans les quatre néphrites chroniques et dans dix-neuf des vingt albuminuries gravidiques. Et, encore, dans le vingtième cas (obs. XXIII), la réactivation a donné un Verne positif.

Or, il est admis qu'un W. positif est un signe fidèle de syphilis.

Donc, on peut considérer comme syphilitiques ces femmes.

Mais, à ceci, on peut objecter qu'il s'agit d'une série d'observations groupées pour les besoins de la démonstration. Aussi devons-nous tenir pour plus importants les résultats de la statistique globale, établie à la clinique obstétricale de Bordeaux du 1er janvier 1924 au 1er octobre 1926 sur 2.361 accouchements :

1° il y a eu 61 Wassermann positifs (mais a-t-on pratiqué le W. de toutes les accouchées ?) et, sur ce nombre, 14, soit 23 % coïncidaient avec l'albuminurie gravidique ;

2° il y a eu 66 albuminuries notables (et, ici, la recherche sérologique a été pratiquée systématiquement dans tous les cas) et 14 fois le Wassermann était positif.

D'autres signes ont pu faire penser à la syphilis : dix fois, il y a eu gros placenta ; quatorze fois, il y a eu des morts-nés, des avortements ; quatre fois, la syphilis était connue ; trois fois, le nouveau-né a, plus ou moins vite après la naissance, apporté la preuve clinique de l'infection syphilitique.

L'examen histologique des placentas n'a pas permis à Rivière *d'établir de différences tranchées entre le placenta des syphilitiques et celui des albuminuriques* : dans les deux cas, il a trouvé des villosités très tassées par place ; dans les deux cas, il a trouvé des végétations plasmodiales du revêtement villositaire ; dans les deux cas, il a trouvé des dilatations vasculaires pseudo-angiomateuses, et la présence de villosités nécrosées entourées de fibrine et l'épaississement des tuniques des gros troncs vasculaires.

Conclusions : il faut retenir la fréquence de la syphilis dans les albuminuries gravidiques, puisqu'il s'agit d'un cinquième des cas. Donc l'albuminuries gravidique est susceptible de nous conduire au diagnostic de syphilis : dans 13 observations, c'est l'albuminurie actuelle, et dans 7 autres, c'est l'albuminurie antérieurement constaté qui a amené Rivière à dépister la syphilis.

***

Malheureusement, « *l'action du traitement spécifique sur le symptôme albuminurie est extrêmement inconstante* », dit Marc Rivière. Dans quelques cas, le traitement fait merveille. D'autres fois, il ne doit être employé qu'avec la plus extrême prudence : 1° quand il y a néphrite chronique, il faut se rappeler qu'inopérante sur les lésions de sclérose, cette médication est susceptible de léser les éléments nobles du rein dont le fonctionnement est déjà notablement réduit (obs. 2 et 4). Cependant, dans l'observation 4, alors que le cyanure de mercure était très mal toléré, l'arsénobenzol a été parfaitement supporté et a fait temporairement disparaître l'albuminurie.

2° Pour l'albuminurie gravidique, les résultats sont discordants (1) : dans trois cas où il y avait des antécédents d'albuminurie gravidique, le traitement a deux fois empêché l'apparition d'albuminurie et n'y est pas arrivé la troisième fois.

Mais, l'albuminurie faisant parfois découvrir la syphilis, cette découverte permet de pratiquer le traitement et telle femme albuminurique qui n'avait accouché jusqu'alors que d'enfants macérés, sera capable, grâce au traitement, de mettre au monde un enfant vivant et bien portant sans que cependant son albuminurie ait disparu.

H. Vignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mars 1929.

Un cas de mélorhéostose. — *MM. André Léri, Loiseleur et J. Lièvre* présente un nouveau malade atteint de mélorhéostose ; on sait que cette affection est caractérisée par une hyperostose tendant à progresser en « coulée de bougie » le long de la totalité d'un membre. La maladie a déterminé ici depuis une dizaine d'années avec quelques douleurs intermittentes au niveau de la main, un épaississement des 2e et 3e métacarpiens, du grand os, et du semi-lunaire, de toute la longueur du cubitus et de l'humérus. Ce cas répond exactement à la description antérieurement donnée par les auteurs qui fait de cette affection une entité autonome distincte des ostéopathies jusqu'ici connues.

Ostéo-chondromatose articulaire et hernie musculaire chez un tabétique. — *MM. Laignel-Lavastine et Bonnard* présentent un tabétique évident sur lequel ils relèvent deux altérations, d'une part, une hernie musculaire dans le biceps droit, affection rare, mais dont un des auteurs a déjà rapporté un cas chez un tabétique. Il existe d'autre part, surtout à la partie postéro-interne du coude droit, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf, de consistance ostéo-cartilagineuse; non adhérente à la peau ni à l'os et qui, au premier abord, pourrait faire penser à une ostéo-arthropathie du coude. Mais un examen plus minutieux et des radioscopies, surtout des stéréoradiographies, montrent qu'il s'agit d'ostéo-chondromatose articulaire et non comme on aurait pu le penser, de nodosités juxta-articulaires. En effet, récemment, *Jessner* et *Janselme*, ont observé chez un syphilitique des nodosités juxta-articulaires qui ressemblent aux nodosités classiques dans le pian. Mais si l'examen démontre que les nodosités ne sont pas juxta-articulaires, mais enfermées dans une capsule articulaire très distendue, en raison des expériences de *Leriche* et *Berckmann* sur le mécanisme de la formation de la chondromatose articulaire dans les arthrites déformantes, et en remarquant que dans le cas particulier, il s'agit d'un tabétique, on peut se demander si l'affection syphilitique de la moelle n'a pas facilité, en modifiant le trophisme des articulations, une affection dont l'étiologie est encore inconnue.

L'ampliométrie manométrique du thorax et sa représentation graphique. — *M. Laniez* (de Lille) présente une méthode nouvelle de mesure de l'ampliation thoracique. Le thorax est entouré d'une ceinture à deux manchettes pneumatiques qui sont

(1) Les traitements auxquels s'est borné Marc Rivière ont été le novarsénobenzol, le cyanure de mercure et le sulfarsénol.

reliées à un manomètre à millimètres d'eau. On a ainsi les valeurs des ampliations droite et gauche ; on prend ces valeurs du sommet à la base en respiration courante et forcée. Ces valeurs sont représentées sur quatre lignes par quatre points reliés entre eux par des droites.

On obtient ainsi des courbes droite et gauche qui sont symétriques chez les sujets normaux et asymétriques chez les sujets pathologiques. De là se déduisent d'intéressantes conclusions de phtisiologie pathologique.

Rôle de la substance fondamentale collagène dans l'évolution de la tuberculose.. — *MM. Doubrow et Froment* (de Lyon) présentent des photographies de préparations relatives à l'étude de la substance fondamentale collagène au cours de la tuberculose pulmonaire. Les auteurs montrent que l'évolution clinique peut être superposée assez exactement à l'évolution anatomique et indiquent quelques considérations thérapeutiques qui peuvent en découler.

Diabète grave amélioré par l'administration de sels de nickel et de cobalt associés à l'insuline. — *M. Roch et M. A. Dubois* (Genève). — L'action de l'insuline a paru très heureusement renforcée par l'ingestion de petites quantités de chlorure de nickel et de cobalt (3 mmgr. de chaque par jour). L'effet de ces sels métalliques ne se manifeste guère qu'après quelques jours et persiste également cinq à six jours après la cessation de la médication. On peut espérer par ce traitement adjuvant pouvoir diminuer les doses d'insuline indispensables à certains diabétiques, ce qui présente un intérêt économique évident.

Un cas de spirochétose ictéro-hémorragique. — *MM. Dargein et Bideau* (de Toulon) rapportent l'histoire d'un jeune matelot qui fit une spirochétose ictéro-hémorragique typique et au cours de laquelle ils ont eu l'occasion de relever les relations déjà signalées entre la courbe de température et le taux de l'urée sanguine, élevée pendant l'apyrexie, abaissé lors de la recrudescence fébrile. Par contre la spirochétémie qui, pour M. Fiessinger, serait la cause de la reprise de la fièvre, n'a pas été constatée. Deux cobayes inoculés avec le sang du malade, l'un au 8e jour, l'autre au moment de la recrudescence, n'ont pas été infectés. Mais un cobaye inoculé le 7e jour avec les urines du malade a succombé au bout de 14 jours à une maladie expérimentale typique.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars 1929.

Paraplégies pottiques. — M. *Leriche* insiste sur le traitement des paraplégies pottiques. La majorité guérit souvent par l'immobilisation.

Cependant, il serait très importaut de guérir chirurgicalement d'un seul coup le mal de Pott et sa paraplégie. A côté des cas où la paraplégie est due à des troubles circulatoires, il en est d'autres où elle est due à la compression intra-rachidienne. M. Leriche propose alors la greffe d'Albee, ou la greffe associée à une décompression (laminectomie ou cathétérisme du trou de conjugaison).

Un de ses malades était atteint d'une quadriplégie spasmodique avec atteinte de C 6 et de C 7 Greffe à l'anesthésie locale. En quelques jours amélioration ; en quelques semaines, guérison presque absolue. Trois ans après l'opération, il ne persiste qu'un peu de faiblesse de la main droite.

Sténose pylorique du nourrisson. — M. *Billet* (de Lille) fait un chaud plaidoyer en faveur de la pyloroplastie ou opération de Fredet.

Il a opéré six malades sans aucune mortalité opératoire et avec des résultats fonctionnels très bons.

M. *Fredet* insiste sur la commodité de l'incision médiane. La réaction en coin d'une tranche de musculeuse lui paraît inutile.

Pleurésies purulentes. — M. *Picot* approuve en tous points ce qu'a dit M. Grégoire sur le drainage des pleurésies purulentes en thorax fermé.

Il a utilisé une seule fois le procédé valvulaire. Dans tous les autres cas, il a employé la méthode de Delbet.

M. *Grégoire* conclut la discussion en insistant sur la supériorité des méthodes de drainage en thorax fermé.

Œsophagoplastie par voie abdominale. — M. *Leveuf* présente une malade atteinte de mégaœsophage. Il a abordé la lésion par voie abdominale par incision sus-ombilicale. Œsophagoplastie sans ouvrir la muqueuse.

M. *Hartmann* a vu un cas analogue où l'incision sus-ombilicale a suffi aussi. Après avoir tiré sur l'œsophage thoracique, il n'a pas fait d'œsophagoplastie; il a fixé seulement l'œsophage aux piliers du diaphragme.

Artériographie. — M. *Santos* montre de fort belles radiographies artérielles après injection d'une solution d'iodure de sodium.

G. MENEGAUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1928,

La vaccination antirabique du chien au Maroc. — La vaccination pastorienne que MM. *Remlinger* et *Bailly* préconisent pour les chiens ne doit pas être étendue à tous, mais réservée à certaines catégories d'animaux. A titre provisoire et sauf indications tout à fait particulières, il est préférable de ne vacciner, après morsure, que les chiens déjà immunisés préventivement. C'est être trop exigeant que de demander à la vaccination antirabique d'immuniser en un seul temps et moyennant quelques centimètres cubes seulement d'émulsion. Les trois injections de la méthode à l'éther constituent un compromis acceptable entre les multiples séances d'autrefois et l'inoculation unique du procédé japonais. Simple, économique, inoffensif, très efficace, le virus éther paraît répondre à la fois à toutes les exigences scientifiques et à toutes les nécessités de la pratique.

De la tolérance et de la latence des corps étrangers métalliques dans les voies aériennes. — M. *Guisez.* — Les corps étrangers métalliques, surtout lorsqu'ils sont petits, sont très souvent latents aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, et peuvent être tolérés pendant très longtemps sans amener aucun trouble.

Aussi, bien qu'il doit être une règle générale d'enlever les corps étrangers bronchiques par la bronchoscopie dès que le diagnostic en est fait, si l'on ne réussit pas rapidement à les extraire sous l'endoscope, il vaut mieux les abandonner à eux-mêmes que de faire des manœuvres prolongées et répétées qui, elles, peuvent être fatales.

L'ignorance de l'histoire, qui est à peu près générale parmi les médecins contemporains, a le double avantage de supprimer du même coup la *tradition* et la *reconnaissance*.

GUARDIA.

“ On a tort de dire que la question de la natalité est pour la France la plus importante de toutes ; ce n'est pas la plus importante, *c'est la seule.*”

Charles RICHET.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Les cures non spécifiques de désinfection intestinale,

Par G. FAROY,
Médecin de l'hôpital Andral.

L'étude des colites montre quelle part importante, sinon primordiale, l'infection prend dans leur pathogénie, et principalement à certaines périodes de leur évolution et dans certaines de leurs formes cliniques. Les colites aiguës, les poussées aiguës et subaiguës des colites chroniques, les colites droites et les typhlocolites, les colites graves, ulcéreuses et hémorragiques, dysentériformes, relèvent d'atteintes microbiennes, et des cures de désinfection s'imposent dès le début de leur traitement. Eliminant de cette étude toute affection spécifique (fièvre typhoïde et paratyphoïde, colibacillose, tuberculose, parasitoses diverses, etc.), je n'envisagerai que les infections banales dont les saprophytes intestinaux sont la cause la plus habituelle (colibacilles, entérocoques, streptocoques, staphylocoques, anaérobies, etc.) et par suite que les procédés non spécifiques de désinfection.

Le but de cette thérapeutique est de détruire la flore microbienne pathogène, d'en atténuer la virulence, d'en neutraliser les toxines et de la remplacer par une flore inoffensive ; on peut l'atteindre, en utilisant des antiseptiques chimiques variés, des poudres absorbantes et adsorbantes, des poudres topiques et cicatrisantes, des vaccins et enfin les ferments lactiques.

Voici plusieurs types de traitement qui varieront et s'associeront suivant les éventualités.

A) Au cours des colites aiguës, des typhlocolites et colites droites (colites muqueuses), des poussées aiguës des colites chroniques, on peut régler la cure de désinfection de la façon suivante :

1° Prendre pendant 10 à 20 jours, 30 à 60 minutes avant un ou plusieurs des repas de la journée, un des cachets suivants:

Charbon animal (charbon de sang) .. 1 gramme

Le *charbon animal* ayant tendance à diminuer le nombre des selles et à rendre celles-ci plus compactes, la quantité à absorber sera réglée suivant le fonctionnement de l'intestin.

Il semble qu'on puisse aussi utiliser avec avantage le charbon comme vecteur d'antiseptiques (urotropine, iode, etc.), comme il l'est d'alcaloïdes calmants ou antispasmodiques (atropine, ésérine, opiacés, cocaïne, etc.) (Goiffon).

2° Prendre pendant 15 à 30 jours, au début des trois repas une des pilules suivantes :

Collargol	trois centigr.
Excipient	q. s.

Les *sels d'argent colloïdal* sont parfaitement bien tolérés.

3° Faire une cure de *ferments lactiques*, pendant 20 jours, il est indispensable d'utiliser des ferments vivants, sous forme de bouillons lactiques, de cultures concentrées ou de pâtes lactiques ; je me suis expliqué ailleurs (1) sur l'inefficacité des ferments desséchés.

Les bouillons lactiques doivent être absorbés, par verre ou demi-verre à Bordeaux, une demi-heure à une heure avant un ou plusieurs repas ; il est préférable de leur associer un régime fortement hydro-carboné ou du lactose, à la dose de 10 grammes par jour en une ou plusieurs prises.

B) Dans les mêmes affections que précédemment, il est souvent nécessaire, surtout en cas de diarrhée, de prescrire des poudres absorbantes présentant en outre à des degrés divers des propriétés antiseptiques, topiques, cicatrisantes. Les *sels de bismuth* sont, à cet égard, à recommander et principalement le *carbonate* et le *sous-nitrate* ; ce dernier a l'action antiseptique la plus énergique et il ne présente aucun des dangers d'intoxication qui ont fait renoncer à son emploi, si on utilise un sel *parfaitement pur*.

Prendre 20 à 30 minutes avant deux ou trois repas, délayée dans un verre d'eau, une cuillerée à café de la poudre suivante :

Sous nitrate ou carbonate de bismuth ..	àâ
Talc ou craie	
Kaolin	

Le *kaolin* a une action antiseptique moindre que les sels de bismuth, mais il fixe les microbes et absorbe leur toxine ; la *craie* apporte son action antidiarrhéique qui s'ajoute à celle du bismuth.

C) Le *salicylate de bismuth* et le *dermatol* (*sous-gallate de bismuth*) ont un pouvoir antiputride qui les rend fort utiles dans les infections et putréfactions intestinales. On les prescrit seuls ou associés au benzonaphtol dont les propriétés antimicrobiennes sont très discutées.

On peut ordonner :

Salicylate de bismuth	àâ 0 gr. 50
Benzonaphtol	

Pour un cachet ; 2 à 6 par jour, avant les repas ;

Ou :

Dermatol	0 gr. 25
Benzonaphtol	0 gr. 50

Pour un cachet ; 2 à 6 par jour, avant les repas.

Le salicylate de bismuth est antiseptique non seulement par le bismuth mais aussi par l'acide salicylique qu'il contient ; aussi emploie-t-on quelquefois le *salicylate de soude* à doses faibles, non irritantes.

Salicylate de soude	àâ 0 gr. 50
Bicarbonate de soude	

Pour un cachet ; 2 à 4 par jour au début des repas ;

ou encore en solution :

Salicylate de soude		10 grammes
Sirop d'écorce d'oranges amères ..		50 grammes
Eau distillée	q. s. p.	150 cent. cubes

Trois à six cuillerées à café par jour, au début des repas.

L'*hexaméthylène-tétramine* peut encore être utilisée dans le même but, à la dose de un gramme par jour en deux fois ; s'éliminant en partie avec la bile, son action antiseptique peut s'exercer dans l'intestin par son intermédiaire et directement.

D) La *vaccinothérapie* prend de jour en jour une importance de plus en plus grande en thérapeutique intestinale, malgré ses résultats souvent décevants : ceux-ci tiennent sans doute à ce que la bactériologie de l'intestin est très complexe et qu'il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de déceler, au milieu de nombreux microbes identifiés, celui ou ceux qui sont réellement pathogènes.

On a presque complètement renoncé aux injections vaccinales et depuis la connaissance de la vaccination locale, on a tendance à administrer par la bouche, presque tous les vaccins utilisés, de façon à les porter *in situ* ; les résultats obtenus par cette méthode paraissent meilleurs en effet.

Etant donné la difficulté d'obtenir extemporanément, avec des selles données, des cultures microbiennes complètes et par conséquent d'obtenir des vaccins polyvalents parfaits, on s'adresse habituellement à des *stocks-vaccins*, préparés d'avance à l'aide de colibacilles, entérocoques, streptocoques et staphylocoques d'origine intestinale, pyocyaniques, etc. ; ces vaccins, certes, sont actifs, mais il n'en est pas moins vrai qu'on devra toujours, quand le fait sera matériellement possible, avoir recours aux *auto-vaccins*, bien plus efficaces et permettant de vacciner le malade avec *ses* microbes.

(1) G. FAROY. — Thérapeutique digestive ; les principaux médicaments. (G. Doin, Paris, 1928.)

Qu'il s'agisse de stock - ou d'auto-vaccins, leur administration *per os* se fera toujours à des doses très élevées (2 à 5 milliards par jour) ; les prises seront répétées, *une heure* avant les trois repas, et très diluées, c'est-à-dire chaque fois dans un grand verre d'eau sucrée ; car il est nécessaire d'obtenir un véritable bain vaccinal de l'intestin. On peut faire prendre en même temps, une *suspension de bactériophages polyvalents*, à la dose de deux centimètres cubes dilués dans 20 grammes d'eau de Vichy, le matin à jeun et le soir au coucher.

Appliquée dans les colites ulcéreuses graves, la vaccinothérapie par voie buccale a donné des mécomptes à quelques auteurs qui ont vu les phénomènes de diarrhée et les symptômes douloureux augmenter, l'affection s'aggraver sous l'influence de cette médication. Peut-être les vaccins ont-ils été absorbés trop concentrés et peut-être aussi y a-t-il lieu, dans ces cas, de diminuer les doses et de les prescrire avec précautions.

Une nouvelle méthode de vaccination par injection a été préconisée dans les colites par Monziols, à la suite des travaux de Weinberg. Monziols utilise une émulsion d'une petite quantité de selles (une anse de platine) dans l'eau physiologique, filtrée sur coton, puis stérilisée extemporanément avec quelques gouttes de la solution iodo-iodurée de Lugol au 1/3 (I goutte par centimètre cube) ; après 4 à 5 minutes on peut injecter sous la peau un dizième de centimètre cube de l'émulsion iodée, après avoir eu soin de le diluer dans 1 cent. cube de sérum physiologique stérile, afin d'éviter l'action irritative de l'iode. L'émulsion première doit être assez concentrée pour que la dilution à 1/10 contienne 2 à 3 milliards de germes par centimètre cube. Les injections sont faites tous les jours.

Goiffon, utilisant cette méthode, préfère la vaccination locale, et fait absorber *per os* une capsule de 5 cent. cubes de l'émulsion stérilisée et désodorisée par le charbon, dans un peu d'infusion, tous les jours ou tous les deux jours.

E) Il me reste à signaler les traitements par *la voie rectale*. Ils sont peu employés dans les colites banales, mais ont surtout été proposés dans les colites graves, dont les lésions siègent dans les portions terminales du côlon.

La désinfection peut s'effectuer par des *lavements* de un demi-litre au maximum (leur quantité varie suivant la tolérance de l'organe), pratiqués avec une solution à 0 gr. 25 pour 1000 de *nitrate d'argent* (A. Mathieu) tous les jours ou tous les deux jours ; on a proposé aussi des lavements de 750 grammes d'une solution aqueuse de *chlorométhylate de diamino-acridine* (gonacrine ou trypaflavine française) à 1 pour 4.000, que le malade garde pendant 10 à 20 minutes ; on donne au début deux lavages par jour, puis un seul. On peut encore n'effectuer le lavage que tous les deux jours et donner dans l'intervalle un lavement de bicarbonate de soude à 0.5 pour 100.

Suivant les indications de Friedel, on emploie plus souvent les *pansements colo-rectaux*, à base de mucilage qui sert de véhicule aux antiseptiques chimiques utilisés et les maintient au contact de la muqueuse.

On prépare une solution-mère en faisant bouillir 20 grammes de mucilage (agar ou mucilage pur) dans un litre d'eau, pendant une demi-heure ; puis on passe à travers un linge fin et on laisse prendre en gelée en refroidissant. On fait dissoudre 5 cuillerées à soupe de la gelée dans 150 à 300 centimètres cubes d'eau bouillante et on y ajoute pour un pansement de 300 cmc. un ou plusieurs de produits suivants :

Dermatol	10 à 20 grammes
Salicylate de bismuth	10 à 20 grammes
Sels d'argent colloïdal	0 gr. 50 à 1 gramme
Nitrate d'argent	0 gr. 05
Ichtyol	1 à 3 grammes
Solution iodo-iodurée à 1 p. 100.	1à 5 centim. cubes
Charbon de sang	3 cuillerées à café et plus

Ces pansements sont administrés à 37°-40°, à faible pression, dans le décubitus ventral (Moutier), avec un bock, une seringue ou un entéroclyseur ; le malade ne doit faire aucun effort pour les garder.

NOUVELLES

Enseignement pratique de sérologie. — M. Rubinstein fera dans son laboratoire, 54 bis, rue Saussure XVIIe, une nouvelle série de cours de perfectionnement de sérologie appliquée à la clinique, par petits groupes d'élèves.

Cette série commencera le 22 avril prochain.

L'enseignement comporte l'étude de toutes les réactions appliquées au séro-diagnostic des maladies infectieuses, en particulier à la syphilis, à la tuberculose et à la gonococcie.

Le but de ces cours est de former des sérologistes en vue de la pratique médicale et des recherches scientifiques.

Pour tous renseignements s'adresser au laboratoire.

L'élection du professeur Achard à l'Académie des sciences. — En remplacement du professeur Widal, décédé l'Académie des Sciences a élu, lundi 18 mars, au premier tour de scrutin, par 40 voix sur 47, le professeur Charles Achard, secrétaire général del'Académie de médecine.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. — *Cours complémentaires* — Du 15 avril au 15 juin 1929, auront lieu à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital St-Antoine, les lundis, mercredis et vendredis, à 11 heures, les trois cours complémentaires suivants :

1° Du 15 avril au 30 avril 1920, six leçons sur le diagnostic et traitement de l'asthme, par le Prof. F. Bezançon.

Programme. — Lundi 15 avril : La crise d'asthme. Les équivalents et les parentés morbides de l'asthme. — Mercredi 17 avril : La part respiratoire de l'asthme.- Vendredi 19 avril : La part nerveuse de l'asthme. — Lundi 22 avril : L'asthme et la notion d'anaphylaxie et de sensibilisation. — Mercredi 24 avril : Thérapeutique médicamenteuse de l'asthme. — Vendredi 26 avril : Physiothérapie de l'asthme.

2° Du 6 au 17 mai, six leçons sur les rhumatismes chroniques, par le Dr Mathieu-Pierre Weil, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Programme. — Lundi 6 mai : Les diverses conceptions du rhumastisme chronique. — Mercredi 8 mai : Les rhumatismes chroniques d'origine infectieuse. — Vendredi 10 mai : Les rhumatismes chroniques d'origine dystrophique. — Lundi 13 mai : Les rhumatismes chroniques d'origine métabolique. — Mercredi 15 mai : Le problème du rhumatisme chronique progressif déformant. — Vendredi 17 mai : Le traitement des rhumatismes chroniques.

3° Du 20 mai au 15 juin 1929, douze leçons sur la tuberculose pulmonaire, par MM. le professeur F. Bezançon ; P. Braun, assistant du Centre de triage ; André Jacquelin et Etienne Bernard, médecins des hôpitaux ; R. Azoulay, ancien chef de clinique ; M. Destouches, chef de clinique ; Tribout, chef de laboratoire de radiologie.

Programme. — Lundi 20 mai : La notion de tramite et le début de la tuberculose pulmonaire, par M. le professeur F. Bezançon. — Mercredi 22 mai : La granulie pulmonaire, par M. le Dr Etienne Bernard. — Vendredi 24 mai : Les syndromes de rétraction et de tassement, par M. le Dr Destouches. — Lundi 27 mai : Les hémoptysies et leur traitement, par M. le Dr Jacquelin. — Mercredi 29 mai : Les formes aiguës dites pneumoniques, par M. le Dr Braun. — Vendredi 31 mai : La tuberculose fibreuse, par M. le professeur Bezançon. — Lundi 3 juin : Les épanchements du pneumothorax, par M. le Dr Azoulay. — Mercredi 5 juin : Les formes cliniques de la tuberculose de l'adulte, par M. le Prof. F. Bezançon. — Vendredi 7 juin : Radio-diagnostic de la tuberculose pulmonaire, par M. le Dr Tribout. — Lundi 10 juin : La technique du pneumothorax thérapeutique, par M. le Dr Braun.— Mercredi 12 juin : Le traitement médicamenteux et hygiéno-diététique, par M. le Prof. F. Bezançon. — Vendredi 14 juin : La notion de climat dans la tuberculose pulmonaire, par M. le Prof. F. Bezançon.

Durant la période de ces cours, le service de la clinique sera ouvert à tous les médecins ou étudiants en médecine, français et étrangers.

Les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures, présentation de malades.

Hôpital Laënnec. — *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Le Dr Henri Bourgeois et les Drs Fouquet, Lemoine et Marion commenceront, le 15 avril 1929, une série de 8 leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie. Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures, en outre, les 15 et 16 avril à 16 heures.

Programme du cours. — 1° Principes électriques ; 2° Appareils de diathermie ; 3° Physiopathologie technique ; 4° Application de l'étincelle de tension en O. R. L. ; 5° Tumeurs ; 6° Amygdalites chroniques ; 7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens ; 8° Sténoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr Fouquet, service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laënnec.

Le lundi 22 avril 1929, le Dr Henri Bourgeois, chef de service, commencera un cours en 12 leçons sur les sinusites avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet, et Louis Leroux, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, Prix du cours : 300 francs. S'adresser au Dr Huet.

Une grève de médecins à Mulhouse. — Par suite d'un conflit avec les caisses d'assurances sociales du rayon de Mulhouse (Mulhouse-Ville, Mulhouse-Campagne, Thann et Altkirch), le Syndicat des médecins a décidé la grève dès le 28 février.

Voici quelques données sur l'origine du mouvement :

La loi locale des assurances sociales prescrit un contrat entre les caisses des malades et les médecins admis par les caisses. Au mois d'avril 1928, le contrat conclu entre le syndicat des médecins et les caisses des malades du rayon de Mulhouse a pris fin. Les nouvelles revendications posées par le syndicat des médecins : augmentation des taxes, exclusion des malades qui gagnent plus de

18.000 francs par an et des enfants au-dessus de quatorze ans, etc. n'ont pas été acceptées par les représentants des caisses, ces revendications devant entraîner une forte augmentation des cotisations et la suppression du droit pour beaucoup de se faire traiter aux frais des caisses des malades. De plus les représentants des caisses trouvent un peu exagérées les revendications materielles du syndicat des médecins. Ces quatre caisses ont payé aux syndicats des médecins, pour l'année 1928 et par adhérent, 41 francs, ce qui fait la somme de 4.500.000 francs, c'est-à-dire plus de 45.000 francs par médecin.

Les gestionnaires des caisses avaient offert une majoration de 25 % atteignant ainsi le coefficient (ou multiplicateur 6), mais le syndicat des médecins refusa cette proposition, posant des revendications impératives. La grève des médecins a été déclarée.

Œuvres de Rabelais. Préface de Jacques BOULENGER. 2 vol. collection des classiques français. Prix : 24 fr. Editions Firmin-Didot, 56, rue Jacob, Paris.

Réédition à prix modique, avec des notes, excellemment présentée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Orthopédie. Tuberculose chirurgicale, par C. ROEDERER (Les Consultations journalières). 460 p., 92 fig. : 35 fr. (Doin).

Le tractus thyréoglosse. Embryologie topographique. Pathologie chirurgicale, kystes, fistules et tumeurs, par G. REMY NERIS. in-8, 180 p., 23 fig. : 30 fr. (Doin).

Le problème de la néphrose lipoïdique, par R. WAHL. in-8, 142 p., 3 pl. : 25 fr. (Doin).

La glossoptose. Un grand danger pour nos enfants, par Pierre ROBIN. in-8, 190 p., 75 fig. : 20 fr. (Doin).

Physiopathologie et traitement du diabète sucré, par H. CHABANIER, M. LEBERT et LOBO-ONELL. 1 vol. 444 p., fig. : 50 fr. (Masson).

L'épilepsie par Ph. PAGNIEZ. 200 p. : 26 fr. (Masson).

Les ultravirus et les formes filtrantes des microbes, par le Dr Paul HAUDUROY. 392 p. : 40 fr. (Masson).

Le cancer maladie des cicatrices, par Auguste LUMIÈRE. 288 p. : 18 fr. (Masson).

Technique de médecine opératoire, par R. SOUPAULT 120 p. 195 fig. : 30 fr. (Masson).

Les accidents de la cholécystectomie, par Serge HUARD. 116 p., 17 fig. : 16 fr. (Masson).

Chirurgie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, par P. DUVAL et J. GATELLIER. 7e éd. revue. 284 p., 310 fig. : 18 fr. (Masson).

NOUVELLES

Hôpital Saint-Antoine. — *Cours de gastro-entérologie du 15 avril au 4 mai 1929.* — PROGRAMME : du 15 au 20 avril : Dr R. BENSAUDE, assisté des Drs CAIN, BOLTANSKI, HILLEMAND, LAMBLING, MARCHAND, OURY, RACHET, TERRIAL.

Lundi 15 avril, à 9 h. 30, M. BENSAUDE : Œsophagoscopie ; à 10 h. 30, M. TERRIAL : Examens coprologiques ; à 14 h. 30, M. Hillemand : Tuberculose intestinale. — Mardi 16 avril, à 9 h. 30, M. MARCHAND : Traitement électrique des hémorroïdes ; à 10 h. 30, M. TERRIAL : Examens coprologiques. — Mercredi 17 avril, à 9 h. 30, M. BENSAUDE : Rectoscopie ; à 10 h. 30, M MARCHAND : Traitements électriques ; à 14 h. 30, M. LAMBLING : Tumeurs villeuses du rectum. — Jeudi 18 avril, à 9 h. 30, M. OURY : Syndromes douloureux de la fosse iliaque droite ; à 10 h. 30, M. BENSAUDE : Rectoscopie, œsophagoscopie. — Vendredi 19 avril, à 9 h. 30, M. CAIN : Les diverticulites ; à 10 h. 30, M. MARCHAND : Traitements électriques ; à 14 h. 30, M BOLTANSKI : Le cancer du gros intestin. — Samedi 20 avril, à 9 h. 30, M. RACHET : Gastroscopie ; à 10 h. 30, M. BENSAUDE : Rectoscopie, œsophagoscopie.

Du 22 au 27 avril : Dr Félix RAMOND, assisté des Drs Charles JACQUELIN, ZIZINE et CHÈNE.

Lundi 22 avril, à 9 h. 30, M. RAMOND : Gastrites. — Mardi 23 avril, à 9 h. 30. M. RAMOND : Ulcère gastrique. — Mercredi 24 avril, à 9 h. 30. M. RAMOND : Cancer de l'estomac. — Jeudi 25 avril, à 9 h. 30, M. RAMOND : Ulcère duodénal. — Vendredi 26 avril, à 9 h. 30, M. RAMOND : Atonie et spasmes. — Samedi 27 avril, à 9 h. 30, M. RAMOND : Aérophagie, volvulus et déformations gastriques. Dyspepsies réflexes et nerveuses. Travaux pratiques : Chimisme, radiologie, anatomo-pathologie.

Du 29 avril au 4 mai : Dr P. LE NOIR, assisté des Drs R. GAULTIER, SAVIGNAC et TAILLANDIER.

Lundi 29 avril, à 9 h. 30, M. LE NOIR : Thérapeutique symptomatique des dyspepsies douloureuses. — Mardi 30 avril, à 9 h. 30, M. LE NOIR : Traitement de l'ulcère gastro-duodénal. — Mercredi 1er mai, à 9 h. 30, M. SAVIGNAC : Traitement du cancer de l'estomac, indications opératoires. — Jeudi 2 mai, à 9 h. 30, M. R. GAULTIER : Traitement des dystonies gastriques. — Vendredi 3 mai, à 9 h. 30, M. LE NOIR : Traitement diététique des dyspepsies. — Samedi 4 mai, à 9 h. 30, M. TAILLANDIER : Du traitement hydrominéral des dyspepsies.

Les leçons théoriques sont gratuites. Droits d'inscription aux travaux pratiques : 250 francs. Se faire inscrire dans les services de MM. BENSAUDE et RAMOND. Un certificat de présence sera donné à ceux qui auront suivi tous les cours théoriques et pratiques. Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé après le cours. Le nombre des places est limité. Se faire inscrire avant le 28 avril.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris — *Chirurgie gynécologique et chirurgie des voies urinaires chez la femme.* — Un cours complémentaire, sous la direction de M. le Professeur agrégé Raymond GRÉGOIRE, aura lieu à l'Amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, du 15 au 27 avril 1929.

1° Conférences de thérapeutique chirurgicale. Ces conférences auront lieu de 17 à 18 heures et seront faites par M. le professeur agrégé GRÉGOIRE, avec la collaboration de MM. les Docteurs Claude BÉCLÈRE, NORA et PÉRARD, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME. — Lundi 15 avril, M. R. GRÉGOIRE : L'anesthésie en gynécologie : les soins pré et post-opératoires. — Mardi 16 avril, M. R. GRÉGOIRE : Les prolapsus génitaux et les déviations utérines : les procédés opératoires et leurs indications. — Mercredi 17 avril, M. PÉRARD : Les fistules urétro et vésico-vaginales, vésico-utérines ; diagnostic ; conduite à tenir dans les différentes formes ; choix de la voie d'abord et du procédé ; soins pré et post-opératoires. — Jeudi 18 avril, M. R. GRÉGOIRE : Les grossesses ectopiques : formes cliniques, diagnostic, conduite à tenir. — Vendredi 19 avril, M. Cl. BÉCLÈRE : Les procédés radiologiques d'exploration en gynécologie (lipiodol) : technique, indications, résultats. Les interventions conservatrices sur les trompes et les ovaires : indications et résultats. — Samedi 20 avril, M. R. GRÉGOIRE : Les fibromes utérins : radiothérapie, curiethérapie ou chirurgie ; l'intervention chirurgicale : les examens et les soins préopératoires ; les interventions et leurs indications : les soins et accidents post-opératoires. — Lundi 22 avril, M. R. GRÉGOIRE : Les cancers de l'utérus : curiethérapie ou colpohystérectomie élargie ; leurs indications. La colpohystérectomie par voie hypogastrique ou par voie périnéale ; la ligature préalable de l'hypogastrique ; le drainage ; les examens et les soins pré et post-opératoires. — Mardi 23 avril, M. R. GRÉGOIRE : La chirurgie des tumeurs du sein. — Mercredi 24 avril, M. NORA : Les blessures récentes et les fistules de l'uretère : la conduite à tenir ; les interventions et leurs résultats.

2° Cours de technique opératoire. Ce cours commencera le mercredi 17 avril 1929, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure. Il sera fait par M. le Dr Jean MEILLÈRE, prosecteur à l'Amphithéâtre des hôpitaux.

Pour le programme, consulter l'affiche spéciale.

Electro-radiologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination de trois électro-radiologistes des hôpitaux sera ouvert le jeudi 2 mai 1929, à 16 h., à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration (3, avenue Victoria), tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 h., du lundi 8 au mercredi 17 avril 1929 inclusivement.

Conditions du concours. — Sont seuls admis à concourir, les assistants d'électro-radiologie nommés au concours, à la condition qu'ils aient accompli effectivement en cette qualité un an au moins de services hospitaliers, soit dans les services centraux d'électro-radiologie, soit dans les postes de radioscopie, soit dans les laboratoires des cliniques de la Faculté, dans les conditions prévues par le règlement sur le Service de santé.

Par mesure transitoire, il sera également tenu compte, pour le calcul de ce stage d'une année, des services effectués par ces assistants en qualité de préparateurs de radiothérapie ou d'assistants de radiumthérapie.

Les épreuves de ce concours se divisent en épreuves d'admissibilité et épreuves définitives.

1. *Epreuves d'admissibilité.* — Les épreuves d'admissibilité comprennent : 1° Une épreuve sur titres.

2° Trois épreuves écrites anonymes, pour chacune desquelles il est accordé une heure. Les trois compositions écrites sont rédigées dans la même séance. Les trois épreuves écrites portent : la première sur une question d'électrologie et comporte nécessairement une partie d'électrodiagnostic ou d'électrophysiologie ; la deuxième sur une question de radiodiagnostic ; la troisième sur une question de radiothérapie (rayons X, radium). Le nombre maximum des points attribués pour chacune de ces questions est de quinze, soit quarante-cinq au total.

3° Une épreuve pratique comportant deux questions : la première sur le matériel utilisé en radiologie ; la deuxième sur le matériel utilisé en électrologie.

A la suite de ces épreuves, sont déclarés admissibles trois candidats par place mise au concours. Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à cette proportion, ces candidats sont tous compris sur la liste d'admissibilité.

Les candidats déclarés admissibles à la suite des épreuves d'un concours pour l'emploi d'électro-radiologiste des hôpitaux sont et demeurent définitivement qualifiés pour prendre part au concours de chef de travaux de curiethérapie et de radiothérapie des services de curiethérapie.

Les candidats deux fois admissibles au concours d'électro-radiologiste des hôpitaux sont déclarés définitivement admissibles aux épreuves définitives de ce concours et rentreront de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves définitives.

La cote est ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

II. *Epreuves définitives.* — Les épreuves définitives du concours d'électro-radiologistes des hôpitaux comprennent :

1° Une épreuve d'interprétation de clichés radiologiques, pour laquelle il sera accordé quinze minutes à chaque candidat.

2° Une épreuve de clinique et de pratique électro radiologique avec malades qui comportera les trois séries d'épreuves suivantes : *a*) une consultation écrite sur un malade relevant de l'électrologie en vue de laquelle chaque candidat disposera de quarante-cinq minutes pour l'examen du malade ; *b*) une consultation écrite sur un malade de radiodiagnostic ; il sera accordé trente minutes à chaque candidat pour l'examen du malade ; *c*) une consultation écrite sur un malade de radiothérapie (rayons X et corps radio actifs) ; il sera accordé à chaque candidat quinze minutes pour l'examen du malade.

Pour chacune des trois séries d'épreuves, les candidats disposeront, aussitôt après l'examen du malade, de quarante-cinq minutes, pour la redaction de leur consultation. Cette dernière sera lue immédiatement par le candidat.

Dans le cas où, par application de l'article 215, il y a lieu de procéder à une épreuve supplémentaire, la nature de cette épreuve est déterminée par le jury. A la suite de cette épreuve, un classement définitif est établi par le jury. Si des candidats se trouvaient de nouveau *ex æquo*, les dispositions de l'article 213 seraient applicables pour leur classement.

Faculté de médecine de Paris. — *Vacance d'emplois d'agrégé.* — Les emplois d'agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Paris ci-après désignés sont déclarés vacants :

Médecine, 5 ; chirurgie, 3 ; obstétrique, 2; médecine légale, 1 ; hygiène, 1 ; bactériologie, 1 ; urologie, 1.

Un délai de vingt jours à dater de la présente insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Médecins des asiles. — Les postes suivants sont vacants dans les Asiles publics d'aliénés :

1° Le poste de médecin chef de service au quartier d'aliénés des hospices de Montpellier (asile de Font-d'Aurelle), par suite de la mise à la retraite de M. le Dr Chevalier-Lavaure.

2° Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne), par suite de la mise à la retraite de M. le Dr Pain, à dater du 1er juin 1929.

Pour tous renseignements, s'adresser au Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau (Paris).

Hygiène et médecine préventive. — M. Robert DEBRÉ, agrégé, reprendra ses conférences, le lundi 8 avril, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian. Les premières leçons seront consacrées à la prophylaxie de la diphtérie et à la vaccination antidiphtérique.

Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire, dont le programme détaillé a été annoncé antérieurement commencera le lundi 22 avril, à 9 heures du matin, et se terminera le samedi 28, à 6 h. du soir.

Réunion médicale de Toulouse. — A l'occasion de la célébration du VIIe centenaire de l'Université de Toulouse, une réunion médicale aura lieu le samedi 8 juin 1929 avec le concours, comme conférenciers de MM. BORDET, professeur à l'Université libre (Bruxelles), GLEY, professeur au Collège de France (Paris), TOUBERT, médecin général inspecteur (Paris).

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — *Leçons sur la diphtérie*. (Hôpital des Enfants-Malades). — M.-B. WEILL-HALLÉ, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera, le lundi 15 avril 1929, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. BOULANGER-PILET, chef de clinique à la Faculté ; DELTHIL, chef de laboratoire à la Faculté, et GOROSTIDI, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie. Le cours sera complet en quinze jours.

PROGRAMME. — 1° Evolution clinique de la diphtérie. — 2° Diagnostic clinique. — 3° Diagnostic bactériologique. — 4° Autres localisations. Adénoïdite. Croup. — 5° Indications thérapeutiques. Sérothérapie. — 6° Le tubage. — 7° Complications toxiques. Les paralysies. Leur traitement. — 8° Accidents de la sérothérapie et leur traitement. — 9° L'immunité antidiphtérique. La réaction de Schick et la vaccination. — 10° Applications pratiques des méthodes prophylactiques.

Tous les matins : visite ; examen des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. Sur leur demande, les élèves seront initiés individuellement aux examens de laboratoire, à la pratique du tubage et de la trachéotomie.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

L'Appui Maternel vient de tenir son assemblée générale à la Faculté de médecine.

Mme Gustave Bloch y a donné lecture de son rapport moral particulièrement attachant et qui montre le développement progressif de l'œuvre : 4.751 femmes ont été hospitalisées en 1928, et 28.463 consultations données.

Mme Max Levy a traité plus spécialement la question des centres de nourrissons et de placement des enfants qu'il faut souhaiter voir s'étendre davantage chaque année.

Mlle *Anginard* s'est attachée à décrire le développement des consultations de nourrissons, 6.137 consultations avaient été données en 1926, 8.141 l'ont été en 1928, 4,101 objets de layette ont été distribués en 1926.

Que *Madame la Trésorière* nous excuse de ne pas la citer, aussi longuement qu'il serait juste, disons d'ailleurs — et c'est l'essentiel. — que les recettes sont en progression : les dépenses aussi il est vrai ; souhaitons donc une moisson plus abondante encore en 1929, afin de développer plus intensivement les divers services de l'*Appui Maternel*.

Peu d'années se sont écoulées depuis la séance inaugurale constitutive tenue à la clinique Tarnier sous le présidence de M. Paul Strauss et sur l'initiative de Madame Brindeau, l'œuvre grandit régulièrement et elle démontre la nécessité de la création d'un groupement analogue dans chacun des services d'obstétrique des grandes villes. C'est par ce vœu que nous terminerons, sûre d'intérpréter le sentiment de tous ceux qui assistèrent à cette assemblée générale. F.

Association générale des étudiants. — Le Comité de l'Association générale des étudiants de Paris vient de procéder au renouvellement annuel de son bureau.

Le président sortant, M. Dijon (section de médecine), a été réélu. Les nouveaux vice-présidents sont MM. Pierre Paul Josseran (médecine) et Lapeyronnie (droit) ; M. Soulat (pharmacie) a été réélu.

Le bureau est complété de la façon suivante : trésorier, M. Sortais (sciences) ; trésorier adjoint, M. Rodolphe (sciences politiques) ; secrétaire général et secrétaires-adjoints, MM. Parrot-Lagarenne (droit) : Duport (lettres) et Lescouret (Alfort) ; bibliothécaire général, M. Roques (P. C. N.).

Facultés de pharmacie. — Le *Journal officiel* du 16 mars publie un décret réglementant les droits afférents aux examens de fin d'études en vue du diplôme de pharmacie.

« Article premier. — Les droits à percevoir en vue du grade de pharmacien sont fixés ainsi qu'il suit :
Examen de validation de stage à 25 fr.
Seize droits trimestriels d'inscription à 60 fr., soit 960 fr.
Seize droits trimestriels de bibliothèque à 10 fr., soit 160 fr.
Seize droits trimestriels de travaux pratiques de 50 à 60 fr. suivant décision du Conseil de la Faculté.
Trois examens de fin d'année à 50 fr.
Premier examen de fin d'études à 150 fr.
Deuxième examen de fin d'études à 150 fr.
Troisième examen de fin d'études :
Examen afférent à la première partie, 150 fr.
Examen afférent à la deuxième partie, 150 fr.

Art. 2. — Les droits d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont versés dans la caisse municipale ; les droits d'examens acquittés par les mêmes élèves sont versés moitié au Trésor public, moitié à la ville intéressée.

Art. 2. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom au jour indiqué pour l'examen perd le montant du droit qu'il a versé.

Art. 4. — Le présent décret sera applicable à dater du Ier janvier 1929. ».

Congrès international des femmes médecins. — Les praticiennes françaises, qui se sont constituées en association, tiendront un congrès international des femmes médecins, à Paris, du 10 au 15 avril, dans les salles de l'Institut international de coopération intellectuelle (Société des nations), 2, rue Montpensier (Palais-Royal).

La séance solennelle d'inauguration du congrès sera présidée par le recteur de l'Académie de Paris, assisté du doyen de la Faculté de médecine de Paris, en présence du directeur de l'Institut international de coopération intellectuelle.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour :

1° Education sexuelle des enfants et adolescents. Rapporteurs généraux : Mmes les Drs Martindale (Angleterre) et Montreuil-Straus (France).

2° Les analgésiques de l'accouchement. — Rapporteurs généraux : Mmes les Dr Doris-Kunckel (Allemagne) et Nechcovitch Voutchetitch (Yougoslavie).

Des visites auront lieu, le matin, dans divers services hospitaliers. Des réceptions officielles sont organisées, en dehors des heures de travail, et un banquet sera offert aux congressistes par l'Association française des femmes médecins.

Pour adhérer à l'Association française, adresser les cotisations à la trésorière, Mme le Dr Requin, 154, avenue Emile-Zola (compte de chèques postaux 11.70.00 Paris).

Le montant de la cotisation est de 25 francs pour les docteurs en médecine (membres adhérents) et de 5 francs pour les étudiantes en médecine (membres auxiliaires). On peut assister au congrès sans frais d'inscription supplémentaires.

Pour tout autre renseignement, s'adresser à la secrétaire générale de l'Association française, Mme le Dr Montlaur, 29, avenue Rapp, Paris (7e).

Instituteur contre médecin scolaire. — Cet entrefilet, extrait du journal l'*Œuvre*, donne une idée des conflits que ne manquera pas de susciter la fonctionnarisation de la médecine.

Le 14 décembre, l'instituteur de Lacenas (Rhône), signalait au médecin inspecteur trois cas de rougeole qui s'étaient déclarés parmi les écollers.

L'inspecteur ne bougea pas. Le 9 janvier seulement il se présenta à l'école ; à cette date soixante enfants, dans une commune de 560 habitants, étaient atteints de la rougeole. Il établit un rapport concluant au licenciement, mais l'instituteur ne fut pas avisé de la décision prise.

On se demande, dans ces conditions à quoi peut bien servir l'inspection médicale scolaire.

La Ligue des Droits de l'Homme a signalé ces faits au ministre de l'instruction publique. Le Parlement a voté une loi : l'administration doit tenir la main à ce qu'elle soit appliquée.

Nécrologie. — Dr Octave Bornand, de Besançon, décédé à Bonneville (Haute-Savoie), à l'âge de 38 ans.


AVIS
PERRIER . PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des scolioses essentielles

Par le Dr E. GASNE
Assistant à l'Hôpital Trousseau.

Le professeur Kirmisson disait souvent que la scoliose est l'opprobe de la chirurgie orthopédique. Son traitement expose en effet à bien des déboires et présente de grandes difficultés. Or, les nombreux chirurgiens orthopédistes actuels ont bien peu modifié le traitement que Kirmisson donne, dans son livre sur les difformités acquises de l'appareil locomoteur. On trouve chez ceux-ci, comme dans le travail de Kirmisson, toutes les méthodes de traitement exposées l'une après l'autre, mais ce qu'on ne trouve pas, c'est la marche à suivre, c'est ce qu'il faut faire en présence d'une scoliose à tel ou tel degré.

Je sais bien que la chose est d'autant plus difficile que les scolioses (je n'entends que les scolioses essentielles) ne se ressemblent guère dans leur marche, dans leur évolution, dans leur forme, que par suite le traitement doit varier pour chacune d'elles. Il y a pourtant, dans cet ordre d'idées, quelques généralités à connaître. Je n'ai pas la prétention de donner un traitement idéal. Je veux simplement indiquer ici quelques impressions que j'ai acquises en soignant les scoliotiques à l'Hôpital Trousseau, et qui, j'en suis persuadé, ont dû être acquises par d'autres, dans des conditions semblables.

Il est bien entendu que je ne veux parler ici que de la scoliose essentielle, laissant de côté les scolioses statiques, les scolioses pleurétiques, paralytiques, congénitales, rachitiques même et autres.

Il est classique de lui décrire une forme de début, sans déformations osseuses, à déformations se corrigeant dans l'attitude de flexion du tronc en avant : on l'a appelée aussi préscoliose. Or la scoliose a une période de début, bien entendu, mais nous croyons que l'immense majorité des cas de « préscoliose » ne sont pas des débuts de scoliose.

La soi-disant préscoliose. — Ce que nous voyons, ce sont des enfants d'une dizaine d'années, garçons ou filles, qui prennent une « attitude scoliotique » consistant surtout en une incurvation ou inclinaison latérale de la colonne vertébrale avec peu ou pas de torsion : déformation qui disparaît par la flexion du tronc en avant. En réalité ces enfants, en général maigres, malingres, peu musclés sont des instables. Debout, ils prennent de préférence la position hanchée ; assis en classe, ils se couchent sur la table, s'appuyant tantôt sur l'avant-bras gauche, tantôt sur l'avant-bras droit.

D'ailleurs, ils ne restent pas un instant tranquilles, changent facilement de position, et leur cerveau est aussi agité que leurs muscles : incapables d'attention soutenue, ils travaillent mal, et se fatiguent vite. Vous leur avez trouvé une scoliose droite ou gauche, au moment de votre premier examen. Au deuxième examen, la scoliose a disparu, ou elle a changé de côté. Ils n'ont en réalité aucune scoliose vraie. Si vous leur faites faire de la gymnastique orthopédique simple, et surtout de la gymnastique respiratoire vous les transformez rapidement En disciplinant leur système nerveux moteur, autant qu'en fortifiant leurs muscles, vous voyez rapidement disparaître ces attitudes fâcheuses et l'état cérébral de l'enfant s'améliore de la même façon. Mais s'agit-il là de scoliose au début, de préscoliose ? nous ne le croyons pas. Voyons ces enfants, non plus à l'hôpital, mais par exemple à l'école. Ils y sont très nombreux : le médecin inspecteur ne manque pas de leur prescrire de la gymnastique orthopédique et d'en avertir les parents. Mais on peut dire que 19 fois sur 20, les parents insouciants ne font rien et l'enfant n'est pas traité. Or ces enfants deviennent-ils scoliotiques ? Non pas — ils guérissent seuls, sans traitement, mais ils y mettent le temps. Est-ce une raison pour ne pas s'en occuper ? Evidemment non, car le traitement par la gymnastique les amène beaucoup plus vite à la guérison. Leur état général et leur état psychique se modifie bien plus vite, et ces heures consacrées à la gymnastique, loin d'être des heures perdues pour leur éducation, sont en réalité du temps gagné à tous points de vue.

Quant à la scoliose essentielle vraie, nous la voyons aussi débuter à l'école, mais pas chez les mêmes enfants. Ce sont d'abord presque toujours des filles, car les garçons commencent en général leur scoliose plus tard, non plus à l'école, mais à l'atelier où ils sont en apprentissage. Ces fillettes ont bien souvent un état général médiocre. Elles mangent mal, maigrissent, prennent un teint pâle et terreux, leur peau est sèche, leurs extrémités souvent cyanosées et froides. Dès le début elles présentent des déformations osseuses et si l'on peut faire disparaître ces incurvations latérales par la flexion du tronc en avant ou par la suspension, il est bien rare que la voussure costale ou lombaire, indice de la rotation des vertèbres disparaisse complètement par le même procédé.

Quel traitement allons-nous proposer ? Pour le faire logiquement, il faudrait connaître la nature, la pathogénie de la scoliose essentielle, or on ne la connaît pas. Pourtant, il est en général admis que la scoliose est le résultat d'une lésion osseuse primitive, d'un ramollissement osseux dont la nature nous échappe : est-elle trophique ou inflammatoire ? S'agit-il d'une lésion analogue au rachitisme, ou d'un véritable rachitisme tardif comme le voulait Kirmisson ? ou d'une lésion analogue à l'ostéo-chondrite ? Nous l'ignorons, d'autant plus que la radiographie ne nous donne aucun éclaircissement à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, son évolution est assez analogue à celle du rachitisme. Il semble, bien notamment, qu'il existe au début une phase de ramollissement osseux correspondant à un affaiblissement de l'état général, qu'un traitement général est à même de modifier heureusement, comme pour le rachitisme. Or il est illogique de traiter un ramollissement osseux, de quelque nature qu'il soit, par la gymnastique. Dans le rachitisme des membres inférieurs, tout le monde est d'avis de mettre les petits malades au repos absolu, au lit, afin de supprimer les actions mécaniques (pesanteur et contractions musculaires) qui provoquent et entretiennent les déformations osseuses.

Dans la scoliose au début, le repos au lit nous paraît, pour les mêmes raisons, devoir être la base même du traitement, c'est le seul moyen d'éviter la déformation de se constituer ou de s'exagérer. Mais à ce traitement doit s'ajouter celui de la lésion osseuse en elle-même. C'est avant tout un traitement hygiénique. Le grand air, le soleil surtout, l'hydrothérapie, les frictions sèches ou alcoolisées, au besoin des cures de rayons ultra-violets peuvent être prescrites d'autant plus que l'immobilité n'est jamais favorable aux enfants. Or, dans une ville, ces moyens sont inapplicables, il est de toute nécessité d'envoyer ces malades à la mer, ou à la montagne suivant leur tempérament et de préférence dans des établissements spéciaux, où ils seront surveillés et traités mieux que chez eux. Il faudra en même temps, chez ces enfants, rechercher et soigner toutes les tares qui peuvent retentir sur la nutrition osseuse. Il est surtout une chose qu'il ne faut jamais négliger, c'est de s'assurer que les voies respiratoires supérieures sont bien perméables, et bien souvent le traitement devra commencer par l'ablation d'amygdales, d'hypertrophies ou de végétations adénoïdes.

Le traitement endocrinien ne sera pas oublié, presque toutes les scoliotiques ont des règles irrégulières ou très

retardées dans leur apparition. L'ovaire associé ou non à la thyroïde suivant les cas est particulièrement indiquée.

Comme médicament, un seul semble réellement actif, c'est l'huile de foie de morue. Si elle n'est pas digérée, les substances irradiées, et le phosphate de chaux la remplaceront.

Mais au début de la scoliose, c'est le repos au lit qui devra être pratiqué, et non pas seulement le petit repos d'une heure ou deux au milieu de la journée comme on le recommande trop souvent, mais la position couchée, *sur le dos*, sur un lit plat et dur, pendant la plus grande partie de la journée.

L'inconvénient du repos trop prolongé, c'est l'atrophie musculaire qu'il a tendance à provoquer, de telle sorte qu'une scoliose redressée de cette façon aurait tendance à se reproduire plus facilement quand on commence à faire lever l'enfant. Aussi faut-il remédier à cet écueil en faisant faire du massage des muscles, des gouttières vertébrales en insistant sur les muscles de la convexité, et quelques petites séances d'exercices simples, séances courtes, et suivies immédiatement d'une période de repos complet.

Faut-il, à cette période, tenter de corriger la scoliose ? Par des corsets, il n'y faut pas songer : ils empêcheraient absolument le traitement général, ils gênent la respiration et la digestion. Par des mouvements de gymnastique corrective ? nous n'en sommes pas d'avis non plus, celle-ci ne peut être localisée absolument aux muscles recherchés et exige des efforts qu'il faut éviter. Nous préférerions dans les cas où le redressement paraît nécessaire, utiliser soit l'extension continue sur la planche oblique, soit l'appareil à suspension verticale combinée aux pressions latérales, de Kirmisson. En agissant progressivement, et avec prudence on arrive assez souvent à guérir la scoliose au début.

Scoliose au 2e degré. — Mais dans bien des cas, malgré ce traitement, la déformation persiste. Les enfants ont acquis un excellent état général, repris de l'embonpoint, ils n'ont plus cet aspect continuellement fatigué du début de l'affection, ils ne souffrent pas du dos comme souvent au début de la scoliose ; on peut penser que leur état de nutrition osseuse est normal. Que doit-on faire ? A cette période, la deuxième période de la scoliose, quand l'état général est bon, il faut obtenir la correction de la déformation : deux procédés sont admissibles, la gymnastique ou les corsets de redressement.

I. — La gymnastique. — On sait que *la gymnastique* des scolioses peut être divisée en *gymnastique générale*, symétrique, destinée à fortifier la musculature en général, et à assoupir les articulations, et *la gymnastique correctrice* qui tend à développer certains muscles utiles au redressement de la courbure. Si la première est facile à faire exécuter à un groupe d'enfants, et répond à toutes les formes de scolioses, il n'en est pas de même de la deuxième qui exige une surveillance si attentive et des mouvements si variés avec chaque cas, qu'il n'est guère possible de faire travailler plusieurs malades à la fois. Elle est donc difficile à faire exécuter, surtout à l'hôpital.

Cette gymnastique doit être toujours pratiquée avec prudence, surtout dans les scolioses de date récente et quand les enfants se fatiguent, souffrent, maigrissent, on doit la cesser immédiatement pour reprendre le repos ; de même si on s'aperçoit qu'on ne gagne rien, surtout aussi quand la déformation paraît s'aggraver.

II. — Les corsets. — Les corsets de redressement en plâtre, avec fenêtres larges permettant la distension des parties du thorax déprimées, et l'application d'une compression à l'aide de feutres sur les régions voussurées, permettent plus facilement le redressement mais ont toujours le même inconvénient d'atrophier la musculature, et de gêner la respiration et la digestion. D'autre part, s'ils sont faciles à faire pour les scolioses à une seule courbure, ils deviennent difficile à exécuter si la scoliose est à double courbure et presque impossibles quand il y a trois courbures. Il faut alors, soit faire les corsets en plusieurs fois, soit s'adresser successivement aux courbures, en commençant par les principales.

Mais il faut se garder d'opposer l'une à l'autre les deux méthodes de redressement. Toutes deux ont leurs avantages, toutes deux peuvent devenir dangereuses par leur prolongation. On commencera par la gymnastique. A moins qu'elle ne donne des résultats inespérés, on appliquera ensuite un corset plâtré, qui ne sera pas gardé plus de deux mois. Le corset enlevé on reprendra la gymnastique pendant une période semblable, quelquefois plus courte même.

Lorsque l'enfant sera réassouplie et aura refait ses muscles, on recommencera le redressement par un nouveau corset plâtré et on gagnera un peu plus que la première fois. Il est bien rare pourtant qu'on obtienne un redressement complet, il arrive un moment où l'on ne gagne plus rien ; la scoliose a été simplement améliorée ; parfois on n'a pu obtenir que des courbures de compensation qui rétablissent l'équilibre du sujet, mais la courbure primitive n'a pas été modifiée ; force est pourtant de cesser le traitement, nous avons l'habitude de continuer à surveiller les malades, en leur faisant porter un corset orthopédique en coutil avec tuteurs latéraux.

Scoliose au 3e degré. — Enfin il y a des scolioses qui malgré tout traitement arrivent à se fixer définitivement, la colonne vertébrale est devenue absolument raide ; il n'y a rien à gagner, ni avec la gymnastique, ni avec les corsets plâtrés : il n'y a plus qu'à essayer d'empêcher la scoliose de progresser, en faisant porter un corset en cuir moulé. Toute tentative de traitement fatigue la malade inutilement, ou même risque de l'aggraver. Il n'y a plus pour le chirurgien qu'à avouer son impuissance.

L'hyperglycémie dans les furonculoses récidivantes,

Par le Dr M. E. BINET (de Vichy) et F. NEPVEUX.

Nous avons pu observer, ces dernières, années à Vichy, un certain nombre de malades atteints de furonculose rebelle, récidivante, lesquels, présentaient par ailleurs un taux de glycémie anormalement élevé. Nous avons été rapidement convaincus, de par les faits mêmes, que chez eux, la base du traitement, ainsi que l'avait bien vu Mac Glasson, dès 1923, devait être constituée par le régime. En dehors de lui, en effet, la thérapeutique purement anti-infectieuse n'avait donné dans la plupart de nos cas, que des résultats décevants.

La question n'est pas nouvelle. Différents travaux récents ont mis en évidence la fréquence de l'hyperglycéme dans les dermatoses en général, la furonculose en particulier. En dehors des cas d'infection cutanée survenant chez des diabétiques avérés — cas que nous laissons délibérément de côté dans cette étude — divers auteurs ont noté que le taux du sucre sanguin chez les sujets présentant des furonculoses tenaces récidivantes dépassait les limites considérées comme normales.

Highmann, Schwartz et Mahorken en 1916, sur 60 cas de sycosis, de furonculose ou d'acné, trouvaient 26 fois une hyperglycémie.

Mac Glasson, en 1923, publia un travail très documenté comprenant 158 cas, dont un grand nombre concernant des furonculeux. Parmi ceux-ci, plusieurs avaient une glycémie exagérément élevée. Et cet auteur vit bien que seule une diététique rationnelle était capable d'amener la disparition ou l'amélioration rapide des lésions.

En France, Rathery et Froment, dans leur étude sur les hyperglycémies sans glycosurie (*Paris médical*, 12 juin 1926), rapportent 3 cas de furonculose avec 1 gr. 28, 1 gr. 39 et 1 gr. 40 de sucre sanguin. Leurs deux derniers malades, revus après guérison, n'avaient plus d'ailleurs qu'une glycémie de 1 gr. 15 et

1 gr. 20 0/00. Ils concluent à l'existence d'un véritable « *état prédiabétique* ».

Hudelo et Kourilsky (*Presse méd.* 18 août 1926), notent que leurs chiffres les plus élevés ont été observés chez des furonculeux : 1 gr. 59, 1 gr. 79 et même 2 gr. 52 0/00 ; ce dernier d'ailleurs, chez un véritable diabétique ; mais tous étaient aglycosuriques. Marcel Labbé et Nepveux dans 3 cas de furonculose trouvent des chiffres de 1 gr. 31, et 1 gr. 23 et 0 gr. 97 0/00. Lévy Fraenkel et Bertillon (*Journal de médecine de Paris*, 26 octobre 1926), et d'autres encore (Ravaut et Bith Lortat-Jacob, etc.) confirment ces faits.

Nos observations portent sur 21 malades. D'accord avec la majorité des auteurs précédents, nous considérons que la glycémie normale évolue entre les limites extrêmes de 0 gr.80 et 1 gr. 10 (ou même 1 gr. 20) 0/00. Nous ne considérons donc comme hyperglycémiques que les sujets dont la glycémie dépasse ce taux de 1 gr. 20 0/00. Nos dosages ont été effectués par la méthode de Bang, modifiée par H. Labbé et l'un de nous.

Nos sujets se répartissent de la façon suivante : 13 hommes, jeunes pour la plupart (13 à 36 ans), et 8 femmes, entre 23 et 55 ans. Aucun d'eux n'était venu à Vichy pour traiter spécialement son affection cutanée. Cinq d'entre eux accompagnaient simplement une personne de leur famille astreinte à la cure hydro-minérale : cependant l'un était obèse, trois autres présentaient de petits signes d'insuffisance hépatique, tandis que le dernier souffrait de quelques troubles liés à une colite droite.

Parmi les 16 autres, on trouvait :

10 malades atteints d'angiocholécystite subaiguë ou chronique.

4 malades atteints d'insuffisance hépatique.

2 malades atteints d'obésité.

Chez la plupart, l'analyse des urines nous a montré l'existence d'urobilinurie en proportion notable, de la cholalurie et un abaissement appréciable du coefficient azoturique, tous signes témoignant d'un trouble dans le fonctionnement de la cellule hépatique. Ajoutons même que deux de ces sujets souffraient d'accès de migraine répétés et alternés avec des poussées d'urticaire.

Ces 21 malades présentaient une furonculose dont le moins qu'on puisse dire, est qu'elle se montrait véritablement rebelle à la thérapeutique ordinaire. Chez 16 d'entre eux, la vaccination avait été pratiquée, comme il est d'usage courant aujourd'hui, à l'aide, soit de stock-vaccins, soit d'auto-vaccin. Certains avaient même moutré dans l'application de ce traitement une persévérance exemplaire, que seule pouvait expliquer l'ennui provoqué par une éruption incessante développée sur la face et le cou, les épaules et les bras. Or, chez aucun, la vaccination, même à une quatrième ou cinquième reprise, n'avait amené la disparition définitive des poussées éruptives, tout au plus pouvait-on noter chez certains un ralentissement du développement des éléments cutanés ou un espacement des récidives.

Partant de l'hypothèse émise par Mac Glasson, nous avons pensé qu'il pouvait exister chez tous ces malades, dont la cellule hépatique était touchée, ainsi que nous l'avons dit plus haut, un trouble qui tenait sous sa dépendance, ou du moins favorisait considérablement l'éclosion de ces infections cutanées récidivantes. Nous étions ainsi amenés tout naturellement à vérifier l'état de la glycémie chez ces sujets. Les résultats que nous rapportons ci-dessous montrent combien cette conception était justifiée :

Avant traitement	Après traitement
2.14	1.15
2.02	1.06
1.78	1.05
1.68	1.09
1.65	1.16
1.64	1.16
1.60	1.15
1.57	1.20
1.52	1.18
1.45	1.10
1.35	1.06
1.25	1.05
1.20	1.05
1.20	1.06
1.15	0.92

Dès lors nous avons pensé que notre premier devoir, en ce qui concerne la thérapeutique, était de soumettre ces sujets à un régime de restriction globale, de façon à reposer la cellule hépatique, et particulièrement de restriction hydro-carbonée, dans le but de ramener la glycémie à sa valeur normale. Ce premier résultat fut assez facilement obtenu, ainsi que le montre le même tableau précédent.

Mais, fait extrêmement intéressant, nous avons pu constater une amélioration parallèle de la furonculose, amélioration importante, et au dire même des malades, plus appréciable que celle donnée par la thérapeutique vaccinale antérieure. Certes il est difficile de parler de succès complet après un temps d'observation aussi réduit que celui que permet une cure de ville d'eaux. Mais la chose était suffisamment nette pour qu'elle fût notée des malades eux-mêmes.

Il nous a paru que les furonculoses liées à une plus forte hyperglcémie s'atténuaient plus rapidement et dans une mesure plus notable que celles qui s'accompagnaient de taux moindre.

Le premier résultat obtenu est l'arrêt de développement des éléments déjà constitués, fussent-ils même en voie de suppuration, et alors que de nouveaux éléments peuvent encore apparaitre au voisinage. Au bout de 10 à 12 jours, dans les conditions les plus favorables, on peut envisager l'arrêt définitif. Le plus ordinairement, un temps plus long est nécessaire, 1 à 2 mois, d'après ce que nous avons pu savoir de nos malades après leur départ de Vichy, à condition toutefois que le régime initial soit strictement maintenu. Il semble même — fait démonstratif, en soi — que l'abandon même momentané du régime hypoglycémiant ait eu pour effet dans 3 cas de favoriser l'éclosion d'une nouvelle poussée furonculeuse.

Comment interpréter ces faits ? Un premier point mérite de retenir l'attention, c'est la « filiation » diabétique de quelques-uns de nos sujets. Un interrogatoire serré et minutieux nous a permis d'établir que 12 d'entre eux étaient nés de père ou de mère diabétiques, ou encore avaient des collatéraux diabétiques.

Le deuxième point, sur lequel nous avons déjà insisté est l'atteinte fonctionnelle, mise en évidence par l'examen des urines, de la cellule hépatique. Il ne fait donc aucun doute pour nous, qu'en l'espèce, la furonculose était liée à cet état d'anomalie fonctionnelle hépatique, et particulièrement au trouble du métabolisme hydrocarboné que met en valeur le dosage de la glycémie. Faut-il aller plus loin, et voir dans l'infection cutanée un véritable symptôme de diabète, ainsi que le voulait Mac Glasson, ou comme l'ont écrit Rathery et Froment, le témoin d'un état prédiabétique.

Jusqu'ici pareille conclusion ne nous paraît pas suffisamment justifiée, et à l'expression d'état prédiabétique, employée par les uns, ou d'état pseudo-diabétique, employée par les autres, nous préférons celle utilisée par Marcel Labbé et ses élèves, *d'état paradiabétique*, car elle ne préjuge en rien de l'évolution ultérieure.

Quoi qu'il en soit, c'est à des conclusions pratiques que nous désirons aboutir ici, et ces conclusions sont les suivantes :

Il existe un certain nombre de furonculoses qui sont indubitablement liées à un état d'hyperglycémie ; ce sont particulièrement les furonculoses rebelles, récidivantes, que la vaccinothérapie n'arrive le plus souvent pas à juguler. L'infection cutanée déterminante, le terrain paradiabétique » en est la cause favorisante.

Ainsi s'explique que la thérapeutique purement anti-infectieuse ne donne pas les résultats qu'on était en droit d'espérer, tant que le substratum biologique n'a pas été modifié, ramené vers l'état normal. Et nous avons vu même que la seule diététique, améliorant le métabolisme hydro-carboné, exerce une influence particulièrement heureuse sur l'évolution de la furonculose. Le fait n'est pas pour nous étonner.

En cela il en est des infections cutanées comme de toutes les infections en général, évoluant sur un terrain diabétique ou paradiabétique, ainsi que l'a bien montré Marcel Labbé. La diététique agit-elle en modifiant le substratum anatomobiologique, en rendant le terrain moins favorable au développement microbien ? On bien renforce-t-elle la résistance du sujet ? Les deux facteurs interviennent probablement à la fois.

Ainsi donc, en présence de toute furonculose surtout récidivante, sur laquelle la thérapeutique symptomatique n'a qu'une action passagère et inconstante, le médecin doit toujours penser à vérifier la glycémie de son malade. Cliniquement il doit essayer de se faire une idée sur la manière dont s'effectue le métabolisme des hydrates de carbone.

Il doit rechercher pour quelles raisons ce métabolisme peut être troublé, et s'orienter vers l'idée d'une déficience de la cellule hépatique. Enfin il doit faire vérifier, par le laboratoire, l'état de la glycémie à jeun. Muni de ces renseignements il pourra instituer une thérapeutique rationnelle, dont il y a tout lieu d'attendre de beaux succès.

En terminant, et sans vouloir parler de la cure thermale proprement dite, nous ne pouvons que relater les heureux effets obtenus dans beaucoup de ces cas par l'application locale immédiate d'une eau de Vichy (Source Lucas), prise au griffon sur les furoncles en foie de suppuration ou déjà ouverts. Faut-il y voir, comme le voudraient certains, une action réellement spécifique ? Faut-il admettre au contraire, avec Brumser, que l'eau agit par ses propriétés alcalines, en modifiant l'acidose locale des tissus provoquée par l'infection ? Des recherches plus approfondies sont encore nécessaires pour trancher le problème.

VARIÉTÉS

Un bal d'étudiants et d'artistes au quartier latin en 1874

La salle des Ecoles de la rue d'Arras : du Théâtre à l'Eglise.

« Que faire pour remercier ces charmantes jeunes femmes et ces aimables apprentis comédiens pour la franche camaraderie qu'ils nous témoignent ? » disait Joseph Collinet à Paul Gerne, sur l'impériale de l'omnibus Clichy-Odéon, en redescendant la rue Montmartre le 15 février 1874. — Les deux amis avaient passé l'après-midi très agréablement dans le minuscule théâtre de la rue de la Tour-d'Auvergne, avec la joyeuse troupe des élèves du professeur de déclamation Talbot, sociétaire de la Comédie-Française ; élèves aussi du Conservatoire, ces artistes constituaient une pépinière pour l'Odéon, la Comédie-Française, le Vaudeville.

« Ils nous donnent souvent des billets gratuits pour les théâtres, nous font partager la gaieté de leurs répétitions. Nous leur devons quelque autre plaisir en échange », continua Collinet.

Collinet était officiellement un Prix d'honneur de rhétorique au Concours Général, candidat à l'Ecole normale supérieure : mais sa principale occupation n'était pas de s'y préparer en dépouillant les auteurs inscrits au programme et en revisant ses cours de philosophie et d'histoire. Il passait une bonne part de son temps chez son camarade Paul Gerne, logé, il est vrai, en face de l'Ecole, et ce voisinage pouvait lui procurer l'illusion qu'il n'avait que quelques pas à faire pour y entrer.

Ce camarade était nominalement étudiant en médecine et effectivement il consacrait ses matinées aux hôpitaux, mais il passait le reste de sa journée à donner des leçons de toute sorte de choses à toute sorte de gens et les soirées à combiner avec Collinet des scénarios de comédies.

Car tous deux étaient dévorés par la théâtromanie. C'était leur passion pour l'art dramatique qui les avait conduits à se lier avec la jeune troupe tragique et comique du théâtre de la Tour-d'Auvergne, où ils passaient le plus de temps qu'ils pouvaient.

Après un assez long silence Paul Gerne s'écria : « Si nous donnions un bal ? » — Et après mûre réflexion : « Je dis : un bal suivi d'un souper ! » — « Un bal et un souper ? Mais l'argent ? En as-tu ? Moi, j'ai quelques francs en poche pour finir le mois de février. » — « Moi, pas davantage. Mais voici venir le 1er mars. J'ai des leçons à toucher.

« Et puis, j'ai deux idées. On pourrait organiser, dans une salle que nous louerions, une représentation à entrées payantes qui attirerait nos camarades des Ecoles. Nos camarades de Montmartre joueraient quelques saynètes. Je connais un musicien qui ferait des intermèdes, et à minuit spectateurs et acteurs fraterniseraient en dansant et soupant : les frais seraient amortis, sinon tout à fait payés, par les spectateurs.

« Je crois que nous aurions à crédit le souper de notre gargotier Boucantini ; je le soupçonne d'être un protecteur éclairé des arts, des sciences et des lettres. » — « C'est à voir, mûrissons le projet ! » fut la conclusion.

La maturation fut si rapide que le 4 mars le plan se réalisait, à vrai dire, non sans peine.

Il avait fallu d'abord trouver une salle à louer, qui fût au centre du Quartier, ni trop grande, ni trop petite, où on pût dans la même soirée organiser successivement une représentation, un bal et un souper. Elle se rencontra, après d'actives recherches, dans une rue peu fréquentée, qui grimpe le long de la Docte Montagne de la rue des Ecoles à la rue Clopin.

Cette rue porte aujourd'hui le nom de *rue d'Arras*. Elle longeait jadis l'enceinte de Philippe-Auguste et s'appela d'abord rue *des Murs* ; elle devint par corruption rue *Dras* ou rue *du Ras*, à cause du collège d'Arras, qui y fut fondé au XIVe siècle par Nicolas de Cauderlier, chanoine de Saint-Vaast-d'Arras. Au XVIe siècle, elle s'appela ensuite rue du *Champ-Gaillard*, parce qu'elle était fréquentée particulièrement par des filles publiques ; mais elle reprit son nom sous Henri IV, qui y avait installé une caserne d'hommes d'armes.

En 1874, c'était une voie bien tranquille, qui ne devenait bruyante que dans les périodes électorales, parce que dans une de ses maisons se trouvait une salle qui servait aux réunions publiques, connue sous le nom de *Salle des Écoles* : un rez-de-chaussée rectangulaire, au fond duquel se dressait un plancher surélevé pour le bureau ; au-dessus de la salle régnait une galerie. C'est sur ce local que les entrepreneurs novices de représentation théâtrale et de bal jetèrent leur dévolu.

La location n'était pas d'un prix excessif. Mais le local n'était ni gai, ni propre. Il fallut s'ingénier pour le transformer en un lieu de plaisir.

Paul Gerne avait appelé à son aide un sien cousin, qui, sous le nom fringant de Leprince de Maleville, débutait dans l'architecture au sortir de l'école des Beaux-Arts. Cet artiste conçut bientôt un plan qui prit corps très vite.

Sur la scène un décor simple, exécuté à grands coups de brosses, et quelques mètres d'étamine flamboyante en guise de manteau d'arlequin. Les murs devaient être égayés par des guirlandes de feuillages, fixées par quelques appliques de cuivre destinées à supporter des bougies. Un lustre en fils de laiton, dissimulés aussi sous des feuillages et quelques fleurs, descendait du plafond de la salle.

Pour réaliser cet ensemble décoratif végétal au moindre prix les organisateurs se trouvaient dès le lever du jour aux Halles, avec une charrette à bras. Ils revînrent par le Marché aux Fleurs et dès le début de la matinée, l'architecte ordonnateur en bras de chemises comme la demi-douzaine de camarades volontaires, dirigeait l'exécution. C'était un tintamare de coups de marteaux, d'éclats de rire et de chansons joyeuses.

Le déjeuner fut pris sur le chantier et sur le pouce : des charcuteries variées, fromage et bière à discrétion et le café au milieu de la fumée des pipes et cigarettes.

A la fin de l'après-midi tout était prêt à recevoir les invités.

Une propagande faite parmi les étudiants des diverses Facultés avait été fructueuse. Un caissier, docteur en droit, vendaitdes tickets donnant droit, suivant le prix, à la représentation seule ou au bal et au souper ensuite ; le contrôleur était un licencié ès lettres, et distribuait des contremarques ; les ouvreuses, représentées par des commissaires à la boutonnière fleurie. Un ingénieur de l'Ecole centrale était dans le trou du souffleur.

Les invités de la Rive droite, comédiennes et comédiens, gens de lettres et peintres, rivalisèrent d'entrain. Le programme comportait des pièces en un acte, alors en vogue, de Labiche, Gondinet, Meilhac.

Dans les entr'actes se fît entendre un violoniste slave, à longue crinière flavescente, lauréat d'un Conservatoire russe ou polonais, qui, venu à Paris pour y chercher la gloire et la fortune ,végétait dans un petit hôtel meublé du Quartier latin. Appelons-le Colophanewski.

Il fut comblé de joie quand on lui soumit la proposition de se faire entendre d'un public choisi : une difficulté pourtant, il avait dû mettre en gage au Mont de Piété son habit de soirée. On lui offrît de le dégager et sa joie fut sans mélange. Il avait d'ailleurs un réel talent et se fit applaudir à plusieurs reprises. Au souper il se grisa à la polonaise ou à la russe.

La représentation terminée, la plupart des spectateurs se retirèrent pour se répandre à leur ordinaire dans les cafés ou sur le Boul'Mich.

Mais ceux qui avaient souscrit pour le bal et le souper restèrent, et des présentations ayant été faites entre étudiants et artistes, le bal commença. Un piano de location, énergiquement dominé par quelques poignes vigoureuses qui se relayaient suffit comme orchestre.

Les danseuses avaient relevé leurs charmes naturels par plus de mousseline que de satin et de grâce que de bijoux. Les organisateurs avaient rapporté le matin tant de bouquets de violettes que chacune avait le sien.

A cette époque les danses étaient, sans comparaison possible, plus décentes et plus gracieuses (quadrilles, valses, polkas, mazurkas et scotish) que les fox-trotts, tangos, charleston d'aujourd'hui.

Quand vint l'heure du souper, on put voir que le gargotier Boucantini avait fait les choses dignement ; beaucoup des invités étant les clients de sa pension, il avait cherché à ne les point mécontenter : ni les huîtres, ni le foie gras, ni le champagne n'étaient critiquables.

Les danses reprirent après le souper avec plus d'animation encore jusqu'aux premières lueurs de l'Aurore aux doigts de rose. Les doigts de celle-ci étaient d'abord moins roses que les joues des danseuses.

Mais, quand le soleil parut, tout à coup l'aspect des visages changea ; la fatigue était visible sur les traits tirés et les figures pâles des jeunes gens des deux sexes. Il fallut songer à la retraite.

La dispersion s'opéra ; mais bien des couples ne se quittèrent qu'après promesse de se revoir. Plus d'un roman s'ébauchait.

> Et plus d'un bouquet de corsage,
> Avec insistance imploré,
> Fut pour un danseur préféré,
> Un souvenir... ou même un gage.

Tout le monde paraissait content. Seuls les organisateurs, recrus de fatigue, demeuraient comme hébétés ; ils allèrent dormir douze heures sans désemparer.

Ils se réveillèrent d'abord satisfaits et fiers ; mais le désenchantement vint avec l'examen des comptes et la présentation des factures.

Malgré le nombre des spectateurs, la recette du spectacle était loin de couvrir les frais du souper Paul Gerne et Joseph Collinet demeurèrent chargés d'un lourd passif, qu'ils mirent de longs mois à éteindre.

Epilogue.

Plusieurs années après, Paul Gerne, ayant renoncé au Satan théâtral, à ses pompes de toiles peintes et à ses œuvres dramatiques, rentré dans le giron de la Faculté de médecine très salubre, descendait un matin de son logis panthéonien vers l'Hôtel-Dieu en suivant la rue d'Arras ; l'envie lui vint de revoir cette salle à laquelle étaient attachés d'agréables souvenirs.

Il franchit la porte. Des chants pieux frappent son oreille. Serait-ce une Schola cantorum ? Mais les voix ne sont guère d'accord et les paroles sont françaises.

Il entre dans la salle. O surprise ! Une cinquantaine de personnes d'âges divers sont agenouillées et prient ou chantent.

Sur la scène, que voit-il ? Mais ce n'est plus une scène, non plus même une estrade pour le bureau d'une réunion publique ou d'une assemblée d'actionnaires.

C'est le chœur d'une chapelle, dans lequel un homme âgé, d'aspect imposant, dit la messe en français !

Ce prêtre, Paul Gerne l'a déja vu : c'est l'abbé Charles Loyson, le schismatique, le « R. P. Hyacinthe, des Carmes », dont l'éloquence attirait jadis la foule catholique et dont la voix puissante faisait résonner les échos de Notre-Dame : cette voix, il l'avait entendue aussi dans le vaste Cirque d'Hiver, quand l'apôtre d'un culte nouveau, celui des Vieux-Catholiques, cherchait à convaincre les Parisiens par une conférence laïque de la légitimité de son apostasie.

Hyacinthe Loyson ignorait sans doute qu'une bande joyeuse d'artistes et d'escholiers avait sacrifié naguère aux Muses de la comédie, de la musique et de la danse en ce lieu où il enseignait les rites d'une Eglise nouvelle. Mais, s'il le savait, il n'en devait pas être plus choqué que d'avoir prêché jadis, en robe de moine, dans la Cathédrale où, sous la Révolution, les chœurs de l'Opéra célébraient le culte de la Déesse Raison, figurée par une actrice.

Et Paul Gerne s'en alla philosophant sur l'imprévu des évènements humains, qui amène en certains lieux des successions de faits si disparates. Paul LE GENDRE.

CHRONIQUE

Les arthrites gonococciques.

Pendant les années, des candidats à l'internat des hôpitaux de Paris ont appris, entre toutes les questions de leur programme, les symptômes et le diagnostic du rhumatisme blennorrhagique et nous considérions cette question comme le type de la question médico-chirurgicale, tout en ne faisant aux traitements chirurgicaux qu'une part minime. Tout cela est changé. Voici qu'en un beau livre, précis et convaincant, MONDOR (1) nous claironne qu'il s'agit, au contraire, d'une maladie justiciable uniquement du chirurgien, soit que celui-ci surveille l'évolution de la maladie, soit qu'il intervienne de façon active.

« Il y aurait un grand intérêt, dit en débutant MONDOR, à ne pas laisser appeler rhumatisme ou pseudo-rhumatisme les complications articulaires de la blennorragie. Les débarrasser de cette dénomination impropre et les appeler arthrites serait déjà faire beaucoup pour leur juste réputation de gravité. »

Jadis FOURNIER avait plaidé pour ce mot de rhumatisme. « Le terme arthrite est doublement mauvais, disait-il, parce que, d'une part, il ne saurait être convenablement appliqué à des fluxions articulaires qui n'ont pas toujours, tant s'en faut, les caractères aigus et la gravité de l'arthrite ; parce que, d'autre part, il n'y a pas dans le rhumatisme blennorragique que des accidents articulaires. Mauvais pour mauvais, je préfère encore le mot de rhumatisme qui, du moins, a l'avantage d'être une désignation vague et pouvant embrasser, dans sa généralité, l'ensemble de ces déterminations morbides ». A ceci, MONDOR répond que la complication articulaire de la blennorragie est bien une arthrite grave et qu'il ne faut plus conserver ce terme de rhumatisme, dont on a baptisé, dans le vague et avec mollesse, une lésion infectieuse singulièrement mordante. Il faut savoir donner à chaque métastase gonococcique le nom qui lui convient : la localisation articulaire, c'est l'arthrite gonococcique et cette arthrite gonococcique est, souvent, une affection d'ordre chirurgical, qui nécessite une surveillance par le chirurgien ou l'orthopédiste et elle doit être tenue pour grave, car le gonocoque fait parfois, en quelques semaines, ce que le bacille de Koch met quelquefois des années à faire.

***

Etiologie. — La *fréquence* des complications articulaires dans la gonococcie est de 3 %.

(1) Henri MONDOR.— *Les arthrites gonococciques.* Un vol., chez MASSON ET Cie. éd. Paris, 1928.

Lésion initiale. — L'uréthrite est, de beaucoup, la porte d'entrée la plus fréquente chez l'homme et, de même chez la femme, toute localisation gonococcique courante (vulvite, vaginite, urétrite).

Certes beaucoup d'autres sources (conjonctive, anus, etc.) peuvent être incriminées. Mais, pour se tenir dans la pratique courante mieux vaut insister sur l'uréthrite.

Il n'est pas exact, que l'arthrite complique surtout les uréthrites intenses : un écoulement moyen ou insignifiant peut fort bien causer un rhumatisme long et grave. L'uréthrite chronique se complique des mêmes arthrites que l'uréthrite aiguë.

La profondeur des lésions est très importante : une uréthrite bénigne peut se compliquer, mais dans la règle, il s'agit d'une uréthrite postérieure.

Le rôle des vésicules séminales a fait l'objet de très nombreux travaux. Certains auteurs y voient les vrais réservoirs de l'infection gonococcique : Fuller, surtout, qui, en 1904, ayant pratiqué la sémino-vésiculotomie sur un jeune garçon atteint d'arthrite, eut un résultat si vite satisfaisant, qu'il fit de cette méthode le traitement de choix.

Causes pédisposantes. — Il faut insister sur la prédisposition vraie que crée une première atteinte : un malade soigné pour arthrite gonococcique doit être prévenu du risque presque fatal des nouvelles atteintes et du danger de contracter une autre blennorragie.

Les prédispositions familiales seraient hypothétiques, pour Mondor ; mais il a remarqué dans maintes observations, un état local particulier et véritablement antécédent : acroasphyxie, ou cyanose, ou troubles circulatoires plus légers des mains et des pieds.

Le rôle du traumatisme est discutable. Ce qu'il faut retenir de plus sûr, c'est qu'en présence d'une arthrite importante, on doit s'appliquer à discerner ce qui revient à l'inflammation et, dans les cas positifs, ne pas accepter l'étiologie traumatique, mais s'acharner dans la recherche du gonocoque. En revanche, il serait injuste de toujours rejeter le rôle de traumatisme ; mieux vaudra savoir apprécier sa valeur favorisante dans la localisation de l'infection.

Evolution de l'uréthrite. — Pour les uns, les arthrites s'observeraient, surtout, au cours des uréthrites négligées ou non traitées ; pour les autres, au contraire, elles seraient surtout fréquentes après un traitement trop précoce ou trop énergique par les balsamiques.

Le traitement abortif de l'écoulement n'en met pas à l'abri, non plus que le traitement vaccinothérapique.

Certains gonocoques seraient-ils plus virulents ou plus « arthrophiles » ? C'est un point mal élucidé.

La *date d'apparition de l'arthrite,* au cours de la première uréthrite, c'est généralement vers la troisième ou quatrième semaine, c'est-à-dire quand 'extension en prolondeur du processus infectieux s'est faite.

Sur les 54 malades dont Bennecke étudia les observations, chez un seul malade, l'écoulement semblait tari au moment de la métastase articulaire ; mais ce sont surtout les uréthrites anciennes qui donnent naissance aux arthrites.

Les *deux sexes* sont également exposés.

La *gestation, l'accouchement,* exposent aux complications de la blennorragie ; pour certains auteurs, l'apparition des arthrites blennorragiques au cours de l'époque menstruelle serait la règle.

Siège : genou surtout, puis poignet, tibio-tarsienne, et toutes les autres articulations, y compris la hanche et la sacro-iliaque.

La coxite blennorragique est importante ; mais l'arthrite sacro-iliaque, souvent méconnue, mérite de longues recherches ; et, dans les sciatiques dites blennorragiques ou rhumatismales, une révision des observations ou une enquête sagace, chez les malades actuels, ferait la part plus belle à cette arthrite sacro-iliaque et établirait. mieux que dans les travaux les plus récents, l'importance de son rôle dans l'explication des phénomènes douloureux de cette région.

***

Anatomie pathologique. — *Lésions de la synoviale.*

Lésions du cartilage. — Ce sont des lésions importantes dont Ollier puis Walther ont, à plusieursre prises, mis en évidence l'intérêt de pronostic : les résultats éloignés seraient étroitement sous la dépendance de l'état du cartilage.

Les *lésions des tissus périsynoviaux* tiennent depuis longtemps une grande place dans l'esprit des auteurs et cette place est justifiée.

Lésions ostéopériostiques. — Autant les auteurs ont jusqu'ici complaisamment insisté sur les lésions péri-articulaires et trouvé, dans leur association aux lésions articulaires, l'explication de bien des mauvais cas, autant on a laissé dans l'ombre les lésions osseuses ; quelques auteurs mêmes les ont niées. Pourtant elles n'avaient pas été sans frapper quelques observateurs anciens. L'usage plus courant du contrôle radiographique des arthrites gonococciques assure et assurera plus encore dans l'avenir, aux lésions ostéopériostiques, une place meileure que ne le font les descriptions aujourd'hui classiques

Lésions ostéomyélitique. — Ostéomyélites aiguës juxta-articulaires.

Les lésions microscopiques sont ensuite exposées en détail et avec de belles illustrations par Mondor.

Arthrites prolongées. — Mondor a étudié les lésions d'un certain nombre d'arthrites depuis longtemps soignées par les traitements médicaux usuels les plus vantés : les changements anatomiques y sont importants et, parfois, terri..ants.

***

Pathogénie. — La découverte du gonocoque semblait, en effet, devoir simplifier la question et la condenser heureusement, puisque, moins de dix ans près, la pathogénie pouvait être présentée par de Lapersonne (1886) de la façon suivante: « Dans la grande majorité des cas, l'arthrite est bien souvent sous la dépendance directe de l'infection génitale, produite elle-même par la présence d'un micro-organisme ».

Mondor élimine rapidement, comme élément pathogénique important, les microbes associés, les toxines gonococciques et les lésions nerveuses.

La théorie dite théorie nerveuse voudrait que le gonocoque ou ses toxines agissent par l'intermédiaire du système nerveux, au moins dans certains cas. Ses partisans se fondent sur les troubles trophiques rapides et intenses, les amyotrophies distantes de l'articulation malade, l'hyperkératose, le tremblement fibrillaire, l'exagération des réflexes, les algies symétriques, les douleurs fulgurantes. Ces arguments leur ont paru permettre de décrire à côté des arthrites blennorragiques inflammatoires des arthrites myélopathiques (Milian) ; seul un mécanisme médullaire leur paraissant pouvoir expliquer les troubles énumérés. Les expériences de Kraspareck sur l'influence du système nerveux, la localisation des microbes leur ont paru un argument expérimental à utiliser : lorsqu'on coupe un des sciatiques à un animal et qu'on lui injecte ensuite, dans une veine, une culture de staphylocoque, pneumocoque ou streptocoque, on produit une arthrite et une ostéomyélite seulement du côté où le sciatique a été coupé. En réalité, aucune démonstration scientifique rigoureuse n'a été encore donnée des myélopathies, de la méningomyélite, de l'étape médullaire intermédiaire du retentissement trophique sur les articulations.

La vérité est que le rôle pathogénique du gonocoque lui-même est chaque jour mieux vérifié : actuellement, ceux qui prennent soin de s'entourer des précautions nécessaires trouvent, sept ou huit fois sur dix, le gonocoque dans le liquide articulaire.

Quel chemin suit le gonocoque migrateur ?

Quel segment articulaire atteint-il le premier ?

La voie de propagation est la voie sanguine. On a vu le

gonocoque s'y engager, la parcourir et on l'a vu à bout de course. Toutes ces étapes ont été étudiées.

Si l'on s'applique à saisir l'essentiel, c'est-à-dire à aller chercher sous le microscope le lieu de l'infection maxima, on voit que c'est toujours au niveau même de la synoviale.

***

Etude clinique. — MONDOR étudie successivement les diverses formes cliniques et les formes suivant la localisation (arthrites vertébrales, pieds blennorragiques, etc.). Nous ne le suivrons pas dans cet exposé.

Je signalerai, cependant, les pages consacrées aux arthrites de la femme enceinte et aux arthrites puerpérales. Les arthrites, brusquement écloses en pleine gestation ou après l'accouchement, sans que nulle manifestation blennorragique antérieure puisse en faire soupçonner la nature, peuvent être gonococciques. Mondor insiste sur la fréquence des arthrites à gonocoque chez les femmes enceintes et chez les accouchées et sur la méconnaissance habituelle de la coxite en particulier. Il possède une radiographie d'une hanche d'une femme couchée six mois pour ce qu'on crut une phlébite puerpérale. C'était une coxite blennorragique dont les séquelles furent graves. Pendant le même temps, le mari avait une épididymite et la petite fille une ophtalmie compliquée d'arthrite temporo-maxilaire.

Ces arthrites gonococciques sont trop souvent négligées des cliniciens. Chez une femme enceinte ou accouchée, la cuisse augmente-t-elle de volume : on dit phlébite, on prescrit la gouttière. Quand on enlève la gouttière, il y a quelquefois une luxation pathologique du fémur. Au chapitre coxite, M. donne une observation qui aide à vérifier ce risque de grave erreur. On a appelé phlébite ce qui était arthrite de la hanche. Autre erreur, quand une femme accouchée ou après une fausse couche, a une arthrite évidente du coude ou du genou, on dit arhrite puerpérale et on accuse, sans vérification, le streptocoque.

La recherche de la preuve bactériologique est un devoir dans ces cas.

Il ne paraît pas acceptable de maintenir, la division proposée par MM. DELMAS (de Montpellier) et ROGER (de Montpellier) : les arthrites de la grossesse sont à gonocoques, les arthrites après l'accouchement sont à streptocoques.

Les arthrites des enfants sont également exposées en détail ainsi que certaines localisations, telle la coxite blennorragique qui a été l'objet de travaux personnels importants de MONDOR.

***

Les **complications** de l'arthrite sont multiples et constituent des éléments d'aggravation. Parmi elles, signalons les pages consacrées aux luxations pathologiques et aux atrophies musculaires. Signalons, aussi celles qui sont consacrées à la kératose.

***

Pronostic : l'évolution vers l'ankylose est la plus grande complication.

***

Examen radiographique. — Peut-on, grâce à la radiographie, fixer les étapes de l'arthrite ? Peut-on dire la phase aiguë à tels signes, la phase chronique tel autres, la convalescence les siens, ou comme BORKOW : il y a une phase de for-mation d'ombre, une phase de disparition des contours, une phase ou les contours reparaissent et où apparaissent des saillies anormales ? C'est là un chapitre nouveau, auquel MONDOR apporte une importante contribution, en liaison ave son opinion sur la gravité des lésions osseuses.

***

Diagnostic. — Diagnostic clinique, recherches de laboratoire. Diagnostic cytologique. Diagnostic bactériologique : on recherchera le gonocoque dans l'urétrite, la vulvite, la vaginite, la métrite, les lésions annexielles, le sperme ; la recherche du gonocoque à la source est un devoir pressant : sa découverte, même chez l'homme, pourra cependant être difficile.

Hémoculture. — La recherche du gonocoque dans le sang doit être entreprise dans toute polyarthrite grave ; malheureusement, elle est difficile : la bactériémie n'est pas constante, elle se fait par décharges passagères : c'est une infection réitérée avec foyers métastatiques, ce n'est pas une septicémie vraie, même lorsque les foyers endocardiques semblent pouvoir permettre l'inoculation continue du sang. De plus, l'instabilité du microbe, les difficultés générales de sa culture, expliquent tous les cas d'examens restés négatifs, tandis que progressait la gravité de l'infection.

Diagnostic biologique.

Séro-diagnostic.

Cutiréaction.

Réaction de fixation.

***

Traitement. — MONDOR adopte la conclusion de KONIG, qui, dès 1900, disait : « Les arthrites blennorragiques sont une maladie d'un ordre souvent chirurgical au moins autant qne la tuberculose articulaire ».

Il donne quelques raisons de ses préférences pour le traitement chirurgical ; ces raisons, il les tient de l'étude de plus de quatre-vingt observations personnelles et du dépouillement de plus de trois mille observations publiées,

A. *Traitement de la blennorragie.* — Il convient de retenir comme faits instructifs et démontrés :

1° toute récidive, toute recrudescence, toute exaltation urétrite peut faire renaître, peut aggraver les arthrites.

2° les traitements de l'urètre, les traitements des vésicules séminales ont à leur actif d'incontestables améliorations et guérisons des lésions articulaires.

3° au surplus, le meilleur traitement préventif des rechutes d'accidents articulaires est le traitement de l'infection initiale urétrale, péri-urétrale, génitale.

B. *L'immobilisation* sera pratiquée sans retard, aussi complète que possible ; elle constitue l'indication primordiale pour certains. L'immobilisation a donné à tous ceux qui ont vu beaucoup d'arthrite gonococciques cette fréquente satisfaction de voir, en effet, le premier jour de l'appareil plâtré, diminuer assez sensiblement les phénomènes douloureuxpour faire espérer au malade une guérison très prochaine. Mais deux autres indications, pour MONDOR, doivent faire envisager et soigner l'immobilisation : l'une, c'est la protection des surfaces articulaires contre l'usure par compression et la luxation pathologique. Autant, pour bien des formes sans gravité, immobiliser l'article et s'immobiliser dans cette seule thérapeutique serait une pratique paresseuse et néfaste, autant laisser une hanche exposée à la luxation, faute d'une extension continue appliquée tôt et surveillée chaque jour, serait une cruelle négligence. L'autre indication est celle-ci : certaines arthrites se révèlent plastiques, ankylosantes invinciblement, il est d'une pratique sommaire et courante de laisser l'ankylose s'établir dans la position choisie par la malade : cette passivité du thérapeute est malheureuse : il faut savoir quelle est l'attitude d'ankylose la moins défavorable pour chaque articulation, et c'est vers cette attitude qu'il faudra, si l'ankylose semble inévitable, diriger le membre. Ainsi seront évités bien des coudes en flexion insuffisante, bien des pieds équins, bien des genoux fléchis, etc.

Ceci dit, l'immobilisation, dans la plupart des cas, est un traitement regrettable ; MONDOR a pu trouver 90 observations de malades soignées ainsi : les résultats ont été mauvais : il n'y a eu que 27 guérisons.

Mobilisation.

Massage. Les résultats sont jugés avec optimisme et énumérés avec une confiance par certains. D'autres auteurs, avec moins de verve, ont pu se louer des massages. Mais plus nombreux sont les juges sévères, intransigeants, qui trouvent la méthode nuisible ou néfaste.

Médicaments. La révulsion locale a été espérée grâce aux cataplasmes.

Il est inutile de rappeler en tête d'une énumération qui apparaîtrait à la fois longue et insuffisante ce qu'un bon médecin a pu dire : « Le traitement médicamenteux de l'arthrite blennorragique n'existe pas. » (Thibierge.)

La médication hydrargyrique a survécu, dans quelques esprits, à la croyance ancienne qui lui a donné sans doute naissance et qui faisait de syphilis et blennorragie la même maladie. Les iodures ont été fort vantés. L'arsenic est encore en faveur (communications de Janet et Lévy-Bing ; recherches de Duroeux). Aujourd'hui depuis Balzer, Frayer, Richardière, Bouchard, etc., etc., les médecins s'accordent, presque unanimement, à souligner l'inefficacité du salicylate de soude et, mieux encore, à voir dans cette inefficacité la preuve de la nature blennorragique des lésions.

La médication colloïdale, le soufre, le mercurochrome, par injection intraveineuse, la trypaflavine ont été employés.

Aldemann, sur les conseils de Marion, a étudié très récemment, l'action de la gonacrine contre les écoulements urétraux ; les chiffres de guérison ne sont pas brillants ; l'action dans les cas d'orchite et de rhumatisme a été plus nette : trois observations (hydrarthrose rebelle, spondylose, spondylose rhizomélique) semblent démonstratives.

La *ponction*, avec ou sans injection modificatrice, la chaleur ont été utilisées de bien des façons, de même que la méthode de Bier et la diathermothérapie.

La radiothérapie a été souvent appliquée, et quelquefois avec bonheur. Cérésole a été jusqu'à attribuer aux rayons X « une action presque spécifique contre l'arthrite blennorragique ».

Citons aussi l'autosérothérapie, l'auto-hémothérapie, l'exsudothérapie qui consiste à réinjecter à un malade le liquide contenu dans les phlyctènes qu'un vésicatoire appliqué sur les téguments a provoquées ; la protéinothérapie, la protéinothérapie par le lait, la sérothérapie, la sérothérapie spécifique (sérum de l'Institut Pasteur) sous la peau ou en injection intra-articulaire.)

Mode d'action du sérum. — Avant de croire ou de laisser conclure à une action spécifique, il faut recueillir les paroles de Netter : « Les arthrites suppurées peuvent être rapidement et définitivement guéries par des injections intra-articulaires de sérum non spécifique. On ne se méprendra pas, je l'espère, sur le but de ces observations. Je reste un partisan très convaincu de la supériorité de la sérothérapie spécifique. J'estime qu'on serait coupable de ne pas y recourir dans tous les cas où l'agent pathogène peut être précisé et ou nous possédons contre lui un sérum spécifique. Il est, à mon sens, cependant nécessaire d'affirmer que le sérum même non spécifique, peut être employé utilement dans les cas où les conditions précédentes ne sont pas réalisées et aussi que les effets locaux d'un sérum spécifique ne doivent pas toujours être exclusivement attribués aux anticorps qu'il renferme ».

On a pratiqué aussi la sérothérapie intraveineuse (1).

Au total, le sérum antigonococcique de M. Nicolle est doué de propriétés thérapeutiques spécifiques et ne peut être, dans aucun cas, remplacé par un sérum quelconque. Les chocs qu'ils provoquent paraissent à Mondor un adjuvant utile. Ils ne présentent pas d'inconvénients fâcheux à la condition d'observer les précautions indiquées : il n'y aurait aucun avantage à les supprimer complètement. Seule la sérothérapie antigonococcique par voie veineuse lui a donné des résultats constants dans tous les cas d'arthrite et de gonococcémie où il l'a employée. Elle lui apparaît la meilleure méthode thérapeutique qui soit indiquée dans les formes septicémiques de la blennorragie. Dans le traitement des arthrites aiguës, par son action rapide sur la douleur et les exsudats articulaires, elle est la méthode de choix qui permettra le massage, la mobilisation précoce et évitera l'évolution vers l'ankylose. Dans le traitement des arthrites anciennes, surtout si celles-ci sont encore le siège de poussées inflammatoires discrètes, elle donnera parfois des résultats inespérés. Ces effets thérapeutiques ont été constants, dans tous les cas traités jusqu'à ce jour (décembre 1926).

La vaccinothérapie a été employée aussi.

Quelques auteurs croient à une vaccination vraie, à une action spécifique ; d'autres croient plutôt à une protéinothérapie déguisée.

* * *

Le **traitement chirurgical** est souvent très utile. Le premier temps sera l'arthrotomie, mais ce n'est pas tout. Les chirurgiens ont appris, pendant et depuis la guerre, l'importance qu'il y a à refermer soigneusement une articulation ouverte et à écarter les affreuses complications des longs drainages articulaires.

A ce moment de l'opération, la toilette articulaire faite, comment terminer ? Autrefois, sauf pour quelques opérateurs, novateurs peut-être, mais peu suivis, la règle était de drainer, le plus souvent de drainer largement et assez longtemps.

C'est une pratique désuète et détestable.

Il faut refermer presque toujours et non seulement pour les hydarthroses, ce qui est l'évidence, mais pour les arthrites aiguës, phlegmoneuses et suppurées. Au maximum et à titre, tout à fait exceptionnel et pour ces dernières (pyarthr oses) un petit drain court, un jour ou deux.

Les synovectomies, les résections précoces, les résections secondaires sont parfois indiquées.

Henri Vignes.

(1) Résultats. — Dans les arthrites récentes, le premier résultat serait une sédation complète, presque immédiate (souvent le soir même de la première injection) de la douleur. La résorption des exsudats est plus lente. A la première injection, peu de changement. Les injections suivantes restent franchement résolutives : « Au bout de quinze, vingt jours, le malade ne relève plus que du massage et de la rééducation fonctionnelle. Dans un cas ancien (arthrite vieille d'un an), la sérothérapie intraveineuse, longtemps continuée et étroitement liée aux massages et à la mobilisation forcée, a donné un résultat vraiment inespéré, car notre malade, qui, depuis un an, ne quittait pas le lit, marche maintenant parfaitement » (Ravaut et Ducourtioux).

FAITS CLINIQUES

Hérédo-atrophie optique et hérédo-tabes chez un fils de mère tabétique et de père paralytique général,

Par Henri ROGER, AUBARET et ALBERT CRÉMIEUX,
de Marseille.

L'atrophie optique est une complication relativement assez fréquente du tabes infantile juvénile.

La proportion d'atrophies optiques au cours du tabes de l'adulte varie suivant les auteurs, en particulier suivant les médecins qui observent.

Un neurologiste, comme Leimbach, ne trouve à la clinique d'Erb, que 6.5 % d'atrophies optiques sur un ensemble de 400 tabétiques (*Zeitschrift für Nervenheilk*, 1895). Par contre des ophtalmologistes, comme Berger (*Arch. für Augenheilk*, 1889), Terrien (*Presse médicale*, 1905) donnent des chiffres de 46,7 % et de 34 %. Léri, un des neuro-ophtalmologistes de la première heure, réunit, dans sa thèse bien classique « cécité et tabes » (Paris 1904), 118 cas de tabès avec 26,5 % d'atrophies optiques, proportion qui se décompose de la façon suivante : 22,5 % chez 52 tabétiques vivants et 30 % chez 66 tabétiques morts. Colrat (*Journal de méd. de Lyon*, mars 1927) estime *grosso modo* à 30 % la proportion d'atrophies optiques dans le tabes acquis.

Dans le tabes juvénile, Parker, sur 7 cas récents (*Arch. of neur. and psych.*, fév. 1921, p. 126) signale 3 cas avec atrophie optique précoce. Acuna et Macera (*Arch. mal. enfants*, avril 1922) donne le chiffre de 43 %. Giscard, dans sa thèse (Lyon 1925), qui réunit 120 observations, signale 53 % d'atrophies optiques.

BIBLIOGRAPHIE

Troubles des échanges nutritifs dans la tuberculose pulmonaire, par R. Monceaux. 1 vol. 450 pages avec 12 microphotographies, dont 8 hors-texte, en couleur. Prix : 50 francs. Girault, éditeur, 3, place de l'Eglise, Saint-Cloud (S.-et-O.).

Dans cet important ouvrage, l'auteur a rassemblé l'ensemble de ses travaux sur la nutrition des tuberculeux, travaux qu'il poursuit depuis bien des années dans son laboratoire de l'Hôpital Cochin, à Paris.

Ce livre est un véritable livre de polémique, car les nouvelles théories de Monceaux sur la tuberculose sont exactement l'opposé des idées courantes du monde médical sur la nutrition des tuberculeux.

On croyait en effet que le terrain tuberculeux était caractérisé *par des oxydations organiques exagérées et des échanges nutritifs considérablement augmentés*. Une telle intensité des combustions amenait ainsi rapidement la consomption du malade : c'est ainsi que l'on expliquait l'amaigrissement du tuberculeux. Un autre point important de la théorie officielle c'était la *déminéralisation* et la *décalcification* considérée comme résultant de l'exagération des combustions.

Avec un luxe impressionnant d'arguments tirés de la physiologie et de la chimie biologique, grâce à de multiples dosages effectués par les procédés les plus perfectionnés, Monceaux démontre que toutes ces idées sont fausses et reposent sur des erreurs. Sa théorie est exactement *l'inverse* : *les tuberculeux ont une nutrition ralentie et les oxydations très diminuées* ; on ne peut être plus catégorique.

Cette conception explique les améliorations obtenues par le traitement des cures d'air, les bons résultats donnés par cette médication oxydante, qui étaient en contradiction absolue avec la théorie des échanges exagérés, deviennent ainsi tout à fait clairs.

Le livre est divisé en dix parties : l'auteur passe successivement en revue : les échanges azotés, le métabolisme des graisses, les lipoïdes des hydrates de carbone, les échanges gazeux, les échanges minéraux, l'équilibre acide-base, etc. Chaque partie est subdivisée en plusieurs chapitres car, avant d'aborder l'étude des troubles pathologiques des tuberculeux, l'auteur prend soin au préalable de faire un exposé souvent très détaillé de physiologie normale.

Monceaux tend à démontrer dans chaque partie que les désordres mis en évidence s'expliquent par la déviation de la nutrition par suite d'hypo-oxydation. Il montre en outre, par la méthode très précise des bilans, que la déminéralisation n'est pas non plus une des caractéristiques du terrain tuberculeux.

Comment expliquer le mécanisme de cette déviation des échanges nutritifs ? L'auteur en montre l'extrême difficulté dans l'état actuel de la science, néanmoins il met au premier plan *l'insuffisance fonctionnelle des glandes anaboliques* et en particulier l'insuffisance du foie. Toute une partie est consacrée justement à l'étude du foie des tuberculeux et aux conséquences des lésions qu'on y rencontre.

Mais le plus intéressant, c'est que de tels résultats comportent des sanctions pratiques et thérapeutiques et que, connaissant *la cause*, on va pouvoir traiter rationnellement de tels désordres.

Puisque le tuberculeux maigrit par une incapacité d'utilisation de ses aliments, il est donc non seulement inutile mais encore extrêmement préjudiciable de le soumettre à la suralimentation qui ne fera que surmener ses organes déjà fatigués et en particulier *son foie*. De même cette insuffisance hépatique doit faire interdire tous les médicaments à base de phénol, gaïacol, créosote, etc., dont les tuberculeux ont une tendance regrettable à user et à abuser. Ces drogues sont en effet des toxiques du foie et, de plus, entravent les phénomènes d'oxydation. Quant aux sels de chaux que l'on a tant préconisé dans la tuberculose, l'auteur en montre la parfaite inutilité, vu que la décalcification n'existe pas : ils présenteraient même un danger, étant décalcifiants, quand ils sont donnés à haute dose.

Une thérapeutique rationnelle devra fournir à ces malades *tout ce qui peut accélérer leurs échanges*, en particulier la cure d'air prolongée et les catalyseurs d'oxydation. Quant à l'alimentation, elle devra être très variée, mais surtout riche en *sucres*.

Traité de telle façon, le tuberculeux sera dans les meilleures conditions de résistance et de lutte contre le bacille, ce qui est capital, car tous les grands cliniciens s'accordent pour affirmer que c'est la seule thérapeutique utile en matière de tuberculose.

Le livre de Monceaux, par ses idées nouvelles, ne manquera pas d'attirer l'attention du corps médical.

Le ciné dans mon fauteuil, fantaisies rimées avec un intermède en prose par Ril-Dab. 1 vol. 56 pages, Vigot frères, éditeurs. Prix : 5 fr.

Les films et dessins animés de cette plaquette vont de la plus délicate poésie à la plus franche bouffonnerie, montrant la variété du talent de son auteur qui a, par dessus tout, le sens de l'humour. Faire une analyse d'un tel ouvrage est impossible ; il faut le lire, avec la certitude de passer, dans son fauteuil, un agréable moment. Comme l'écrit P. Voivenel, « Ce n'est pas prétentieux et c'est, en effet, très rigolo. »

Philippe II à l'Escorial, par Louis Bertrand. Un volume forma 13 × 19 de 288 pages sur beau papier alta satiné : 15 fr. Edité par l'Artisan du livre, 2, rue de Fleurus, Paris, VIe.

> Philippe II était une chose terrible.
> Iblis dans le Coran et Caïn dans la Bible
> Sont à peine plus noirs qu'en son Escurial
> Ce royal spectre, fils du spectre impérial.
> Philippe II était le Mal tenant le glaive...

Quel lettré ne retrouve dans sa mémoire le sinistre portrait sit vigoureusement tracé par Hugo dans la « Rose de l'Infante » ? Mais en est-il beaucoup qui aient pris soin de reviser ce jugement apocalyptique ? Pour la plupart, Philippe II, « morne en son noir pourpoint, le Toison d'or au cou », demeure une figure énigmatique et satanique.

Enigmatique, il l'est sans doute, et la psychologie de cet homme formidable est l'une des plus closes qui furent jamais. On a pu, avec raison, lui reprocher sa duplicité, sa bassesse, sa cruauté sadique. Et cependant, retiré dans la colossale basilique de l'Escorial (c'est la véritable orthographe du mot) qu'il a édifiée au milieu d'une solitude aride et pierreuse, il vit au milieu de ses moines comme un ascète détaché du monde, comme un grand chretien, presque comme un saint.

Quel est le secret de cette âme royale, si indéchiffrable, si fermée ? Dans un livre admirable, — assurément un de ses meilleurs, comme il arrive toujours quand le talent et les moyens d'un écrivain sont en plein accord avec le sujet qu'il traite, — Louis Bertrand entreprend de résoudre ce passionnant problème.

Il ne s'en déguise pas la difficulté. Mais peut-être l'Escorial, œuvre de Philippe II, explique-t-il Philippe II ? Sans le savoir et le vouloir, l'homme a dû mettre beaucoup de lui-même dans cet édifice de granit.

Méthodiquement, avec une sûreté d'informations qui n'écrase jamais le lecteur, Louis Bertrand retrace la genèse de l'édifice, depuis le soir de victoire où à Cambrai, Philippe II conçut le projet d'un temple à Saint-Laurent de la Victoire, jusqu'aux jours où, ayant épuisé à parfaire son œuvre la moitié de sa vie, il fit transférer sous l'énorme monument les cadavres royaux de ses ancêtres, puis les reliques des corps saints en péril dans les pays du Nord. Et l'ouvrage s'achève sur l'évocation de la vie monastique du souverain dans ce cloître qu'il s'était bâti, puis de sa mort exemplaire et saisissante qui atteignit aux dernières limites de l'horreur.

De telles pages, où la juste vérité est servie par un art parfait qui n'a jamais été davantage maître de tous ses moyens, rétablissent l'échelle des valeurs et relèguent toutes les biographies romancées à leur vraie place, donc assez bas.

La liberté en médecine depuis Louis XV jusqu'à nos jours, par Pr. Guermonprez, 1 vol. in-8° raisin de 314 pages. Prix : 35 francs, Amedée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

A une époque, où les médecins, partout en France, se préoccupent d'une menace de fonctionnarisation, ce livre est une « leçon de choses. » Jamais les recherches historiques n'avaient été orientées dans ce sens. On savait que la liberté professionnelle avait subi des vicissitudes ; mais ce n'est pas sans surprise qu'on apprend les aventures, les secousses et surtout les grands exemples qui se sont succédés au cours des trois derniers siècles. Les contemporains sont tellement habitués aux cliniques dans les hôpitaux, que la genèse de ces institutions fondamentales est devenue trop lointaine pour être bien jugée. C'est la fondation de l'Académie royale de chirurgie qui a préludé à l'innovation des premiers lits de clinique. Les documents sont précis pour établir qu'il n'y a guère que cent cinquante ans ! D'autres renseignements montrent de quelle importance a été la Société royale de médecine. Un chapitre impressionnant explique ce qu'a été le bouleversement révolutionnaire pour tous les membres de la profession. Les faits et les textes sont palpitants. On s'intéressera naturellement à ce qui s'est fait au sortir du chaos de la Révolution. Dans un autre chapitre on apprend comment s'affirme le besoin de la liberté de l'enseignement et celui de la pratique de la médecine. C'est presque une révélation de retrouver le principe dans la constitution de 1848, puis les controverses ardentes, passionnées, de 1849 et les grandes commissions de cette époque agitée. Tous ces grands souvenirs reprennent vie dans les controverses actuelles. Il faut bien les connaître pour comprendre ce qui se passe.



Mentionnons encore une observation récente de tabes héréditaire, il est vrai un peu tardif, où l'amaurose par atrophie optique bilatérale s'est installée à 30 ans (Dufour, Widiez et Castéran, Soc. méd. des hôp., 18 juin 1926, in *Bull.*, p. 1104-1105).

La fréquence de l'atrophie optique est donc environ deux fois plus grande dans le tabes héréditaire de l'enfant ou de l'adolescent que dans le tabes acquis de l'adulte.

Voici une observation caractéristique d'atrophie optique au cours d'un tabes juvénile :

Pucc. Barthélémy, âgé de 18 ans; demeurant à Bastia, a présenté, vers le début de 1928, quelques fourmillements dans le pied gauche avec parfois dérobement de ce membre. Vers le milieu de l'année, ce pied vient assez brusquement à se paralyser, et du steppage s'installe, en même temps qu'apparaissent quelques douleurs vives et brusques dans les deux membres inférieurs, plus particulièrement dans le gauche. La paralysie des extenseurs du pied gauche dure cinq mois, puis rétrocède, mais durant cette période s'est installée une faiblesse générale du membre inférieur qui ralentit la marche et quelques troubles sphinctériens, incontinence diurne et nocturne intermittente qui a duré près de trois mois,

En outre depuis deux mois environ, la vue a progressivement baissé, pour aboutir à une cécité complète depuis quinze jours.

Nous ne trouvons dans les antécédents aucune maladie importante, mais l'enfant a toujours été chétif et a toujours eu besoin de soins. Il a une sœur âgée de 13 ans atteinte de strabisme et un frère de 12 ans, un peu malingre. Il dit sa mère bien portante (?) et son père serait mort à 34 ans.

A l'examen nous trouvons :

Aux membres inférieurs une légère parésie droite dans la position gynécologique, du talonnement et de l'élargissement à la base de sustentation dans la marche, de la dysmétrie bilatérale prédominant à droite, du Romberg, une abolition des réflexes tendineux, une diminution de la sensibilité profonde (tendons, testicules) sans hypotonie, une légère hypoesthésie en selle prédominant à droite.

Aux membres supérieurs, un peu de dysmétrie gauche, de l'aréflexie tendineuse, de l'hypoesthésie cubitale.

Du côté des yeux : vision à peu près abolie (distingue à peine la lueur d'une lampe électrique), atrophie optique blanche bilatérale, Argyll Robertson, quelques rares secousses de nystagmus horizontal, rotation dans le regard vers la gauche.

Réaction de B. W. positive dans le sang.

L. C. R. légère hypertension (40 au manomètre de Claude en position couchée), légère hyperalbuminose 0,45 sans hypercytose 1,8 par m.mc. B. W, positif.

D'après les considérations déjà soulignées, cette observation d'atrophie optique au cours d'un tabes juvénile, serait sans doute rare, mais classique, si deux particularités ne venaient la rendre plus exceptionnelle.

1) Il ne s'agit pas seulement chez notre malade de tabes juvénile hérédo-syphilitique, mais encore d'hérédo-tabes, de tabes se reproduisant dans deux générations successives.

Nous avons eu l'occasion, en effet, d'examiner la mère de cet enfant, qu'il nous disait normale et qui d'ailleurs ne se plaignait personnellement de rien.

Mont.. Antoinette, épouse Pucc, âgée de 46 ans, présente de l'abolition complètes des réflexes rotuliens et achiléens, de l'hypotonie très accusée, des membres inférieurs, de la dysmétrie dans l'épreuve du talon au genou prédominant à droite, du Romberg, du myosis et de l'Argyll Robertson, un B. W. positif dans le sang. Elle n'accuse, comme symptômes subjectifs, que quelques douleurs fulgurantes des membres inférieurs. Sa marche n'est pas sensiblement troublée.

Les observations d'hérédo-tabes sont en effet plus rares que celles de tabes hérédo-spécifique ; on en trouve environ une quarantaine dans la littérature. Signalons en particulier celles de Remak (père et fils), Kolischer (mère et fils tabétique à 26 ans), Dydinski (père et fils à l'âge de 5 ans), Babinski (*Tribune med.*, 2 octobre 1901 (père et fille), Cade *in* thèse Verne, Lyon, 1923-24, crises gastriques tabétiques chez un fils de mère tabétique), de Gardère et Despeignes (Soc. méd. hôp. Lyon, 1922, père et fils), de Léchelle, Dereux et Mlle Lacau (Soc. méd. hôp., 3 décembre 1926, mère et fils à 16 ans). On trouve même parfois plusieurs membres d'une même famille atteints de tabes ; le cas de Daube concerne la mère et les deux filles (1).

Dans notre cas, l'hérédité est encore plus chargée. Si la mère est actuellement tabétique, le père a succombé, autant qu'on peut l'affirmer par l'anamnèse, à une paralysie générale. D'après les renseignements fournis par sa veuve, il est évacué du front et réformé vers 1915 pour « fatigue générale ». Il présente peu après une parésie du membre supérieur droit guérie par des injections intraveineuses, puis de la faiblesse des membres inférieurs traitée par l'iodure, enfin des troubles de la parole et du caractère (affaiblissement intellectuel et période d'excitation cérébrale. Il succombe en 1918, à 35 ans, à la suite d'une attaque.

Ce cas se rapproche de celui de Kutner : tabes ayant débuté à 3 ans chez une fillette issue d'une mère tabétique et d'un père paralytique général. Dans un cas de Gruicker, la mère était tabétiques et trois enfants furent atteints de syphilis nerveuse, l'un de tabes juvénile, l'autre de paralysie générale, le troisième de syphilis cérébrale à l'âge de 17 ans.

Baumgart a étudié tout particulièrement le rôle des facteurs héréditaires et constitutionnels dans la pathogénie du tabes juvénile (*Zeitsch. für ges. Neur u. Psych.*, 1921, vol. LXXI, p. 321 345, Réf *Encéphale*, 1922, p. 317). Sur un ensemble de 129 cas réunis dans la littérature auxquels doit s'ajouter un cas personnel, il faut, il est vrai, en éliminer 37, faute de renseignements suffisants. Parmi les 53 cas qui restent, on en trouve 49, soit 52 %, où l'un des parents, parfois même les deux, sont atteints d'affection dite parasyphilitique, 39 fois tabes ou association de tabes et de P. G. 18 fois P. G Il faut signaler en outre d'autres cas où sans antécédents tabétiques ou paralytiques chez les parents, on trouve frères ou sœurs atteints simultanément 7 fois du tabès, une fois de P. G. Un facteur héréditaire, syphilis nerveuse, similaire ou non, se transmettant des parents aux enfants ou atteignant plusieurs enfants d'une même famille, se retrouve donc dans 57 cas sur 93, soit dans 59,38 % de cas de tabès juvénile.

Baumgart, qui note l'atteinte plus fréquente du sexe féminin (57,69 % des cas de tabes juvénile, 75 filles et 55 garçons), remarque que le proportion des filles est encore plus grande dans les cas de tabès juvéniles avec hérédité parasyphilitique, 32 filles et 16 garçons, exactement deux fois plus de filles que de garçons.

2) Enfin une dernière considération rend notre cas d'hérédo-tabes encore plus curieux.

La syphilis nerveuse n'a pas seulement frappé d'une façon assez similaire la mère et le fils dans leurs cordons postérieurs médullaires, mais encore l'atrophie optique dont est atteint notre jeune tabétique se retrouve, il est vrai, moins accusée, chez la mère : décoloration des papilles avec diminution considérable de l'acuité visuelle : 4 dixièmes à droite et 2 dixièmes à gauche.

Rapprochons de notre observation les cas, il est vrai, un peu différents, d'atrophie optique familial chez deux sœurs tabétiques, filles d'une mère tabétique (Daube, *Med. Klin.*, 20 avril 1926, Réf. *R. N.*, 1927, t. I, p. 422) et les cas de tabes conjugal avec cécité des deux conjoints (Mareau et Narcy, *Progrès Médical*, 24 août 1912.)

Notre cas est donc non seulement un tabes juvénile hérédo-spécifique, mais encore un hérédo-tabes. L'atrophie optique de ce malade est également une herédo-atrophie optique tabétique.

(1) Crouzon (Soc. méd. hôp,, 2 mai 1912) a publié un cas de tabes chez deux frères ; Heitz. (*Paris méd.*, 13 avril 1925) chez un frère et une sœur, qui, loin d'avoir une origine héréditaire, était dû à une syphilis acquise.

L'opium est bien rarement autre chose qu'un passeport, mais un passeport est bon à bien des choses.

Trousseau.

Délire aigu à staphylocoque prolongé. Heureuse influence de l'urométine.

Par Henri DAMAYE et Stanislas WARSCHAWSKI,
Médecins des asiles d'aliénés.

Dans un précédent article en collaboration avec M. Avella. l'un de nous montrait que le délire aigu se manifestait sous trois formes cliniques principales : la forme confusionnelle, la forme à agitation maniaque et la forme délirante (1). Tout récemment, nous observions et guérissions un délire aigu avec fièvre à 40°, sans confusion mentale, à forme de délire mystique et de persécution. Chez la malade qui fait l'objet du présent article, le délire aigu commença par de l'agitation maniaque et continua par de la confusion mentale. Nous appliquâmes notre thérapeutique habituelle (électrargol intra-veineux. abcès de fixation, toni-cardiaques). Mais l'infection, bien que paraissant un moment jugulée, reprit de nouveau sa gravité et menaça de s'éterniser. La malade s'affaiblissant alors et ayant eu du sérum antipneumococcique, nous redoutions le choc qu'aurait pu déterminer une nouvelle dose d'électrargol. A ce moment, l'urométine nous fut d'un grand secours pour continuer le traitement anti-infectieux. C'est ce médicament qui jugula définitivement le processus infectieux et guérit la malade. C'est pourquoi nous jugeons utile de rapporter le cas. L'hémoculture, pratiquée par M. le professeur Rappin, à l'Institut Pasteur de Nantes, révéla une infection à staphylocoques.

Madeleine G...., domestique, entre à l'asile le 12 janvier 1928, à l'âge de seize ans. Père mort de pleurésie ; mère serait bien portante, La malade aurait fait, dans l'enfance, plusieurs bronchites. Nous n'obtenons pas de la famille d'autres renseignements. Servante dans une ferme depuis un an, la malade s'y lia avec un jeune domestique. La malade était-elle bien nourrie ? Probablement non, et ce fut là une des principales causes de son délire aigu.

On l'amena à l'asile en état d'excitation maniaque, bientôt transformée en vive agitation, Elle brisait et déchirait. 36°4 à son entrée. Réflexe patellaire fort. Zones mammaires sensibles à la pression, qui provoque un rire passionnel. Au cœur, insuffisance aortique avec, en outre léger souffle mitral et tricuspidien : reliquat évidemment de maladies infectieuses antérieures sur lesquelles nous n'avons pas de renseignements. Respiration rude aux deux sommets. On eut recours d'abord au cacodylate de soude, aux préparations iodées et au somnifène. Mais le 20 janvier, la confusion mentale est devenue évidente en même temps que la température est montée à 38°. La peau est brûlante ; la langue tend à devenir sèche ; le nez se pince, 20 c. c. électrargol intra-veineux, abcès de fixation. Le 24 janvier, le cœur devient arythmique. On donne 5 centigr. poudre de digitale en infusion chaque jour. Huile camphrée et strychnine. — 26 janvier. Après une période de baisse la température remonte à 40°4, 38° le matin, avec inversion les jours suivants. — 31 janvier. La langue redevient sèche et l'état très grave. De nouveau 20 c. c. électrargol intra-veineux. La température tombe à 39°, mais remonte ensuite. La malade s'alimente toujours bien, avec des œufs battus dans du lait très sucré. Bien entendu, on continue chaque jour la digitale à petite dose. Le 1er février, signes de pneumonie. 20 c. c. sérum antipneumococcique ; cataplasmes sinapisés ; un demi-litre sérum glyco-ioduré. Le cœur est toujours arythmique. — 2 février, 38° le matin, 40°4 le soir. Diarrhée très fétide, Rate grosse. Le 5 février, même état. La malade s'affaiblit et l'on redoute une issue fatale. On continue le sérum artificiel glyco-ioduré et la digitale, les stimulants, Contre la diarrhée, lavements au tanin. A dater d'aujourd'hui, 1 gr. 25 urométine en trois injections, chaque jour. 7 février ; 39°6 hier soir, 37°5 ce matin. L'urométine semble réussir : on la fait en injections intra-veineuse. La malade s'alimente toujours bien avec quatre œufs battus dans deux litres de lait sucré. Elle est toujours gâteuse et confuse avec propos érotiques et grossiers. 8 février. L'amélioration physique s'accentue, 38°4 hier soir, 37°4 ce matin. On continue la digitale, les lavements au tanin, le sérum glyco-ioduré et l'urométine. Un peu de sonéryl contre l'agitation. — 11 février. Nous manquons d'urométine et la température remonte à 39° Nous nous hasardons à faire 20 c. cubes intra-veineux électrargol. La température tombe à 38°4 puis remonte à 40°. Les jours suivants nous réinstituons l'urométine. L'infection s'atténua et la température tomba.

Cette malade, que nous avions bien cru désespérée, étant donnée surtout sa lésion cardiaque, triompha de l'infection prolongée et guérit. Elle quitta l'asile en excellent état mental et physique, à la fin de juillet 1928.

L'observation est bien intéressante. Nos délires aigus durent habituellement, au plus une quinzaine : ici, l'infection se prolonge durant plus d'un mois. Et la malade était cardiaque, bacillaire au début, Mais elle avait aussi l'avantage de la jeunesse, de viscères encore en bon état, capables de résister. En outre, l'alimentation s'effectue bien durant toute la longue évolution de la psychose fébrile.

Retenons l'heureux effet de l'urométine et son utilisation comme succédané de l'électrargol. Sans l'urométine avec ce cœur qui commençait à se lasser, nous n'aurions pu, vraisemblablement, mener à bien le traitement de ce délire aigu prolongé.

(1) Damaye et Avella. Les variétés menrales du délire aigu. *Progrès médical*, 21 janvier 1928.

PAGES RETROUVEES

En 1827, Gensoul pratiquait la première résection du maxillaire supérieur. Mais ce n'est qu'en 1833 qu'il en publia l'observation avec d'autres similaires ou relatives à l'ablation du maxillaire inférieur (1).

MM. Tixier et Patel ont donné, il y a deux ans, la substance de la première observation de Gensoul (2). *Il nous a semblé intéressant de publier la quatrième, où est relatée une opération pratiquée il y a tout juste cent ans.*

Tumeur cancéreuse située dans le sinus maxillaire droit. Trois opérations suivies de repullulation. Ablation complète du maxillaire supérieur et de l'apophyse pterygoïde. Guérison depuis quatre ans

Par J.-H. GENSOUL.

Le sujet de cette observation est un jeune homme, Hypolyte Mallet, d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez forte, âgé de vingt-huit ans, coutelier, habitant Issengeaux, département de la Haute-Loire.

Ce malade reçut à la joue droite, au mois de janvier 1820, une pelotte de neige dure et lancée de très près ; la joue se tuméfia, s'ecchymosa presque aussitôt et devint douloureuse ; cet état dura quinze ou vingt jours, après lesquels la douleur diminua : la peau reprit sa couleur naturelle, mais la tumeur persista ; 18 mois s'écoulèrent sans que le malade y portât la moindre attention.

La joue était alors devenue le siège de douleurs, tantôt lancinantes, tantôt gravatives, mais permanentes. Il vint se présenter à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 5 juillet 1821. M. Janson qui était chirurgien en chef à cette époque, se borna à enlever une petite excroissance charnue dont la base était fixée au-dessus de la première petite molaire du maxillaire supérieur droit, et recouvrit la joue d'appli-

(1) Lettre chirurgicale sur quelques maladies graves du sinus maxillaire et de l'os maxillaire inférieur, par J.-H. Gensoul, in-8, 1833.
(2) Centenaire de l'opération de Gensoul, *Lyon médical*, 27 mars 1927.

cations résolutives. Le malade retourna chez lui, et y resta jusqu'au mois d'août 1823, époque à laquelle il revint à l'hôpital.

La tumeur était volumineuse, son sommet ne s'était point élevé, mais sa base s'était étendue aux dépens des parties voisines ; et dans son envahissement, elle avait ébranlé et repoussé de leurs alvéoles deux petites et deux grosses dents molaires. Les douleurs étaient vives et fréquentes. M. Mortier (chirurgien aide-major), pour arrêter les progrès du mal, souleva fortement la lèvre supérieure, détacha une partie de la tumeur de haut en bas, et rugina avec son bistouri les parois externes du sinus : le malade sortit après trois semaines de séjour

Dans le courant du mois de mai 1826, Hippolyte Mallet revint encore à Lyon, réclamer les secours chirurgicaux. Le diagnostic n'était plus incertain. On reconnaissait de suite et évidemment une tumeur sarcomateuse tendant au cancer. Elle menaçait déjà d'occuper le côté gauche de la voûte palatine. Elle soulevait fortement la joue et l'on apercevait un large rebord arrondi et élastique au toucher ; elle faisait éprouver des douleurs lancinantes qui revenaient à des intervalles très rapprochés.

Investi alors des fonctions de chirurgien en chef, j'attaquai cette tumeur, comme Desault avait conseillé de le faire par sa partie inférieure dans la bouche. Je coupai avec mon bistouri les parties molles et l'os qui était ramolli ; je triturai avec les doigts les parties malades et je parvins à l'aide de mes ongles à détacher le périoste du sinus qui avait acquis un grand volume et qui ne présenta plus alors de parties affectées qu'en arrière contre l'apophyse ptérygoïde ; il me fut impossible de les arracher et pour les détruire, j'introduisis dans le sinus un bouton de feu que je laissai éteindre sur les parties malades. Au bout de deux mois environ, les parois du sinus se rapprochèrent, la cicatrisation parut complète, et Mallet se croyant guéri retourna dans ses foyers.

Il jouit peu de temps du fruit de ses souffrances, car des douleurs sourdes et un nouveau gonflement ne tardèrent pas à lui apprendre que son mal n'était qu'assoupi, il eut le courage de rentrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, les derniers jours de *mars* 1829, et celui plus grand encore de se décider à une quatrième opération, à laquelle je procédai le 6 du mois d'avril.

Le malade assis et fixé par des aides nombreux, je fis sur la joue les trois incisions dont j'ai déjà décrit la forme et la direction ; je leur donnai seulement une moindre étendue, afin de moins défigurer ce jeune homme dont les traits étaient très réguliers, et comme l'affection cancéreuse n'avait étendu ses ravages qu'en arrière du côté du palais, et en haut du côté de l'orbite, j'arrachai la seconde dent incisive droite, et à l'aide du ciseau et du maillet, je coupai la voûte palatine obliquement, de manière à l'intéresser un peu du côté gauche. Auparavant, j'avais coupé par le même moyen le malaire, puis l'arcade orbitaire sur la gouttière lacrymale et l'os du nez. Je cherchai alors à détacher la masse cancéreuse, en plaçant un doigt dans l'orbite, et en l'ébranlant : mais elle ne faisait qu'un avec l'apophyse ptérygoïde. Je fus obligé de rompre la tumeur pour porter le ciseau vers la base de cette apophyse et l'enlever. Comme elle entraînait le voile du palais, je le coupai en dehors vers les amygdales, et en dedans jusqu'à la luette : il ne resta plus alors qu'une large et profonde cavité.

Deux artères seulement fournirent du sang ; la première dans le fond un peu en dehors, c'était je le pense la branche ptérygoïdienne de la maxillaire interne, la seconde plus en avant et en dehors, était sans doute la massétérine.

J'appliquai deux ligatures : le sang cessa de couler. Cependant, comme des hémorragies pouvaient se déclarer quelques instants après l'opération lorsque le calme commencerait à renaître, et que les souffrances du malade demanderaient quelque repos, je différai de pratiquer immédiatement les points de suture, et le fis coucher sur un lit incliné.

Pendant l'opération, il n'avait poussé que quelques cris aigus ; son courage dont on avait déjà des preuves, ne l'avait point abandonné. Pourtant, tout le côté gauche de son visage exprimait l'anxiété et une longue et vive douleur. Je le laissai tranquille et examinai les parties enlevées.

La tumeur me parut de nature fibro-sarcomateuse ; les parois du sinus avaient quitté leur nature osseuse, et s'étaient converties en un tissu charnu, rougeâtre et un peu fibreux. Je l'étudiai soigneusement, et je reconnus que les parties qui le formaient étaient les suivantes :

1° La presque totalité du maxillaire supérieur, excepté son apophyse montante et son épine nasale antérieure ; de très petites portions, des élévateurs propres de la lèvre supérieure, élévateur commun de la lèvre et de l'aile du nez, abaisseur de cette dernière et élévateur de l'angle des lèvres : les vaisseaux et nerfs sous-orbitaires, les vaisseaux et nerfs palatins antérieurs ;

2° Le cornet inférieur :

3° La partie antérieure et inférieure de l'os malaire ; des portions des deux muscles zygomatiques :

4° Une grande partie de l'apophyse ptérygoïde ayant à peu près huit lignes d'étendue.

Des portions des muscles ptérygoïdiens interne et externe, constricteur supérieur du pharynx et péristaphylin externe.

Les vaisseaux et nerfs ptérygoïdiens :

5° La partie horizontale du palatin et sa tubérosité.

Les nerfs et les vaisseaux palatins postérieurs.

Deux heures s'étaient écoulées depuis l'opération. Cet intervalle de repos avait en partie calmé les souffrances du malade. J'étanchai la plaie, et je procédai immédiatement à la réunion immédiate des lambeaux, à l'aide de la suture entortillée. Je plaçai neuf épingles que j'entourai successivement de fils médiocrements serrés.

Je prescrivis de fréquentes injections d'eau froide pour tarir le suintement sanguin de la plaie et la débarrasser de petits caillots. A quatre heures du soir, le pouls et la chaleur étaient fébriles ; il y avait des douleurs compressives à la tête : je fis prendre au malade quelques cuillerées d'orangeade, et le soir on lui donna une potion opiacée.

Le lendemain la fièvre persiste : les douleurs de tête ont toujours la même intensité. On continue l'orangeade ; j ordonne des injections d'eau tiède et je suspends la potion.

Du 8 au 12, continuation des mêmes remèdes : les douleurs cérébrales diminuent, j'enlève les épingles de la suture.

Du 14 au 18, le malade est dans l'état le plus satisfaisant et sans fièvre : la plaie intérieure diminue, la luette est relevée : la traction de la cicatrice l'a ramenée à droite et en haut.

Du 20 au 23, Mallet n'éprouve plus de souffrance ; il articule assez bien, et se lève tous les jours

Le 28, il sort de l'hôpital pour se promener dans la ville, et son état continuant à s améliorer, il quitte Lyon le 14 mai 1829.

A son départ, la plaie interne était remplie de bourgeons charnus de très bonne nature, et recouverte d'une nouvelle membrane muqueuse dans presque toute son étendue : seulement, il paraît exister en dedans de la joue, au point de réunion de la 2e et 3e incision, un petit suintement salivaire ; mais l'on peut s'assurer, en examinant la planche où ses traits sont retracés, combien ils ont éprouvé peu d'altération.

Réflexion. — Cette observation confirme pleinement ce que j'ai dit de la repullulation de certaines maladies, en parlant de Mademoiselle Tournier. Chez Mallet, les symptômes étaient plus fâcheux encore, puisqu'il se plaignait de douleurs lancinantes, et que la tumeur examinée par la bouche paraissait rougeâtre, était dure, constante, sarcomateuse, et saignant au plus léger attouchement.

J'ai décrit avec le plus grand soin tous les muscles,

vaisseaux, nerfs et os qui avaient été intéressés par l'opération, parce que la tumeur n'étant pas très volumineuse n'avait pas tout dénaturé, tout rendu méconnaissable, et que j'ai eu soin de couper largement dans les parties saines. J'ai indiqué l'existence d'une fistule salivaire à l'angle de réunion des 2e et 3e incisions, parce que quelques-uns de mes élèves ont cru la reconnaître : mais je n'en ai pas acquis la certitude dans le temps : et depuis, lorsque j'ai revu ce jeune homme, je n'ai pas songé à m'assurer de ce fait. La gravure qui représente parfaitement, on pourrait dire mathématiquement, le trajet de la cicatrice me permet de croire que j'ai dû inciser au-dessus du canal de Sténon. Au reste cette fistule ne peut jamais avoir aucune espèce d'inconvénients lorsqu'elle s'ouvre en dedans ; et j'engage les chirurgiens qui, en extirpant le maxillaire, auraient intéressé le conduit salivaire, de passer une aiguille à suture ou une épingle dans les chairs qui sont au-dessus de la section du canal, et à réunir avec un fil, de telle sorte que les lèvres internes de l'incision ne se touchassent pas et puissent permettre le passage de la salive.

Depuis que j'ai opéré M. Mallet, j'ai eu quatre fois encore l'occasion de pratiquer l'ablation du maxillaire, pour des maladies graves du sinus. Dans deux cas j'avais affaire à des polypes sarcomateux, et dans deux autres, à des tumeurs dont le caractère cancéreux semblait manifeste par la nature des douleurs.

Chez un de ces derniers que j'ai opéré, il y a un an environ, je crois que la maladie tend à paraître de nouveau. Il présentait, comme Barbier, une tumeur du genre de celles que les anciens appelaient vivaces, qui saignent au moindre contact, croissent rapidement, modifient la consistance de tous les tissus, et n'en font plus qu'une masse homogène.

J'ai la consolation, dans ces deux cas malheureux, d'avoir prolongé l'existence des malades et de leur avoir fait courir la chance d'être guéris pour toujours ; car quel est le chirurgien qui ne voit pas des maladies qu'il jugeait curables par une opération, reparaître plus promptement après cette opération, sans qu'un seul symptôme soit venu l'éclairer sur leur retour.

Peut-être que si l'histoire des revers en chirurgie était aussi complète, aussi précise que l'est celle des succès, l'on distinguerait à quelques signes les cas où les opérations devraient amener une guérison radicale ; espérons que la grande publicité que la presse médicale donne à tous les faits, nous fera quelque jour atteindre cet important résultat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars 1929.

Nouvelles remarques sur la sérothérapie anticolibacillaire. — **M. *H. Vincent*** a fait connaître (Acad. des sciences, 1925, pp. 236, 407, 1083, 1624 ; et 1928, p. 407, et Acad. de méd., 27 nov. 1928) les propriétés générales du sérum anticolibacillaire qu'il a préparé et a signalé des exemples de guérison, par le même sérum, de colibacilloses graves, à pronostic considéré comme fatal. Les infections dues au *B. coli* sont fréquentes parfois méconnues et ont pour caractéristique leur ténacité, leur résistance aux traitements usuels, chez l'enfant comme chez l'adulte. Enfin certains états névropathiques ou psychopatiques peuvent être sous la dépendance de l'*exotoxine neurotrope* que j'ai signalée ; le sérum peut également les guérir.

On ne saurait trop insister sur les services qu'on peut attendre du serum anticolibacillaire associé au sérum antigangréneux polyvalent (H. Vincent et G. Stodel) dans l'appendicite gangréneuse opérée. Le B. coli est, en effet, l'agent le plus constant de la péritonite et de la septicémie qui peuvent suivre cette forme d'appendicite souvent mortelle. La sérothérapie apporte une aide très efficace au chirurgien et amène des suites « idéalement simples ». Deux exemples récents, très graves, dont un compliqué de péritonite généralisée, ont été signalés à l'auteur et ont parfaitement guéri.

La septicémie à bacillus coli a été rapidement guérie par le sérum. M. Vincent en rapporte un nouvel exemple. Fillette de 3 ans 1/2, atteinte depuis un mois de septicémie très grave avec néphrite suppurée, anasarque généralisée, angiocholite aiguë et ictère, torpeur, symptômes méningés, nystagmus, mouvements convulsifs de la face, des lèvres, du membre supérieur gauche, hyperthermie, etc. « Considérée comme perdue », cette enfant est traitée par le sérum. Amélioration franche au 3e jour du traitement ; « l'enfant ne cesse de réclamer à manger ». Au 5e jour, les symptômes ci-dessus ont disparu. Guérison (G. Gautier, médecin de l'hôpital de Dreux).

De nouveaux cas de pyélonephrite suppurée primitive aiguë ou chronique accompagnée de symptômes sévères et ayant résisté aux traitements usuels (vaccins, auto-vaccins, bactériophage, urotropine, etc...), ont été rapportés à l'auteur qui ont guéri définitivement et en quelques jours par le sérum.

Il convient de faire une place à part à la pyélonéphrite suppurée de la grossesse. La persistance, jusqu'à l'accouchement, de la compression fœtale pouvait faire craindre la non guérison par le sérum ou le retour rapide de l'infection rénale par le B. coli. Or, chez une femme de 22 ans, enceinte de 6 mois, du service de M. Herscher, à Lariboisière, atteinte d'une pyélonéphrite grave avec forte fièvre, l'infection rénale a rétrocédé en quelques jours, 36 heures après le début des injections, la T., qui était de 40°, était descendue à 36° et s'est maintenue à la normale depuis lors. Cette femme a accouché trois mois après normalement et sans aucune réinfection. C'est le premier cas de guérison définitive d'une pyélonéphrite gravidique sévère par la sérothérapie.

Le colibacille, qui envahit électivement les reins, peut aussi, parfois, se localiser dans les voies biliaires. Or, dans ces cas aussi, le sérum peut agir efficacement. Il en a été ainsi chez l'enfant dont le cas est relaté ci-dessus. Le même effet favorable a été observé chez une malade de M. Chevassu, enceinte de 6 mois, atteinte de pyélonéphrite suppurée avec angiocholite aiguë et ictère, érythème purpurique, T. ayant monté jusqu'à 41°. Au quatrième jour du traitement, tout danger avait disparu.

Un autre cas de pyélonéphrite suppurée compliquée de cholécystite avec fièvre élevée (39°8-40°8) a bénéficié rapidement de la sérothérapie. La température est devenue normale dès le 3e jour. La cholécystite, comme la pyélonéphrite, ont disparu. La pyélonévrite avait débuté depuis cinq ans (Dr Vérain, de Nancy).

Il est souvent indiqué de faire un ou deux lavages du bassinet et de la vessie au cours du traitement, les anticorps ne passant pas toujours dans l'urine, ainsi que M. Vincent l'a montré.

Enfin, après la guérison, on conseillera aux malades un régime prudent, hygiénique, alimentaire et intestinal. Contrairement à l'opinion admise, le rein n'est pas, en effet, immunisé par une précédente infection disparue et peut, sous l'influence des mêmes causes (constipation, entérite muco-membraneuse, appendicite chronique, etc.), subir un réensemencement par le B. coli, même après une guérison très ancienne.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine. — ***MM. Léon Bernard*** et ***Charles Mayer*** publient un travail d'ensemble résumant quatre années d'expérience du traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or et de sodium : 142 cas ont été suivis par eux ; ces auteurs confirment leurs précédentes conclusions :

Le thiosulfate d'or et de sodium, bien que dépourvu des propriétés bactéricides spécifiques que lui avait attribuées Mollgaard, possède cependant une action indéniable sur les lésions pulmonaires de la tuberculose. Cette action se manifeste surtout dans les formes évolutives fébriles : dans ce cas, le traitement arrête l'évolution dans une proportion de 43 %, bien supérieure à celle des arrêts spontanés dont le taux est de 5 % ; l'étude des courbes de température et des autres

symptômes apporte une preuve objective de l'efficacité du médicament.

Deux nouveaux ordres de faits sont aujourd'hui apportés : l'amélioration souvent considérable des images radiographiques que le recul dans le temps a permis de constater, attestée ici par une série de projections ; d'autre part, l'action moins tangible, mais cependant nette, dans les formes apyrétiques de tuberculose pulmonaire ; enfin, une modification du mode d'emploi du médicament met les malades à l'abri des réactions pénibles ou graves qui avaient tout d'abord compromis sa réputation.

M. Jeanselme a traité, en collaboration avec ***M. Burnier***, 32 cas de lupus érythemateux par le thiosulfate d'or et de sodium (crisalbine). Il a obtenu 20 guérisons cliniques, mais il souligne les intolérances possibles : céphalée, stomatite, etc. Il s'agit donc d'un médicament de valeur thérapeutique incontestable mais de maniement délicat.

Élections. — MM Douris (de Nancy) et Guignes (de Beyrouth) sont élus correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1929.

De la nature des pigments de l'anthracose pulmonaire. — ***M. L. Bard*** pense que si les recherches de M. Jousset démontrent la part importante que prennent les pigments ferrugineux d'origine endogène dans la coloration anthracosique, il croit cependant qu'il ne faut pas refuser à la fixation des poussières atmosphériques, tout rôle dans la genèse de l'anthracose des mineurs. Le dosage du fer par la calcination, qui détruit le charbon, ne permet pas de faire la part des deux éléments et la chalicose, dans laquelle les poussières blanches de silice ne peuvent être confondues avec les pigments noirs, démontre bien la nécessité de laisser un certain rôle dans la genèse des pneumoconioses, à la fixation des poussières atmosphériques.

Abcès du poumon consécutif à une pneumonie. — MM. ***Rathery*** et ***Thoyer-Rozat*** présentent les pièces anatomiques d'un cas d'abcès du poumon consécutif à une pneumonie. L'intérêt de cette présentation réside dans la localisation de l'abcès situé juste au-dessus de la scissure et du foyer d'hépatisation grise, localisation qui aurait pu faire croire à une collection interlobaire si un examen attentif n'avait pas permis la localisation précise.

Epithélioma cortico-surrénal avec virilisme et hirsutisme. Localisation par le pneumo-péritoine. Extirpation chirurgicale.. — MM. ***Langeron, Decherf*** et ***Danes*** (de Lille) rapportent une observation anatome-clinique d'une jeune fille atteinte de virilisme et hirsutisme généralisé avec aménorrhée, hypertension et glycosurie. Le pneumo-péritoine permet de localiser une tumeur dans la région surrénale gauche. Une extirpation chirurgicale en est faite mais malgré les suites opératoires normales, la malade meurt brusquement à la 48e heure. Histologiquement il s'agit d'un épithélioma cortico-surrénal.

Oblitération haute de la veine cave inférieure au cours d'une lympho-sarcomatose ganglionnaire et viscérale. — MM. ***A. Cain*** et ***Uhry***. — Chez une femme de 42 ans s'établit progressivement un syndrome de compression caractérisé par un œdème énorme occupant la moitié inférieure du corps et une circulation collatérale du type cave-cave et porto-cave supérieur. Hépato splénomégalie considérable (sans ascite) avec adénopathie cervicale dont l'examen après biopsie, révèle la matière lympho-sarcomateuse.

La radiothérapie profonde, en même temps qu'elle réduisit les tumeurs viscérales, fit disparaître les œdèmes et la circulation collatérale. On peut donc admettre malgré l'absence de vérification anatomique, que l'oblitération de la veine cave était liée à une compression exercée par une masse néoplasique ganglionnaire ou hépatique.

Evolution comparée des œdèmes dans la néphrose lipoïdique et la néphrite hydropigène. — MM. M. ***Labbé, Nepveux*** et ***Gilbert Dreyfus*** étudient le sang et l'évolution des œdèmes dans un cas de néphrose lipoïdique où le diagnostic était posé par la présence de corps bi-réfringents dans le sang et les urines, et dans un cas de néphrite hydropigène avec hypertension et azotémie.

De leurs très intéressantes recherches, les auteurs montrent que dans le cas de néphrose lipoïdique, le malade réagissait très bien au régime déchloruré et moins nettement au régime hyper-albumineux, tandis que le malade atteint de néphrite hydropigène avec hypertension et azotémie réagissait moins nettement que le précédent au régime déchloruré. Ils concluent de leurs recherches que dans la production des œdèmes, à côté de l'équilibre minéral, d'autres facteurs jouent et que la rétention du sodium reste le facteur le plus important.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

Séance du 15 mars 1929.

M. ***Briault*** communique l'observation d'une malade opérée par lui pour une imperforation de l'hymen à l'âge de 24 ans. Les lèvres de la muqueuse vulvaire ont été fixées à la muqueuse vaginale, ce qui assure la cicatrisation avec maintien de l'orifice qui, autrement, s'oblitère.

M. ***Raymond Petit*** mentionne un cas où le fait se produisit et amena ***Broca*** à pratiquer en fin de compte l'hystérectomie. Par contre, M. ***Raymond Petit*** relate deux observations de malades opérées par lui-même avec plein succès grâce à la fixation des lèvres de la muqueuse vaginale à la muqueuse vulvaire.

M. ***Brossan*** présente des coupes faites par *M. Guieysse* et une note rédigée par le même auteur donnant l'anatomie pathologique des hémorroïdes sclérosées par la méthode de Filderman. Des pièces sont présentées par ce dernier. On constate la production d'un tissu fibreux très dur et difficile à couper et des vaisseaux sclérosés.

M. ***Thibault*** présente une note sur les résultats anatomiques obtenus par la diathermie dans le traitement des hémorroïdes. Il se produit une escarre et des placards nécrobiotiques. L'escarre est guérie en général trois semaines ou un mois après l'intervention.

M. ***Cambiez*** présente une électrode diathermique avec thermomètre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 mars 1929.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes en thérapeutique. — M. ***Laquerrière*** montre que ces ondes paraissent avoir des avantages dans certains cas, comme l'incontinence d'urine accidentelle de la femme. Mais elles sont surtout indiquées dans la paralysie infantile et dans les névrites motrices graves ; elles permettent alors d'avoir des actions trophiques intenses, sans présenter aucun inconvénient, et elles réalisent une gymnastique musculaire s'adressant électivement aux muscles les plus malades dans des conditions particulièrement favorables.

Engelures des jambes. — M. ***P. Gallois*** signale qu'il a observé par les grands froids de cet hiver un certain nombre de cas d'engelures des jambes chez des jeunes femmes, et les attribue à la mode du bas de soie et des jupes courtes. Il a suffi de faire porter des sous-bas pour faire disparaître assez rapidement cette variété d'inflammation de la peau qu'il faut savoir distinguer de l'érythème induré des jeunes filles et de l'érythrocyanose des jambes.

M. ***Georges Rosenthal*** signale que ses travaux sur la cure physiotherapique des pleurésies ont trouvé place dans les ouvrages classiques des Professeurs Castaigne et Marcel Labbé qu'il est heureux de remercier à nouveau.

Les erreurs dans le diagnostic radiologique de la vésicule biliaire. — M. ***Nemours Auguste*** montre, projections à l'appui, différentes erreurs commises dans le diagnostic des maladies de la vésicule biliaire, et indique la possibilité de les éviter par la cholécystographie. Celle-ci demande à être bien faite, bien interprétée pour ne pas être elle-même une cause d'erreur.

Les cas étudiés par l'auteur ont été contrôlés opératoirement. La valeur de l'examen est grande surtout après injection intraveineuse. E. PERPÈRE. (*Voir la suite page* 623.)

REVUE DE PRESSE ETRANGERE

Journalisme.

El Siglo Medico, la grande revue clinique de Madrid, vient de fêter son soixante-quinzième anniversaire ; fondée par Delgras, Escolar, Mendez Alvaro, Nieto-Serrano et Serret, il a absorbé, au cours de son existence, le *Boletin de Medicina*, la *Gaceta Medica*, le *Genio medico-chirurgico*, la *Correspondencia medica* et la *Sanidad civil* ; il a progressé sous l'impulsion féconde de son directeur honoraire, Angel Pulido, et de son directeur actuel, Carlos Maria Cortezo.

Le numéro du jubilé (3.917, 5 janvier 1929) est un véritable volume renfermant soixante-dix articles originaux, auxquels a collaboré l'élite scientifique de l'Espagne : J. Goyanes, Martinez Vargas, Francisco Huertasy Barrero, M. Marquez, Enrique Isla, Obdulio Fernandez, V. Peset, G. Maranon, Novoa Santos, Jose Codina Castellvi, M. Gil-Casares, R. Molla, Gustavo Pittaluga, Jesus Sarabio y Pardo, Joaquin Decref, E. Fernandez Sanz, E. Slocker, Antonio Oller, R. Luis y Yague, Antonio Morales, Valle y Aldabalde, J. Mouriz, Concepcion Alexandre, Angel Pulido Martin, Gonzalez Campo, Jose Blanc Fortacin, J. et S. Ratera, Gonzalo R. Lafora, Santiago Carro, Balthasar Hernandez Briz, Salvador Pascual, Baldomero Castresana, Fidel Fernandez Martinez, Vital Aza, F. Huertas y Gonzalez del Campillo, G. R. Gonzalo A. Vallejo Nagera, Jose Valdes Lambea, Manuel Marin Amat, Jose Maria de Villaverde, Jose Barajas y de Vilches, Urrutia, Fernandez de la Portilla, Felix Antiguedad Diez, E. Luengo, A. F. Martin, Rafael Comenge, Javier M. Tome y Bona, etc.

Signalons tout particulièrement la préface due à la plume du grand savant dont s'enorgueillit l'Espagne : Santiago Ramon y Cajal et extrayons-en cette belle sentence qui pourrait servir d'épigraphe à toute revue digne de ce nom : « Un périodique, comme la vie, doit aspirer à la continuité et à la rénovation perpétuelle ».

Le *Progrès médical* est heureux de féliciter le *Siglo medico* de sa glorieuse carrière et de lui offrir ses meilleurs vœux pour l'avenir.

Pathologie générale.

Les états d'allergie alimentaire sont plus fréquents qu'on ne pense (A. R. Rowe, *Journal of the American medical Association*, 24 novembre 1928) ; ils déterminent, aussi bien à l'âge adulte que dans l'enfance, des troubles gastro-intestinaux : de l'urticaire, de l'eczéma, de la migraine, de l'asthme ; ils jouent parfois un rôle dans la fièvre des foins permanente, la congestion nasale, l'hypotension, l'épilepsie et même dans certaines fièvres obscures et inexpliquées. Un interrogatoire minutieux permet de relever, dans les antécédents familiaux ou personnels, des présomptions d'allergie sous forme de dégoût pour certains aliments ; le diagnostic doit se faire par une série de cuti-réactions et, quand elles ne donnent pas de résultats, par des épreuves d'ingestions ; un procédé, assez facile à employer, procède par elimination, en supprimant successivement les aliments suspects. Le traitement consiste à exclure le ou les aliments en cause, puis à tâter et à renforcer la tolérance de l'organisme par l'absorption de doses minimes et progressivement croissantes ; la désensibilisation par choc (peptone, lait, etc.) donne des résultats médiocres et irréguliers ; le chlorure et le lactate de calcium, l'irradiation par la lampe de quartz, sont peu efficaces.

L'acclimatation aux hautes altitudes a été reprise au Pérou, où vivent 3 millions d'hommes entre 3.000 et 5.000 mètres au-dessus du niveau de la mer, par Carlos Monge dans *Los Progresos de la Clinica* (décembre 1928). *La maladie des Andes* comprend trois formes cliniques : le *soroche* (forme aiguë du mal des montagnes), le soroche prolongé ou léger (par inadaptation ou désadaptation) et l'érythrémie (par perte de l'acclimatation). Ces trois formes correspondent à des syndromes érythrémiques (maladie de Vaquez), comme l'établissent les analyses de sang chez les autochtones des hauts plateaux.

Mais les signes hématologiques sont la conséquence des efforts tentés par l'organisme pour s'enrichir en oxygène ; la caractéristique fondamentale de la maladie des Andes consiste dans la perte ou l'insuffisance de la perméabilité pulmonaire ; ce n'est pas une maladie du sang, c'est une maladie du poumon.

Pédiatrie.

Les troubles digestifs du nourrisson relèvent souvent de causes infectieuses ; Enrique A. Beretervide en tire des déductions très importantes au point de vue du traitement (*Semana medica*, 8 novembre 1928). La prescription *automatique* d'une purgation est aussi inutile que préjudiciable, car elle accentue la déshydratation et diminue les capacités défensives de l'organisme ; la diète hydrique, établie pendant deux ou trois jours, aggrave encore la situation. Il ne faut pas rejeter sur l'intestin la responsabilité de la plus légère élévation thermique et poser *triomphalement* le diagnostic d'infection intestinale ; la logique veut que l'on cherche si la fièvre ne peut pas avoir une autre origine ; il faut donc procéder à un examen minutieux et complet, qui révélera parfois un foyer congestif pulmonaire, une otite ou une angine. De toute manière on doit rejeter la *phobie alimentaire* aussi absurde que périlleuse, si l'on n'a pas encore trouvé la cause du processus fébrile ; autrement on s'expose à des surprises désagréables et on soumet le nourrisson à des privations que rien ne justifie.

Anesthésie.

L'influence de l'anesthésie sur la pression artérielle a été étudiée par Francisco J. Herraiz Serrano (*Los Progresos de la Clinica*, décembre 1928) dans 62 cas, qui se répartissent ainsi : 42 éthérisations, 4 chloroformisations, 16 rachianesthésies (11 à la tropocaïne et 5 à la novocaïne). La tension artérielle maxima a une valeur moyenne de 11,7, oscillant de 9,5 à 14 ; la tension artérielle minima a une valeur moyenne de 7,3, oscillant de 6 à 9 (en centimètres de mercure). Si l'on compare les chiffres de tension avant et après l'anesthésie, on constate que, dans plus de la moitié des cas, la baisse est plus marquée dans la chloroformisation que dans l'éthérisation, dans l'éthérisation que dans la rachianesthésie à la tropocaïne : la novocaïne donne la même baisse que l'éther. Vingt-quatre heures après l'anesthesie, la pression est revenue à la normale dans 80 % des cas, elle est plus forte dans 15 % et plus faible dans 5 %.

Accidents du travail.

Le lumbago traumatique existe ; Jean Veyrassat et François Ody publient une étude extrêmement documentée dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* (25 octobre et 25 novembre 1928) et formulent les conclusions suivantes : 1o Le lumbago traumatique est infiniment plus fréquent que ne le prétendent les assurances accidents ; le traumatisme est le principal facteur étiologique des lombalgies. 2o Le lumbago traumatique peut durer, non pas huit ou dix jours, délai concédé *à l'usage des assurés*, mais bien des mois et des années ; il faut reconnaître toutefois que le délai de huit jours peut s'appliquer aux formes strictement musculaires, encore que cette variété soit susceptible de se prolonger bien au-delà d'une semaine. 3o Les lumbagos traumatiques articulaires ou spondyliens peuvent déclancher tardivement, après une période de guérison apparente, des troubles douloureux simulant le rhumatisme ; il s'agit alors soit du syndrome de Kummell-Verneuil, soit du syndrome de Dohan. 4o Pour établir le diagnostic il est nécessaire d'interroger le malade, afin de savoir s'il a déja subi un traumatisme ; dans ce cas il est indiqué de faire une radiographie, et, même si elle ne révèle aucune lésion, on n est pas encore en droit de parler du rhumatisme, à condition que le traumatisme antérieur soit vraiment prouvé. 5o Un lumbago traumatique ne doit pas être récusé systématiquement, en l'absence de tout signe objectif, car la disposition anatomique des fascias et des aponévroses ne permet pas, dans la plupart des cas, la production d'ecchymose et de gonflement. 6o Le lumbago traumatico-rhumatismal, qu'on essaye d'introduire dans la nosologie chirurgicale, ne doit être admis qu'avec une extrême prudence ; ce diagnostic est trop simple pour correspondre à la réalité dans la majorité des cas. 7o Le syndrome lombalgique demande, pour être convenablement interprété, une étude minutieuse portant sur les conditions de l'accident, sur les antécédents du blessé, sur l'évolution et sur les clichés radiographiques. 8o Le lumbago traumatique peut déclancher des troubles tardifs et comporte un pronostic réservé qu'il faut toujours mentionner dans la déclaration des accidents.

Varia.

La prudence est la vertu du transfuseur (W. Verge, de Québec).

Le diagnostic d'un cancer du rein au début est toujours difficile et ce n'est qu'alors qu'il est vraiment intéressant (Van den Branden, de Bruxelles).

L'objectif d'un examen neurologique consiste à établir la base anatomique et pathologique des symptômes de manière à lui assigner une place dans la classification et à esquisser un plan de traitement (Irving J. Sands, de Brooklyn).

J. Lafont.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Quelques emplois de l'adonis. (Dr Quénée, *Concours Médical*, Paris 1928, n° 50.)

L'auteur montre, par de belles observations quels services peut rendre l'adoverne. Ce médicament est préconisé, dans le traitement de l'asystolie, par le professeur Merklen, qui conseille en effet l'adonis vernalis à la dose de 1 gr. 50 d'extrait fluide par jour et ajoute « ... ou bien 20 à 60 gouttes d'adoverne, représentant les deux glucosides adonidoside et adonivernoside récemment extraits par les frères Mercier et étudiés par Lutembacher ».

Les indications de l'adoverne sont donc faciles à poser. Nous ne voulons pas dire que dans tous les cas, il remplacera la digitale pas plus que celle-ci ne la remplacera, elle aussi. Mais l'adonis vernalis comporte ses indications propres. Bien qu'on ne puisse séparer les propriétés toni-cardiaques des propriétés diurétiques, cliniquement c'est souvent l'une ou l'autre de ces indications qui prédomine.

Donc, comme tonicardiaque, on emploiera l'adoverne tout d'abord chez les malades qui ne réagissent pas à la digitale et tout particulièrement chez ceux qui ont besoin d'un usage prolongé du cardiotonique, aux grands infectés avec défaillance du myocarde, par exemple. De plus, la rapidité d'action de l'adoverne est souvent encore recherchée.

Comme diurétique, il s'emploiera encore tout particulièrement chez les cardio-rénaux et même, quelles que soient les conditions étiologiques, dans tous les cas où il y a diminution de la diurèse.

La médication bromurée. (Dr Darré, *Concours Médical*, Paris, 1928, n° 29.)

Dans cette revue générale sur la médication bromurée et sur ses applications multiples, en neuro-psychiatrie, en médecine générale, dans toutes les spécialités, l'auteur fait remarquer qu'il est devenu beaucoup plus difficile de formuler le bromure, dont le nom seul fait reculer beaucoup de gens, si elle ne les fâche pas. La formule chimique inscrite dans l'ordonnance n'est pas toujours suffisante pour cacher le bromure à leur curiosité. Tout naturellement on a cherché la façon de le présenter d'une façon masquée : la présentation trouvée est celle du bouillon bromuré, plus connu sous le nom spécialisé de sédobrol. Le goût est identique au bouillon chloruré : il devient donc facile de cacher au malade la nature du médicament qu'il prend et même, avec la complicité de l'entourage, on peut lui laisser ignorer qu'il en prend un. De plus, le sedobrol a l'avantage de renfermer du NaBr d'une pureté chimique absolue ; ceci a une grosse importance, surtout lorsque le médicament doit être employé à des doses élevées et prolongées. Ce produit, on le sait, se présente sous l'aspect de tablettes renfermant chacune exactement 1 gr. de bromure de sodium, qu'il suffit de faire dissoudre dans une tasse d'eau chaude ou même dans une assiette de potage peu salé ; l'auteur a fréquemment utilisé ce dernier moyen, le malade a toujours ignoré qu'il prenait un médicament. La dose moyenne, qui peut naturellement être augmentée, est de une à quatre tablettes de sédobrol dont, on le voit, les avantages sont nombreux : présentation cachée, pureté absolue, dosage exact.

Les médications de la toux. (Dr Martin, *Sud Méd. et Chir.*, 15 juillet 1928.)

Les vrais médicaments de la toux ne sont pas trop nombreux; il faut citer surtout l'opium, la belladone, l'aconit et le brome. Sans doute, on a pu dire, avec raison, que le thiocol calme la toux ; il agit en asséchant l'arbre respiratoire ; dans les bronchites chroniques, on se trouvera particulièrement bien de l'emploi du thiocol, surtout sous forme de sirop Roche, qui est admirablement supporté, qui présente des propriétés eupeptiques et stomachiques, et qui donne des résultats constants même dans la tuberculose pulmonaire.

Donc, parmi les médicaments de la toux, il faut choisir. Le brome est surtout le calmant des toux quinteuses, coqueluchoïdes. On emploie volontiers le bromoforme, dont la toxicité est assez grande, mais qui donne de bons résultats à doses fractionnées ; quinze gouttes de bromoforme peuvent être toxiques chez un enfant, lorsqu'on les donne en une fois, mais si on les administre en quatre ou cinq fois, la toxicité n'existe plus. Cependant, pourquoi ne pas donner les bromures, à la dose de 0.25 à 0.50 par année d'âge. Le bromure de sodium est admirablement supporté par les enfants sous forme de sédobrol (1/4 à 1/2 tablette par année d'âge et même davantage). Chez les adultes, on peut facilement dépasser deux ou trois tablettes par jour et on est quelquefois absolument stupéfait des effets que donne cet extrait de bouillon végétal achloruré et bromuré ; de même, l'opium et la belladone sont deux grands calmants de la toux. L'opium surtout est analgésique, hypnotique, béchique ; les préparations ne manquent pas, poudre, extrait, sirop diacode, thébaïque, de codéine, etc. La codéine en particulier donne d'excellents résultats ; elle est moins toxique et plus béchique que la morphine ; l'opium total ou pantopon jouit des mêmes propriétés.

La pyorrhée dentaire arthritique. (Dr Gaston Robert, *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 3 février 1929.)

Le ligament alvéolo-dentaire n'est point à l'abri, chez l'arthritique des précipitations, cholestérinique, uratique et calcaire qui caractérisent sa diathèse, d'où l'irritation des tissus gingivaux, qui s'enflamment et s'infectent des microbes buccaux pour constituer le syndrome pyorrhéique. A côté du traitement local, et parfois de la vaccination, un traitement général du malade, s'adressant aux causes profondes du mal, est nécessaire pour obtenir un résultat durable. L'atoquinol, dont on connaît depuis quelques années la puissante action mobilisatrice sur les dépôts uratiques et cholestériniques, est ici particulièrement indiqué.

A la dose de deux cachets par jour, ce médicament maintes fois déterminé, à lui seul, la détersion gingivale, la cessation rapide des douleurs, la consolidation des dents branlantes et la disparition de l'infection buccale.

Le praticien non spécialisé n'est donc pas désarmé vis-à-vis de cette affection si tenace qu'est la pyorrhée dentaire, puisqu'il dispose d'un médicament efficace qui, aidé de quelques soins locaux permet d'obtenir souvent sa guérison définitive.

Sympathique et menstruation. (Dr Chalret du Rieu *Bulltin médical* du 6 mars 1929.)

Une médication rationnelle des troubles menstruels doit tenir compte du rôle prépondérant ou accessoire que peut y ajouter le sympathique. Celui-ci ne tarde guère à réagir vis-à-vis d'une insuffisance ovarienne ou d'une hyperovarie, mais c'est surtout chez les malades qui présentent ce syndrome si fréquent de la *dysovarie* avec alternance de l'hyper et de l'hypofonction, que son déséquilibre se manifeste le plus nettement.

Il peut aboutir à des troubles profonds du caractère et du psychisme, comme à des troubles locaux extrêmement gênants.

Indépendamment des alcaloïdes sympathicotropes, qui peuvent avoir un rôle utile mais toujours temporaire et d'adjuvance, il ne faut jamais négliger la cause endocrinienne profonde et la traiter soit par l'opothérapie frénatrice (sistomensine) ou activante (agomensine) ou complémentaire (androstine).

L'endocrinothérapie utilisant, suivant les cas, l'un ou l'autre de ces principes extractifs, est seule capable de guérir les troubles ou de les amender d'une façon durable.

La parésie intestinale post-opératoire. Comment la prévenir et la traiter. (Dr Louis Bergouignan, interne des hôpitaux de Paris, *Pratique médicale française* de mars, B.) 1929, n° 3 bis).

La parésie intestinale est un incident post-opératoire qui peut prendre parfois une allure grave. Nombreux sont les moyens employés pour la combattre, nombreux sont aussi les échecs. Il semble que la péristaltine comble une importante lacune dans cette thérapeutique.

Une seule injection suffit parfois : dans d'autres, deux injections faites à quelques heures d'intervalle sont nécessaires, exceptionnellement il en faut trois pour faire céder les phénomènes de météorisme dans des cas de paralysie très marquée. De toute façon, et dans tous les cas, l'action de la péristaltine s'est montrée nettement supérieure à celle des moyens habituels pour réanimer le péristaltisme.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Dépression psychique simple.

Par **H. CODET**

D'allure constitutionnelle ou acquise, se manifestant de façon continue ou intermittente, elle est à la limite des tempéraments particuliers et des états pathologiques.

PSYCHIQUEMENT, les déprimés présentent surtout de la gêne à l'attention soutenue, de la difficulté à l'effort poursuivi, une certaine sensation d'inaptitude, s'accompagnant d'inquiétude professionnelle. Cet état, prolongé, durable est généralement plus marqué *le matin*. L'intelligence, la lucidité sont normales, 'activité professionnelle, sociale, familiale satisfaisante.

PHYSIQUEMENT, ce sont fréquemment des sujets maigres, peu colorés, peu remuants. Pas de gros signes organiques mais assez souvent : *hypotension artérielle* et *vagotonie.*

LE DIAGNOSTIC se fait par la constatation de cet état habituel, un examen somatique complet permettant d'éliminer les état dépressifs secondaires : intoxications, infections, troubles endocriniens avérés, insuffisance hépato-rénale, états anémiques.

Traitement psychique. — Doit être réconfortant, consiste surtout à expliquer au déprimé qu'il s'agit davantage d'une *sensation subjective* d'effort difficile que d'incapacité réelle. En général, il est possible de lui démontrer l'authenticité de ses capacités.

Beaucoup de ces malades ont besoin de se sentir périodiquement « *remontés* » par les affirmations compréhensives et sympathiques du médecin.

Leur conseiller un travail aussi régulier que possible, permettant d'en constater les résultats effectifs. Autorisequelques sorties et distractions, encourager ce qui peut rendre le travail attrayant.

Déconseiller le travail intellectuel prolongé dans las soirée, cause fréquente d'insomnie. Lutter contre la crainte obsédante de cette insomnie (bon nombre de ces malades supportent bien mieux qu'ils ne le redoutent la réduction de sommeil).

Instituer des *règles d'hygiène* : lever pas trop tardif, suivi d'une courte séance de gymnastique et d'une friction alcoolisée. Exercices au grand air, marche quotidienne, sports peu violents.

Alimentation normale.

Eviter : 1° de décourager ces sujets par une trop grande sévérité ; 2° de les inquiéter par un traitement trop énergique ou complexe.

Prescrire l'une des cures discontinues :

Sulfate de strychnine............. un milligramme

pour une pilule.

Progressivement, de I à V pilules par jour (doses croissantes et décroissantes) pendant 20 jours.

Ou :

Cacodylate de soude.................. dix centigr.

pour une ampoule injectable.

Une ampoule en injections tous les deux jours, le matin, pendant 3 à 4 semaines.

Ou :

Acide phosphorique off.		43 cmc.
Teint. de zestes de citron		20 cmc.
Sirop de sucre	q.s.p.	1 litre

Une cuillerée à soupe, dans un verre d'eau, au milieu d'un ou de deux repas par jour, une semaine sur deux.

Nota. — De nombreuses préparations spécialisées réalisent ces médications, dont certaines par des associations particulièrement favorables

Dans les cas où, de *façon très passagère*, la dépression est pécialement accentuée ou gênante, prescrire :

Saccharure granulé de Cola (Codex).

Une ou deux cuillerées à café par jour.

A réserver plutôt pour le « coup de fouet », en évitant l'usage prolongé.

Dans *les formes nettement périodiques*, intermittentes essayer d'en obtenir l'atténuation par un traitement prolongé, continu, en prescrivant :

Teinture de belladone.

De X à XXX gouttes à chacun des deux repas, par doses progressivement croissantes et décroissantes.

Ou :

Gardénal .... 5 centigr.

pour un comprimé.

Un comprimé le matin à jeun, un comprimé dans la soirée ou l'association des alcaloïdes totaux de la belladone au gardénal (belladénal).

Dans *les phases où l'insomnie* prédomine, avec de la rumination imaginative incoercible (*mentisme*), prescrire, de façon transitoire, un hypnotique léger :

Véronal............................ 25 centigr.

pour un cachet.

Prendre, le soir, ou un deux cachets, avec une infusion chaude (tilleul, eau de fleurs d'oranger).

Ou :

Gardénal .... 10 centigr.

pour un comprimé.

Ou l'un des nombreux produits spécialisés, hypnotiques légers : béatol, déclonal, neurinase, sédormid, sorgal, valéronal, etc.

En tout cas, chez ces sujets, il faut prescrire *l'usage discontinu* : trois soirs consécutifs, au maximum, séparés d'une nouvelle prise par un intervalle au moins égal. Il est souvent utile de changer le produit pour éviter l'accoutumance.

Recommander en outre, l'aération de la chambre à coucher, un peu de marche avant le coucher ; le *bain tiède*, non suivi de friction, dans la soirée est très recommandable.

Chez quelques déprimés, le traitement *endocrinien* : extrait orchitique, andostrine, donne des résultats très satisfaisants.



GLANURES

Echo d'un procès de responsabilité médicale en l'année 1834. — En 1834, un procès de responsabilité médicale souleva dans les milieux médicaux de l'époque une émotion non moins vive que celle soulevée par un procès récent. Le Dr Rougier, prononçant l'éloge de Bouchet, à la Société de médecine de Lyon (30 novembre 1839), faisant allusion au mémoire qu'avait publié Bouchet, sur la reponsabilité médicale, à l'occasion de ce procès, disait ceci :

« Une question grave de responsabilité médicale fut soulevée en 1834 et portée devant les tribunaux. A la suite d'une saignée faite à un malade par le docteur Thouret-Noroy, des accidents dont l'urgence n'a pas été constatée, furent suivis de la ligature de l'artère brachiale, puis de l'amputation du bras, double opération qui fut pratiquée par un officier de santé. On attribua tout ce mal aux suites d'une saignée malheureuse et sur le témoignage ignorant ou intéressé d'un officier de santé, et de gens incompétents, un premier jugement condamna le docteur en médecine. *Toute la France médicale se souleva contre cet arrêt, et les journaux politiques comme ceux de la science, furent couverts d'énergiques protestations.* Celle de Lyon ne se fit pas attendre, tous les médecins de la ville et des environs se réunirent en Assemblée générale et nommèrent une commission chargée de publier un mémoire sur la responsabilité médicale et sur ce cas particulier, afin d'éclairer la Cour de Cassation, qui devait prononcer sur la validité de l'arrêt.

Bouchet fut nommé rapporteur de cette commission, cette tâche ne pouvait être confiée à un homme plus ferme et plus consciencieux. La mémoire qu'il publia, vengea noblement la dignité et l'indépendauce du médecin violées par un arrêt irréfléchi. Il démontra victorieusement que si cet arrêt était maintenu et passait dans la jurisprudence, il entraverait l'exercice de la médecine en enchaînant la spontanéité et le libre arbitre de l'homme de l'art, qui n'aurait alors pour juges de ses actions que des hommes incompétents, nécessairement inhabiles à comprendre ses œuvres et à en comprendre le résultat. Discutant ensuite tous les faits de la cause, Bouchet en fit ressortir avec la dernière évidence pour des yeux non prévenus, l'innocence de l'accusé. Ce mémoire, dont les pensées profondément mûres sont énergiquement formulées, fit sur le public une grande sensation. De semblables protestations arrivèrent de toutes les villes du royaume pour éclairer la cour souveraine. Vous connaissez l'arrêt définitif, il a prouvé ce que vous savez déjà : c'est que la profession de médecin, soumis à la patente par une injurieuse distinction, qui l'isole des autres arts libéraux, n'a pas même comme eux, la protection de la loi.

Cette déception, à laquelle les médecins étaient loin de s'attendre, ne leur empêcha pas de continuer leur mission de philanthropie. C'est dans leur cœur qu'ils trouvent la récompense de leur inépuisable dévouement, et ils ne répondent à un arrêt rigoureux qu'en accomplissant leur honorable apostolat. »

Barthez et les typographes. — Barthez, comme Voltaire, aimait à corriger ses écrits en revoyant les épreuves. M. Lordat raconte qu'il ne s'en rapportait à personne sur certaines perfections purement typographiques. Ainsi un caractere usé, une majuscule omise ou placée mal à propos, donnaient occasion aux bourrasques les plus violentes. Lorsqu'il fit imprimer le discours sur le *Génie d'Hippocrate*, il passa une nuit entière dans l'insomnie et le dépit, parce qu'après le tirage de la première feuille, il s'aperçut que dans le premier E du mot GÉNIE du frontispice, la barre horizontale supérieure était

rompue ! C'était là une des mille bizarreries qui rendaient son humeur si difficile. (*Doctrine médicale de Barthez.*)

Un beau cas de lucidité. — Dans un de ses derniers livres, *l'Intelligence et l'homme, Etudes de psychologie et de physiologie* (Alcan, 1927), le professeur Charles Richet cite de nombreuses observations de lucidité, seconde vue, clairvoyance ou cryptesthésie. Tel est le cas de M. Ossovietzki, ingénieur polonais distingué, qui ne se soucie pas d'ailleurs de faire des expériences. Toutes les fois qu'il y consent, il réussit, mais il y consent rarement.

Un jour M. Ch. Richet part pour Varsovie ; il emportait, données par Mme la comtesse de Noailles, trois enveloppes soigneusement cachetées et dont il ignorait absolument le contenu. Il les présente à l'ingénieur Stéphane qui en prend une au hasard, on est en pleine lumière. C'est à peine si Stéphane regarde l'enveloppe ; il la palpe, la met derrière son dos, la froisse légèrement en tous sens, tout en parlant de choses et d'autres. Au bout d'une demi-heure environ, notre ingenieur explique : « C'est l'inspiration d'un grand poète français... on dirait Rostand... je vois la nuit et la lumière... c'est un vers de *Chantecler* dit par le Coq... Et c'est signé Edmond Rostand. » On décachète alors l'enveloppe et on lit ces mots écrits par Mme de Noailles : *C'est la nuit qu'il est beau de croire à la lumière.* Edmond Rostand. Ce vers de *Chantecler* est dit par le Coq.

Dr E. CALLAMAND.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Conditions de formation et de destruction de la vitamine D au cours de l'irradiation de l'ergostérol. — Mlle **Van Stock**, MM. **Dubreuil** et **Heudebert** présenté par M. le *Prof.* **Fabry**. — Il a été démontré par **Heilbron**, **Kamm** et **Morton** (*Journal of the Chemical Society*, 1927, p. 2.000) que le pouvoir antirachitique donné par les rayons ultra-violets à l'ergostérol est accompagné d'un changement dans le spectre d'absorption de cette substance.

L'ergostérol montre avant l'irradiation trois bandes bien définies à 2935, 2815 et 2700 A ; après l'irradiation, ces trois bandes ont disparu et une nouvelle bande s'est formée avec un maximum à 2470 A. Cette nouvelle bande appartient à la vitamine D. En prolongeant l'irradiation, cette nouvelle bande disparaît à son tour. Les auteurs en concluent que certaines radiations émises par la lampe à vapeur de mercure seraient nuisibles, en ce sens que ce produit serait détruit au fur et à mesure de sa formation. D'après eux, on éviterait la décomposition de ce corps en éliminant pendant l'irradiation les rayons d'une longueur d'onde plus courte que 2500 A.

Dans ce but nous avons essayé de réaliser une irradiation filtrée, en interposant un écran entre la lampe à mercure *Cooper Hewith*, (100 volts, 6 amp) et la solution d'ergostérol à irradier. Cet écran se compose de deux lamelles en quartz, entre lesquelles se trouve une couche d'huile d'arachide de 0,1 mm. d'épaisseur.

Le faisceau ultra-violet se trouve arrêté à 2.500 A.

D'autres huiles ou des feuilles de gélatine choisies à des épaisseurs convenables, conviendraient également. Nous avons ainsi irradié la solution d'ergostérol dans de l'alcool jusqu'à disparition complète des bandes d'ergostérol ; à ce moment apparaît faiblement la bande caractéristique de la vitamine D.

L'irradiation filtrée n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, nous avons alors irradié l'ergostérol avec la totalité des radiations émises par la lampe à mercure, mais en plaçant la solution alcoolique à l'abri de l'air, c'est-à-dire dans une atmosphère d'azote (épaisseur de la couche 1,5 mm. ; distance à la lampe 30 cm.) Après la disparition des bandes de l'ergostérol, nous avons constaté, cette fois, d'une façon extrêmement nette, l'apparition d'une absorption sélective, avec un maximum à 2503 A.

Pour nos essais spectrométriques, nous nous sommes servis d'un spectrographe en quartz réglé pour la région 3280-2200 A.

Comme source de lumière U. V. nous avons employé la lampe à hydrogène (de *Chalonge* et *Lambert*.)

Le spectre dans l'ultra-violet de cette lampe donne un bon fond continu, très homogène, avec une seule raie d'émission à 2536, due à une trace de mercure.

Nous avons photographié sur une même plaque les spectres de la solution fraîche d'ergostérol à 0,05 % et ceux de cette même solution irradiée en atmosphère d'azote pendant 15 minutes, 30 minutes, 45 minutes et une heure. Les spectres de cette plaque ont été enregistrés au microphotomètre à cellule photo-électrique de *Chalonge* et *Lambert* ; nous reproduisons ici les courbes d'absorption obtenues.

Nous observons pour l'ergostérol quatre bandes d'absorption avec des maxima à 2932, 2815, 2700 et 2500 A.

Pendant l'irradiation, les trois premières bandes disparaissent, tandis que la quatrième augmente en intensité, simultanément avec l'apparition de deux nouvelles bandes, ayant des maxima à 2.503 et 2.405 A. La bande à 2.608 A est donc commune à l'ergostérol et à la vitamine D. La bande à 2.503 se développe à une intensité égale à celle des bandes 2.815 et 2700 A. de l'ergostérol.

En continuant l'irradiation pendant 4 heures, les trois nouvelles bandes ne disparaissent pas. Au bout de 6 heures d'irradiation, elles sont toujours présentes, mais un peu affaiblies ce qui laisse prévoir leur destruction.

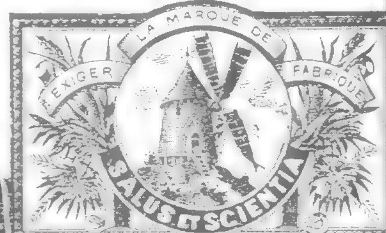
Nous concluons de nos essais que la réaction :

Ergostérol —> U. V. —> Vitamide D —> produit de décomposition, est un phénomène d'oxydation. La destruction finale de la vitamine D n'est pas due à l'émission de radiations nuisibles de la lampe à mercure, mais à une oxydation que l'on peut ralentir à volonté, en opérant en atmosphère d'azote.

NOUVELLES

Département de l'Aude. -- Un concours d'inspecteur d'hygiène adjoint chargé d'un dispensaire antituberculeux dans l'Aude est ouvert. Les conditions sont les suivantes :

1° Etre Français ; 2° Agé de 30 ans au moins et 50 ans au plus. (Extrait de naissance) ; 3° Posséder l'aptitude physique nécessaire. (Certificat d'aptitude délivré par un médecin assermenté) ; 4° Etre docteur en médecine (copie du diplôme d'Etat) et avoir exercé la médecine pendant 3 ans au moins ; 5° Extrait du casier judiciaire ; 6° Etat signalétique des services militaires, citations, campagnes, etc. ; 7° Posséder les diplômes de spécialisation technique ci-après : Un diplôme d'hygiène délivré par une faculté de médecine ; Un certificat de stage à l'un des cours de perfectionnement en phtisiologie, organisé dans les diverses facultés de médecine ; Au-



tant que possible un certificat de stage de perfectionnement auprès d'un service de syphiligraphie ; Une copie de chacun de ces diplômes devra être jointe au dossier après légalisation ; Autres titres et exemplaires de publications ; 8° Obligation de renoncer à toute clientèle et de résider à Narbonne ; Engagement de servir pendant 3 ans au moins et de servir 12 mois à titre de stagiaire ; 9° Engagement en cas de départ de continuer à assurer le service pendant 3 mois au maximum et de ne s'installer comme médecin dans aucune des localités de la région desservies ni de solliciter aucun mandat public avant un délai de 3 ans.

Traitement : stagiaire: 26.000 fr. ; titulaire, 30 à 40.000 fr. ; indemnités diverses en plus.

Délai d'inscription : le 15 avril prochain inclus. Pour tous renseignements s'adresser à la Préfecture de l'Aude : Inspection départementale d'hygiène.

Amphithéâtre d'anatomie. — M. le Dr Charles DUJARIER, (directeur des travaux scientifiques.) — *Conférences de technique chirurgicale* (avril, mai, juin à 16 heures.) — Ces conférences seront gratuites, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e.)

1° Chirurgie de l'ulcère duodénal et gastrique (2 leçons) par M. le Professeur GOSSET, chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière. (vendredi 12 et lundi 15 avril.

2° Chirurgie des côlons et du rectum (4 leçons) par M. le Dr LARDENNOIS, chirurgien de la Maison de retraite des Ménages. (mercredi 17, vendredi 19, lundi 22 et vendredi 26 avril).

4° Chirurgie des voies biliaires (2 leçons) par M. le Professeur Pierre DUVAL, chirurgien de l'hôpital de Vaugirard. (vendredi 10 et lundi 13 mai).

3° Chirurgie des voies urinaires (4 leçons, par M. le Dr MARION, chirurgien de l'hôpital Lariboisière (mardi 30 avril jeudi 2, samedi 4 et mardi 7 mai.)

5° Chirurgie du système nerveux (6 leçons) par M. le Dr ROBINEAU, chirurgien de l'hôpital Necker (vendredi 24, lundi 27, mercredi 29, vendredi 31 mai, lundi 3, mercredi 5 juin (pour les deux mercredis à 15 h. au lieu de 16 h.)



NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecin de l'Assistance médicale à domicile* — Ce concours s'ouvrira le 15 avril 1929. Composition du jury : MM. les Drs Papillon, Doucet, Morin (Paul), Gourichon (Henri) et Guérin (Alphonse).

15 candidats inscrits : Mmes Buquet, Péchenard, Henry Waynbaum, Bastien, Pignède, Ogliastri et MM. Vidal, Henry, Couturier, Ardin, Kergoyan, Drudin, Néron et Houlnick.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — Jeudi 11 avril. — M. Subeyman-Habibollah. Le choléra en Mésopotamie. — M. Oustric. Recherches sur la bactériothérapie de la la coqueluche.

Clinique chirurgicale de la Salpêtrière. (Professeur : M. Gosset). — *Cours de perfectionnement. Diagnostic et traitement des maladies de l'appareil digestif.* — Sous la direction de M. le Professeur Gosset aura lieu, à partir du 17 avril 1929, à l'usage des médecins et des étudiants pourvus d'au moins 16 inscriptions (N. R.) ou de 12 inscriptions (A. R.), un cours de diagnostic et de thérapeutique pratiques des maladies de l'appareil digestif. Ce cours sera fait par M. Ledoux-Lebard, chargé de cours, pour la partie radiologique, et par M. René-A. Guttmann, attaché médical de la clinique, chargé des consultations de gastro-entérologie pour la partie clinique et thérapeutique.

Les élèves collaboreront, sous la direction du Dr Gutmann, à la consultation et à l'établissement de la thérapeutique médicale. Ils feront eux-mêmes, sous la direction du Dr Ledoux-Lebard, les examens radiologiques nécessaires. Lorsqu'il s'agira de cas chirurgicaux, ils assisteront ensuite aux opérations qui seront pratiquées par M. le professeur Gosset. Les divers examens complémentaires (tubages gastriques ou duodénaux, interprétation des radiographies simples ou en série, etc.) seront faits par eux ou avec leur assistance.

Cet enseignement essentiellement pratique aura une durée d'un mois et commencera le mercredi 17 avril 1929, à 10 heures, à la Salpêtrière, service du professeur Gosset, Pavillon Osiris.

Le nombre des inscriptions est limité à vingt. Le droit d'inscription est fixé à 250 fr, pour les cours, 250 pour les travaux pratiques. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Office central des Œuvres médicales. — Un organisme de liaison entre nos grandes sociétés de solidarité confraternelle vient de se constituer à Paris, 5, rue de Surène (VIIIe).

L'initiative en est due au Dr Noir. Son but ? Etablir une entente entre toutes les sociétés professionnelles qui, dans les cas et aux titres les plus divers, viennent en aide aux médecins et aux familles médicales dont la situation leur est signalée comme digne d'intérêt. Or ces œuvres, trop fréquemment, ne se connaissent qu'imparfaitement entre elles et, lacune encore plus fâcheuse, elles sont bien souvent ignorées de ceux-mêmes qui auraient tant besoin d'y recourir.

Cette liaison qui s'imposait devra toutefois, dans l'esprit des fondateurs, respecter strictement chez toutes les sociétés adhérentes une autonomie aussi justement revendiquée par leurs dirigeants qu'indispensable à leur libre fonctionnement.

Pour réaliser le contact entre toutes les associations, sociétés, etc., susceptibles d'être intéressées par l'initiative du Dr Noir, les bureaux de l'Association générale des médecins de France ont été mis, cet hiver, à la disposition des représentants que les groupements convoqués (un recensement en a déjà relevé plus de 25) voulurent bien envoyer à cet effet.

Les délégués présents à cette réunion de la rue de Surène ont constitué pour l'Office central des œuvres médicales un premier Comité composé des confrères dont suivent les noms : Dr Paul Barlerin, Association confraternelle des médecins français, Syndicat des médecins de la Seine ; Dr Cottard, Mutuelle-médicale française, Association amicale des anciens médecins des Corps combattants, Caisse de secours immédiat des praticiens français ; Mme le Dr Montlaur, Association française des femmes médecins ; Dr Noir, Société d'études et de secours du Concours médical ; Dr Thiery, Association générale des médecins de France, avec, comme secrétaire, le Dr Jules Bongrand, trésorier général de l'A. G.

Dès maintenant, le secrétariat du nouvel office se tient à la disposition des sociétés d'entr'aide médicale adhérentes (ou non) pour recevoir d'elles, 5, rue de Surène, toutes celles des demandes de secours et d'assistance confraternelles auxquelles elles n'auraient pu elles-mêmes donner satisfaction.

Ces demandes classées par dossiers confidentiels serviront à constituer par la suite un fichier conçu dans le même esprit que celui si heureusement établi en 1880 par l'Office des œuvres de bienfaisance. Enregistrées ainsi d'urgence, ces demandes recevront sans retard du secrétaire général une réponse permettant de diriger les médecins ou leurs familles d'une situation précaire vers celle des œuvres adhérentes qui se trouvera plus particulièrement indiquée pour leur venir en aide. Cette centralisation des demandes évitera aux caisses de secours les doubles emplois, ménageant ainsi des ressources si difficiles à réunir, si précieuses à sauvegarder !

En contre-partie, le secrétariat de l'Office demande instamment à la complaisance confraternelle des sociétés ayant (ou non) déjà adhéré de lui faire connaître les situations médicales, les occupations para-médicales, etc., dont l'avis parvient à leurs bureaux : ceci à l'intention tant des médecins dans l'embarras que de ces familles confraternelles dont les annonces de nos journaux professionnels révèlent trop souvent, hélas ! la gêne douloureuse.

Syndicat médical de Saint-Nectaire. — Le Syndicat médical de Saint-Nectaire informe le Corps médical qu'un groupe de personnalités placé sous le patronage de la Fédération thermale d'Auvergne, vient d'acquérir les actions détenues par les anciens administrateurs de la Société des Eaux thermales de Saint-Nectaire et assumera désormais la direction générale des propriétés de cette société (établissements, hôtels, villas, casinos, etc.).

Ce changement de direction complète heureusement la décision

de M. le Ministre du travail et de l'hygiène, créant un contrôle permanent des établissements thermaux de Saint-Nectaire (arrêté ministériel du cinq novembre 1928).

Cours de perfectionnement sur les troubles du rythme cardiaque du 2 au 11 mai 1929. — Ce cours sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon et ses assistants MM. BLONDEL, MARCHAL, STOISCESCO, VIAU et VIDRASCO.

Tous les matins, à 10 heures : conférence clinique avec projections ; à 11 heures : examens de clinique et de laboratoire.

Mardi et vendredi matin consacrés entièrement aux examens des malades de la consultation par les médecins inscrits au cours.

Tous les après-midi, à 15 heures : démonstrations pratiques (sphygmomanomètrie, méthode graphique, électro-cardiographie, radiologie, épreuves neuro-végétatives), à 17 heures : conférence clinique avec projections.

PROGRAMME. — Jeudi 2 mai : 10 heures, M. LIAN : considérations générales sur le rythme cardiaque et ses troubles ; 11 heures, M. MARCHAL : Examen radiologique ; 15 heures, M. VIAU : démonstration d'électrocardiographie ; 17 heures, M. BLONDEL : arythmies sinusale et extrasystolique.

Vendredi 3 mai, de 10 heures à 12 heures : examen des malades de la consultation ; 15 heures, M. STOICESCO : épreuves neuro-végétatives ; 17 heures, M. VIAU : arythmie extrasystolique.

Samedi 4 mai, 10 heures, M. LIAN : traitement de l'arythmie extra-systolique ; 11 heures, sphygmomanomètrie. Epreuves pratiques ; 15 heures, M. STOICESCO : épreuves neuro-végétatives ; 17 heures, M. BLONDEL : arythmie complète.

Lundi 6 mai, 10 heures, M. BLONDEL : arythmie complète ; 11 heures, M. MARCHAL : examen radiologique ; 15 heures, M. VIAU : démonstration d'électrocardiographie ; 17 heures, M. BLONDEL : arythmie complète.

Mardi 7 mai, 10 heures à 12 heures : examen des malades de la consultation ; 15 heures, M. VIAU : démonstration d'électrocardiographie ; 17 heures, M. BLONDEL : diagnostic des trachycardies. La trachycardie sinusale.

Mercredi 8 mai, 10 heures, M. LIAN : traitement de l'arythmie complète ; 11 heures, Sphygmomanomètrie ; 15 heures M. VIDRASCO : épreuves neuro-végétatives ; 17 heures, M. VIAU : la brachycardie par dissociation auriculo-ventriculaire.

Jeudi 9 mai, 10 heures, M. LIAN : brachycardie par association auriculo-ventriculaire.; 11 heures, M. MARCHAL : examen radiologique ; 15 heures, M. VIAU : électrocardiographie et méthode graphique ; 17 heures, M. BLONDEL : le pouls alternant.

Vendredi 10 mai, 10 heures à 12 heures, examen des malades de la consultation ; 15 heures, M. VIAU : électrocardiographie et méthode graphique ; 17 heures, M. BLONDEL : les tachycardies paroxystiques.

Samedi 11 mai, 10 heures, M. BLONDEL : les tachycardies paroxytiques ; 11 heures, M. LIAN : examen des malades ; 15 heures, M. VIAU : électrocardiographie et méthode graphiques ; 17 heures, M. LIAN : traitement des tachycardies.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours.

Les médecins inscrits au cours pourront ensuite être attachés au service des médecins stagiaires puis comme assistants.

S'inscrire auprès du Dr BLONDEL, assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 francs.

Prophètes en leur pays. — Nul n'est prophète en son pays dit *La Voix*. Il y a quand même des bévues qu'on peut éviter Depuis quelques mois — exactement depuis que le Dr Charles Nicolle obtint le prix Nobel — les Rouennais se mordent les doigts. Le Dr Nicolle est rouennais. Après avoir fait des études secondaires au Lycée Corneille, il partit pour Paris faire sa médecine, dont il accomplit brillamment le cycle. Il revint dans sa ville natale et obtint une chaire de bactériologie. C'était le moment où les découvertes de Pasteur avaient fait naître un peu partout des Instituts bactériologiques. Le Dr Nicolle voulut en créer un à Rouen. Mais il ne rencontra qu'obstacles. Ses concitoyens se méfiaient d'un homme jeune, entreprenant, et qui était du pays. On lui refusa les crédits sur l'avis d'un médecin bien connu, qui déclara : « Pensez-vous qu'on va donner de l'argent à un garçon qui, avec un de ses tubes, peut empoisonner toute la ville ! » Le Dr Nicolle, dégoûté, partit pour Tunis où il créa un Institut Pasteur qui est un modèle et où il forma de nombreux disciples. C'est à Tunis qu'il réalisa ses découvertes sur le typhus, qui lui ont valu le prix Nobel. Et maintenant qu'il est célèbre... Eh bien ! Rouen parle d'avoir une rue Charles-Nicolle.

Une heureuse initiative. Un lycée moderne en pleine campagne. — On vient de créer près de Périgueux un établissement d'instruction dont l'importance n'échappera point aux médecins qui ont toujours demandé la création de lycées modernes loin des grands centres.

L'école du château de Laroche-Beaulieu, établissement franco-américain occupe un château moderne entouré d'une propriété d'une contenance de 250 hectares, avec bois, herbages et fermes, sur le plateau qui domine la vallée de l'Isle, à 9 kilomètres de Périgueux.

Le collège de Laroche-Baulieu assure la préparation complète aux examens universitaires français, anglais et américains, et donne aux jeunes Français la possibilité de bénéficier chez eux des avantages des écoles anglaises et américaines, tout en poursuivant selon les programmes des lycées leurs études en français.

A Laroche-Beaulieu, avec des camarades anglais et américains, certains professeurs anglais, les jeunes gens arrivent à acquérir rapidement une connaissance complète de la langue anglaise. Les classes sont faites par des professeurs spécialisés et choisis pour leur longue expérience à l'etranger. Le système employé à Laroche-Beaulieu est une combinaison habile et souple des différentes méthodes de nos lycées et d'institutions américaines modernes.

L'école du château de Laroche-Beaulieu donne, l'été, des cours de vacances pour les élèves en retard et pour tous autres élèves de langue étraugère désireux de s'initier à la langue française.

Les heures de travail et de repos sont réglées de manière à donner à l'hygiène et à la vie physique la place qui leur est due.

L'école du château de Laroche-Beaulieu reçoit des jeunes gens de 9 à 18 ans. Le régime est celui de l'internat.

Pour les demandes d'admission et pour tous renseignements supplémentaires, prière de s'adresser au directeur de l'école, château de Laroche-Beaulieu, par Razac-sur-l'Isle (Dordogne).

Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale. — L'Institut organise une série de conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la psychiatrie.

Les conférences auront lieu le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Joffroy (hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, métro Glacière. Téléphone : Gobelins 57-16)

Les inscriptions sont gratuites ; elles sont reçues au Secrétariat de l'Institut (hôpital Henri-Rousselle), 1, rue Cabanis, le matin, de 10 à 12 heures.

Mardi 16 avril, Dr A. Courtois : le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. — Vendredi 19 avril, Dr Barbé : le traitement de la paralysie générale par le stovarsol. — Mardi 23 avril, Dr Bourguignon : le rôle de la chronaxie en psychiatrie.— Vendredi 26 avril : Dr Minkowski : la notion du temps en psychopathologie. — Mardi 30 avril, Prof. G. Dumas : l'expression de la douleur.

Vendredi 3 mai : Dr P. Guiraud : syndromes hépato-encéphaliques. — Mardi 7 avril : Dr R. M. May : les rapports du système nerveux avec les organes des sens et la théorie du neurotropisme. — Vendredi 10 mai, Dr Morel-Kahn : les indications actuelles de l'électro-radiothérapie dans les troubles des glandes endocrines. — Mardi 14 mai, M. Gilbert Maire : rôle de la biologie et de la psychologie expérimentale dans la philosophie contemporaine.— Vendredi 17 mai, Dr Tinel : étude sur la circulation cérébrale. Rôle des troubles circulatoires dans les psychoses et psychonévroses. — Vendredi 24 mai : Dr Weissmann-Netter : essai de synthèse clinique et pathogénique des névroses à manifestations paroxystiques, périodiques ou apériodiques. — Mardi 28 mai : M. J.-André Thomas : quelques notions biologiques actuelles sur la vieillesse. — Vendredi 31 mai. Dr Raymond Mallet : obsession et délire.

Vendredi 7 juin, Dr Vurpas : psychoses et spiritisme. — Mardi 11 juin, Dr Georges Petit : syndromes psycho-organiques à éclipses, au cours des formes frustes de névraxite épidémique. — Vendredi 14 juin, Dr E. Toulouse : essai d'organisation rationnelle du travail scientifique à l'Institut de recherches de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle.

Banquet de l'internat. — Le banquet de l'internat aura lieu le samedi 27 avril à 19 h. 30, dans les salons de l'hôtel Lutétia, sous la présidence de M. le professeur de Lapersonne.

Le prix est fixé à : 55 fr. pour les anciens internes, 40 fr. pour les internes en exercice.

Les adhésions devront être adressées à M. Arnette, libraire, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe.)

Nécrologie. — Docteur Remy Jocqs, ancien président de la Société d'ophtalmologie, décédé à Paris. — Docteur René Bergeron, de Valence (Drôme), ancien interne des hôpitaux de Paris décédé à l'âge de 74 ans. — Docteur Cassel, de Paris, décédé dans sa 54e année.

TRAVAUX ORIGINAUX

Leçons sur les troubles de la tension artérielle,

Par M. le Professeur Ch. ACHARD.

I. — Les troubles passagers de la pression artérielle

La question de la pression artérielle est restée pendant longtemps dans le domaine de la physiologie. C'est à une époque relativement récente qu'elle est passée dans le domaine de la clinique. Elle y a pris rapidement une large place et même une grande partie du public aujourd'hui lui prête une importance excessive et une signification erronée. Combien ne voit-on pas de malades chez qui les variations de leur pression deviennent une véritable hantise et qui s'alarment des moindres changements accusés par les appareils de mesure. C'est que ces appareils ne donnent point des résultats d'une absolue précision ; c'est aussi que l'interprétation clinique de ces résultats n'est pas toujours d'une simplicité parfaite. Or, le public, comme en beaucoup d'autres questions, attache volontiers une signification excessive aux chiffres et aux formules simplistes.

La tension artérielle peut être définie par ses caractères essentiels comme la force créée par la contraction ventriculaire, entretenue par la réaction de la paroi artérielle à la distension, et réglée par la résistance des vaisseaux périphériques à l'écoulement du sang. Les conditions qui la font varier sont donc multiples.

On distingue une pression *maxima*, qui existe dans les artères au moment de la systole, et une pression *minima*, qui subsiste pendant la diastole, les artères n'étant jamais complètement relâchées. La pression minima représente la charge permanente des vaisseaux ; la pression maxima, cette même charge augmentée de celle qui correspond à l'énergie de la contraction ventriculaire.

La différence entre la pression maxima et la pression minima est appelée pression *différentielle*.

Les appareils propres à mesurer en clinique la pression artérielle sont nombreux. Le type le plus employé est l'oscillomètre de Pachon, et l'on considère comme normale une pression maxima de 13 à 14 centim. de mercure mesurée avec cet appareil. En général l'appareil de Vaquez et Laubry donne des chiffres inférieurs.

Mais je ne saurais m'étendre sur la technique de ces mesures de pression. Ce sont les résultats que je me propose d'envisager en vous montrant ce que le clinicien en doit connaître pour sa pratique (1).

J'étudierai successivement les variations plus ou moins passagères que peut subir, en plus ou en moins, la pression artérielle, et ensuite la question beaucoup plus importante en clinique de l'hypertension permanente. Enfin je terminerai par l'interprétation pathogénique des troubles de la tension artérielle.

A. — Hypotension artérielle.

L'hypotension artérielle, qui consiste en l'abaissement de la pression au-dessous de la normale, ne porte pas également sur la pression systolique et sur la pression diastolique. La pression systolique peut être abaissée de 2 à 4 centimètres, mais la pression diastolique l'est généralement moins, de sorte que la pression différentielle chez les hypotendus est le plus souvent faible.

Il est fréquent de constater dans l'hypotension artérielle un signe facile à rechercher : c'est le phénomène de la *ligne blanche*, décrit par Sergent en 1904. On frôle avec l'extrémité du doigt, sans appuyer, l'abdomen du malade et l'on voit apparaître en 20 ou 30 minutes une raie blanche, qui s'étend peu à peu et qui disparaît lentement. Si l'on appuyait davantage, en frottant la peau, ce serait une raie rouge qui apparaîtrait, bordée de chaque côté d'un liséré blanc. Ce signe se constate dans toute hypotension prononcée, comme l'ont fait voir Rénon, Josué, Tixier (de Nevers).

L'hypotension artérielle est le plus souvent transitoire et liée à des maladies très variées.

Il y a des HYPOTENSIONS SURAIGUËS, qui sont dues soit à une faiblesse momentanée du cœur, soit à une déplétion sanguine brusque et abondante.

La faiblesse momentanée du cœur s'observe dans la maladie de Stokes-Adams, pendant la pause ventriculaire ; elle s'accompagne d'une certaine obnubilation intellectuelle et, si la pause dure 5 ou 6 secondes, de syncope ou d'attaque épileptiforme.

Cette faiblesse cardiaque intervient aussi à l'occasion des extra-systoles, qui peuvent abaisser la pression artérielle de 5 centim., mais qui sont trop brèves pour provoquer d'autres troubles que parfois un peu de vide encéphalique. Toutefois, si les extra-systoles se produisent en série, il en peut résulter de petites syncopes comme l'ont signalé Pierre Merklen, Ortner, James, Gallavardin.

L'émotion, accompagnée de petite syncope, peut aussi provoquer une hypotension transitoire d'après Heitz, Cl. Vincent, Lewis et Cotton (1).

Les hémorragies abondantes et rapides abaissent la tension d'une façon appréciable seulement quand la perte atteint chez le chien selon Ambard (2) 20 à 30 p. 100 de la masse du sang, et chez l'homme 1.200 à 1.300 grammes de sang. Quelques heures avant la mort, la tension systolique descend à 6 ou 5. Clovis Vincent (2) signale un cas où, malgré une chute à 7, le malade guérit (3) et Ducastaing (4) deux autres où, après disparition du pouls pendant 12 heures, la guérison fut également obtenue.

J'ai publié avec M. Cournand et Mlle Pichot (5) un cas de fièvre typhoïde avec hémorragie intestinale profuse, dans lequel la pression était tombée à 6-4 et dont une transfusion sanguine pratiquée dans le cœur amena la guérison.

La persistance et surtout l'accroissement des oscillations sont des indices favorables (6).

La tachypnée, les convulsions sont des symptômes de gravité. Le tableau clinique montre aussi de l'anxiété avec agitation ou au contraire inertie, du refroidissement des extrémités, des sueurs, des vomissements, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements.

(1) Voir sur l'ensemble de la question les ouvrages classiques : L. GALLAVARDIN. La tension artérielle en clinique, 2e édit., 1920. — H. VAQUEZ. Maladies du cœur, in *Traité de méd. et de thérap.* de P. Carnot et P. Lereboullet, 2e tirage, 1928. — HEITZ. Affections de l'aorte, in *Traité de pathol. méd. et de thérap. appliquée* de Sergent, t. IV, 1922.

(1) LEWIS et COTTON. — *Heart*, 1918, vol. 7.
(2) AMBARD. — Rétention chlorurée dans la néphrite interstitielle. Thèse de Paris, 1905.
(3) Clovis VINCENT. — Contribution à l'étude de l'état de shock chez les blessés de guerre. *Arch. des mal. du cœur*, 1918, p. 394.
(4) DUCASTAING. — Thèse de Paris, 1918.
(5) Ch. ACHARD, A. COURNAND et Mlle PICHOT. — Transfusion de sang dans le cœur pour une hémorragie intestinale profuse au cours d'une fièvre typhoïde terminée par la guérison. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 janv. 1929, t. 101, p. 129.
(6) JEANNENEY. — Thèse de Bordeaux, 1919.

Les indications thérapeutiques consistent à faire l'hémostase, à pratiquer des injections stimulantes, à réchauffer le sujet, enfin à restituer à l'appareil vasculaire le liquide perdu, au moyen d'injections intra-veineuses de solutions salines auxquelles il est utile d'ajouter suivant le conseil de Bayliss un peu de gomme pour les rendre plus stables. On peut aussi faire des transfusions de sang. Mais il arrive parfois que le relèvement du pouls ainsi obtenu ne dure que quelques instants (1).

Bien qu'il ressemble beaucoup au shock hémorragique, comme l'ont montré Clovis Vincent et Bosquette et Moulonguet, le *shock traumatique* sans hémorragie doit en être distingué.

Il est bien connu que les opérations portant sur certains organes y exposent davantage, par exemple sur les plexus nerveux de l'intestin. Fraser et Cowel ont vu, dans un cas de plaie de l'abdomen, la pression systolique tomber rapidement de 10 à 5 ; de Martel et Cl. Vincent, après l'extirpation d'une tumeur de la moelle cervico-dorsale, ont observé une chute de la pression systolique à 8.

C'est, suivant Cannon, l'hypotension qui engendre le shock. La diminution de la réserve alcaline, qu'on observe en pareil cas, résulterait de la faible vitesse de la circulation et d'une insuffisante oxygénation des tissus, productrice d'acide lactique. La transsudation de liquide à travers les capillaires (exhémie) pourrait concourir à l'hypotension.

On ne saurait invoquer ici la faiblesse cardiaque, car le cœur reste capable de réagir quand on relève la tension par l'adrénaline ou par la compression de l'aorte, comme l'a constaté Cannon (2). En revanche, on peut admettre avec Crile et Roger (3) une inertie des centres nerveux vaso-moteurs, incapables de réagir aux excitations périphériques.

En effet, la destruction de ces centres provoque une forte hypotension, à 3 dans les expériences de Mummery-Lockart et Symes (4). On sait aussi, par les recherches de Ludwig et de Cyon, que l'excitation du bout central du nerf dépresseur de Cyon et la section des nerfs splanchniques, qui dilate les capillaires intestinaux, abaissent la pression artérielle.

Il peut arriver que le shock traumatique soit tardif ou secondaire, et survienne un ou deux jours après le traumatisme. C'est à un processus toxique qu'il est alors attribué par Quénu et P. Duval (5), à une résorption de toxines résultant de la désintégration des tissus blessés. En effet, Duval et Grigaut ont constaté l'augmentation de l'azote non protéique du sang et de l'azote indosé de l'urine, et Delbet a reproduit les phénomènes de choc et l'hypotension en injectant à des animaux des autolysats aseptiques de muscles de même espèce.

Certaines *intoxications* par le chloral, le chloroforme, les venins (6) abaissent la tension. Mac Kesson a noté le ch ffre de 6 dans l'anesthésie au chloroforme.

Dans le coma diabétique, la tension descend. Je l'ai vue à 10-6.

(1) BOSQUETTE et Pierre MOULONGUET. — *Lyon chirurg.*, sept.-oct. 1919.
(2) W.-B. CANNON. — Rapport destiné à servir de base pour une discussion sur le choc traumatique. *Soc. de biol.*, 19 oct. 1918 (séances consacrées à la biologie de guerre).— *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 23 févr. et 2 mars 1918.
(3) ROGER. — Le choc nerveux. *Presse méd.*, 20 nov. 1916.
(4) MUMMERY-LOCKART et LEGGES SYMES. — *Brit. med. Journ.*, 19 sept. 1908.
(5) QUÉNU. — Du shock dans les blessures de guerre. *Presse méd.*, 7 févr. 1918.
(6) ARTHUS. — Recherches expérimentales sur les phénomènes vasomoteurs produits par quelques venins. *Arch. internat. de physiol.*, 20 mars 1913.

Les *chocs protéiques* provoqués par les albumines étrangères, les chocs anaphylactiques développés à la faveur d'une sensibilisation préalable, abaissent la tension. Toutefois, l'hypotension ne semble pas être la cause des accidents du choc, et en particulier des modifications sanguines observées en pareil cas.

On peut rapprocher de ces faits l'hypotension observée par Loeper (1), par Méry et J. Hallé, à la suite de la vaccination antityphoïdique, et qui peut aller jusqu'à 7.

Des HYPOTENSIONS SUBAIGUËS peuvent se constater au cours de diverses *infections*.

Potain avait noté l'hypotension dès la première semaine de la fièvre typhoïde, Huchard et Amblard ont noté, en cas d'hémorragie intestinale, une légère élévation préalable, suivie d'une chute. Carles et Marchand ont aussi remarqué l'hypotension dans les fièvres paratyphoïdes.

Dans le typhus exanthématique la baisse de la pression survient également dans le premier septénaire, précédant l'insuffisance cardiaque, selon Daniélopolu et Simici (2), et persistant à la défervescence. On la trouve associée à la ligne blanche et à des douleurs abdominales, dans les observations de Delcarde et d'Halluin et de Bué. Chez les moribonds, Daniélopolu et Simici n'ont pu obtenir aucune réaction à l'adrénaline et ils ont constaté à l'autopsie des lésions des surrénales.

Dans la spirochétose ictérigène, Pagniez a trouvé la pression à 8 chez des malades qui guérirent.

L'hypotension a été signalée aussi dans les formes graves de la grippe, dans la scarlatine maligne, les endocardites malignes.

Modérée dans la pneumonie régulière, l'hypotension s'accentue dans les formes graves et Gibson considère comme favorable le pronostic tant que la pression en millimètres de mercure est supérieure au nombre des pulsations par minute.

Dans le paludisme, Paisseau et Lemaire (3), à Salonique, pendant la guerre, ont étudié l'hypotension des formes pernicieuses et ses rapports avec les lésions des surrénales. Monier-Vinard et Caillé ont constaté dans les formes algides l'abaissement de la tension diastolique à 3 et même 2, alors que la pression systolique tendait à s'élever légèrement.

Le *surmenage*, étudié pendant la guerre chez les soldats par Pierre Ménard, Satre et Gros, et chez les aviateurs par Josué, s'accompagne d'hypotension et du phénomène de la ligne blanche.

Parisot dans des *hépatites*, Ameuille et Tixier, Cl. Vincent dans des *néphrites* aiguës, ont observé l'hypotension qui comporte un pronostic grave.

Mais ce sont surtout les *surrénalites* qui ont attiré l'attention sur l'abaissement de la pression artérielle.

L'HYPOTENSION peut s'observer d'une façon en quelque sorte PERMANENTE dans certaines maladies chroniques, telles que les *affections cardiaques* : sténose mitrale, myocardite avec dilatation du cœur gauche et bruit de galop, ce qui montre, d'ailleurs, que le bruit de galop n'est pas dû à l'hypertension.

(1) LOEPER. — Réaction surrénale et vaccination antityphique. *Presse méd.* 19 oct. 1916.
(2) DANIÉLOPOLU et SIMICI. — Pression artérielle et insuffisance surrénale dans le typhus exanthématique. *Arch. des mal. du cœur*, janv. 1918.
(3) G. PAISSEAU et H. LEMAIRE. — De l'insuffisance surrénale dans le paludisme. *Presse méd.*, 4 décembre 1916 ; accès pernicieux palustres et surrénalites aiguës. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris.*, 13 oct. 1916, p. 1530. — MONIER-VINARD et CAILLÉ. La tension artérielle dans le paludisme fébrile. *Ibid.*, 9 mars 1917, p. 449..

Dans la *cirrhose du foie*, Gilbert a noté l'hypotension surtout en cas d'ascite en l'opposant à l'hypertension portale. Ce n'est pas toutefois un fait constant et vous avez vu récemment un ajusteur de 51 ans, entré salle Barth, n° 7, le 4 mars 1928 pour une cirrhose hypertrophique manifestement alcoolique, dont la tension atteignait 20-10.

L'hypotension accompagne presque toujours les *cachexies* : cancer, leucémies, anémie pernicieuse.

Dans la *tuberculose* pulmonaire, où la tension artérielle a fait l'objet de nombreuses études de Marfan, Potain, P. Teissier, Em, Sergent, l'hypotension est progressive ; elle s'accuse pendant les poussées fébriles selon F. Bezançon, Marfan et Vannieuwenhuyse (1). Elle est considérée par Sergent comme un élément de pronostic. Souvent, d'après M.-P. Weil et Marfan, la pression remonte avant les hémoptysies, et Sergent considère comme graves les hémoptysies avec pression basse.

S'agit-il, comme P. Teissier l'a supposé, d'une action de la tuberculine sur les centres vaso-moteurs ? Ou bien faut-il incriminer des lésions des surrénales ? Il ne semble pas qu'on rencontre toujours de telles lésions chez les tuberculeux hypotendus, ni même les signes habituels de l'insuffisance surrénale. Sézary a même observé 3 cas de sclérose des surrénales alors que la tension dépassait un peu la normale (2):

Mais l'insuffisance surrénale comporte le plus souvent l'hypotension. Chez les tuberculeux, elle se présente sous une forme suraiguë avec mort subite, sous une forme subaiguë avec douleur hypogastrique, vomissements, ligne blanche, enfin sous une forme chronique avec asthénie et pigmentation cutanée en petits placards. Dans la maladie d'Addison, l'hypotension existe en règle générale, encore que R. Porak ait noté parfois son absence. Elle peut précéder la mélanodermie. Dans un cas de Wolff et Frédéricq, la pression systolique était descendue à 3,5. Mais cet abaissement peut être aussi accentué dans d'autres maladies.

I. — Vous avez vu récemment l'hypotension chez un jeune tuberculeux de 17 ans, entré le 23 février 1928, atteint de diarrhée. A la suite d'une maladie qualifiée grippe, il avait toussé, maigri et remarquait que son ventre se ballonnait en même temps que la diarrhée s'établissait et que la fièvre s'allumait. On trouvait l'abdomen météorisé, empâté, douloureux à la pression avec un peu d'ascite. Il y avait des vomissements verdâtres très fréquents et une diarrhée avec 5 ou 6 selles par jour. La plèvre droite contenait un peu de liquide, vérifié par la ponction exploratrice. La tension artérielle était descendue à 10-6. Il s'agissait par conséquent d'une tuberculose à marche rapide à forme séreuse et intestinale.

II. — Vous avez aussi noté l'hypotension chez un vieillard de 73 ans entré le 1er février 1928 avec une gangrène des deux membres inférieurs. Trois mois avant il avait été atteint d'un prurit intense et le grattage avait été suivi d'infection, qui avait nécessité un séjour d'un mois dans un service de chirurgie. Puis les mêmes troubles s'étant reproduits, des plaques noires étaient apparues aux jambes.

L'aspect du malade était très cachectique, sa langue sèche, sa température à 39°5. Sur les jambes se voyaient des plaques de sphacèle superficiel, mais étendu, envahissant les pieds et dépassant même à gauche le genou. Une phlyctène au pied droit laissait écouler une sanie fétide. Les membres inférieurs étaient œdématiés et parcourus par des traînées de lymphangite ; les ganglions inguinaux étaient tuméfiés.

Il n'y avait point d'albumine ni de sucre dans l'urine, mais la glycémie était forte, à 1 gr. 23 p. 1000. De plus il y avait rétention d'urée, le taux sanguin s'élevait à 2 gr. 20. Mais la cholestérinémie était basse, à 0 gr. 69, comme dans les états graves.

Enfin la tension artérielle était tombée à 9-5.

Malgré l'embaumement des membres inférieurs avec le baume du Pérou, le sérum antigangréneux et l'insuline, après une amélioration passagère, marquée par la chute de température et la disparition de la lymphangite, la mort survint dans le délire et la cachexie le 9 février.

Enfin l'on décrit encore une *hypotension constitutionnelle*, signalée par Bishop (1906) et par Edgecombe (1911), que Martinet (1912) a désignée sous le nom d'hyposphyxie (1). C'est une hypotension qu'on rencontre surtout chez des sujets jeunes, plus souvent des jeunes filles, en même temps que du refroidissement et de la cyanose des extrémités, de l'oligurie, de la dyspnée facile, une tendance aux varices, un cœur petit, des troubles menstruels, de la dépression nerveuse. Lian et Blondel (2) ont encore décrit sous le nom d'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique un état caractérisé par une tendance aux lipothymies et à la syncope, une légère dyspnée d'effort, une légère insuffisance cardiaque, une bradycardie totale ou sinusale, une fatigabilité nerveuse, des ptoses gastrique et intestinale, de l'aéro-gastrie et de l'aéro-colie, des troubles endocriniens, thyroïdiens, ovariens, surrénaux.

Ces états, vous le voyez, sont assez mal définis et leur pathogénie demeure incertaine.

D'une façon générale, plusieurs conditions peuvent intervenir dans la PATHOGÉNIE de l'hypotension.

La *réduction de la masse sanguine* agit dans les grandes hémorragies.

L'*insuffisance de l'action cardiaque* est manifeste en cas d'insuffisance du myocarde, de troubles du rythme, tels que les pauses ventriculaires de la maladie de Stokes-Adams, les salves extra-systoliques, la tachycardie paroxystique. Les *modifications vasomotrices* jouent leur rôle quand les centres bulbaires, médullaires et périphériques du tonus vasculaire sont atteints.

L'*insuffisance surrénale* est incriminée surtout dans la maladie d'Addison, mais aussi dans beaucoup d'états morbides où les capsules sont altérées. Dans les affections cardiaques, Josué et Belloir (3) avaient noté l'atrophie relative de ces organes.

Quelques auteurs ont supposé que la choline, qui dérive peut-être de la désintégration de la lécithine et que J. Teissier et Morel (1909 (4) pensaient avoir trouvée dans le sang d'hypotendus, pouvait être mise en cause, parce que Gautrelet en avait fait l'antagoniste de l'adrénaline. Mais les recherches de Modrakowski (1901) et de Busquet et Pachon (1909) ont montré que cet effet antagoniste était dû à des impuretés de préparation (5).

Le TRAITEMENT de l'hypotension artérielle comporte en première ligne l'adrénaline, qui s'emploie surtout en

(1) A.-B. MARFAN et J.-B. VANNIEUWENHUISE. — Nouvelles recherches sur la tension artérielle dans la tuberculose pulmonaire chronique. *Ann. de méd.*, 1920, t. 9, n° 1.

(2) SÉZARY. — Pression artérielle et glandes surrénales chez les tuberculeux. *Arch. des mal. du cœur*, 1910, p. 73.

(1) BISHOP. — *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 24 nov. 1906. — EDGECOMBE. *Practitioner*, avril 1911. — MARTINET. Le syndrome hyposphyxique. *Presse méd.*, 22 déc. 1921 ; *Clin. et thérap. circulatoires*, Paris, 1913.

(2) C. LIAN et A. BLONDEL. — L'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique. *Presse méd.*, 31 août 1927, p. 1065.

(3) JOSUÉ et BELLOIR. — L'insuffisance fonctionnelle du cœur hypertrophié, l'asystolie surrénale. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 avril 1914. — JOSUÉ. L'asystolie surrénale. *Paris méd.*, juillet 1916.

(4) J. TEISSIER et MOREL. — Résultats de la recherche de la choline dans le sang des sujets hypotendus. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 9 nov. 1909.

(5) GAUTRELET. — La choline ; son rôle hypotenseur dans l'organisme. *Journ. de physiol. et de path. génér.*, 15 mars 1909 ; la choline dans le sérum de chien décapsulé. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1909, t. 66, p. 1040. Réun. biol. de Bordeaux, 8 juin 1909. — H. BUSQUET et V. PACHON. Sur l'action vaso-constrictive de la choline. *C. R. de la Soc. de biol.*, 17 juill. 1909, t. 67, p. 218, et Addition d'effets hypertenseurs de choline et d'adrénaline, *Ibid.*, 24 juillet, p. 277. — SCHAEFFER. La choline ; étude clinique et physiologique de cette substance. *Biol. méd.*, oct. 1909.

injection sous-cutanée, diluée dans une assez grande quantité de sérum artificiel, ou en injection intra-veineuse en cas d'urgence: La dose convenable est comprise entre 4 et 10 milligrammes. La voie buccale peut être utilisée, mais il faut alors introduire des doses fractionnées, d'un demi-milligramme chacune, pour permettre une absorption buccale et éviter la dilution et la destruction dans l'estomac.

En outre, quand l'hypotension est menaçante, dans le shock traumatique ou hémorragique, il convient d'employer les piqûres de strychnine et d'huile camphrée, l'injection veineuse de solutions salines gommées, la transfusion de sang.

Contre l'hypotension des tuberculeux. on donnera soit l'adrénaline, qu'il convient de cesser, suivant la recommandation de Sergent. au moindre filet de sang qui apparaît dans les crachats, soit l'extrait surrénal à la dose de 30 à 60 centigrammes par jour. Burnand conseille aussi la digitaline à petites doses répétées.

B.— Hypertension transitoire.

L'hypertension artérielle s'observe dans des conditions très variées. Elle peut être passagère ou permanente.

Parmi les hypertensions transitoires, il en est qui surviennent chez des sujets sains, ou à l'occasion de circonstances fortuites et qui disparaissent promptement avec la cause provocatrice.

Ces HYPERTENSIONS ACCIDENTELLES se produisent chez des sujets sains, mais avec d'autant plus de facilité qu'il s'agit de sujets déjà disposés à l'hypertension.

La *douleur* en est une des causes. Expérimentalement, Morat l'a démontré chez le chien. avec un manomètre placé à la carotide, en excitant le bout central du sciatique. Ainsi s'expliquent les hypertensions de la colique néphrétique et de la colique hépatique. surtout accentuées quand ces crises s'accompagnent de vomissements nécessitant des efforts. Ces hypertensions sont suivies d'hypotension réactionnelle.

D'nne façon générale, les *excitations périphériques* du système nerveux provoquent l'hypertension : par exemple l'application de glace au pli du coude dans l'épreuve de Josué et Paillard (1).

L'*émotion* peut engendrer l'hypertension passagère. Des faits de ce genre ont été étudiés à l'occasion des bombardements de Nancy par Etienne et Richard (2) qui ont noté des élévations de 2 ou 3 centim. pendant 5 à 10 minutes.

Le *travail musculaire*, l'effort, élèvent la pression.

C'est ce qui peut expliquer l'hypertension des accès épileptiques et les hémorragies qui parfois les accompagnent (hémorragie sous-conjonctivale), hypertension qui disparaît, comme l'ont noté Laubry et Bricout, dans l'intervalle des accès.

Les *traumatismes des centres nerveux* peuvent élever, dans les blessures du crâne, la tension artérielle de 4 centimètres pour la pression systolique, de 2 ou 3 pour la tension diastolique, d'après Cushing, Fr. Moutier, Lecène et Bouttier (3).

(1) O. JOSUÉ et H. PAILLARD.— Contribution à l'étude des réactions vasculaires. L'épreuve de la glace. *C. R. de la Soc. de biol.*, 20 février 1909, t. 66, p. 313.

(2) G. ETIENNE et G. RICHARD. — La pression artérielle et les émotions de guerre : essai d'interprétation pathogénique. *C. R. de la Soc. de méd. de Nancy*, 24 novembre 1918 ; *Paris méd.*, 1919.

(3) CUSHING. — *Amer. Journ. of the med. Sciences*, 1903. — Fr. MOUTIER. Hypertension et mort par œdème pulmonaire aigu chez les blessés cranio-encéphaliques. *Presse méd.*, 28 févr. 1918.

De ces faits on peut rapprocher l'hypertension provoquée par les embolies expérimentales des artères cérébrales que Roger (1) a étudiées, et qui résulte d'une action vaso-constrictive d'origine surrénale, car, elle est empêchée par la résection des surrénales.

Dans un autre groupe de cas, celui des HYPERTENSIONS OSCILLANTES, on range les hypertensions qui surviennent passagèrement, mais qui tendent à se répéter chez des sujets qui ne sont pas tout à fait normaux ou même sont vraiment des malades.

Ces bouffées d'hypertension, comme les appelle Vaquez, surviennent à l'occasion d'un surmenage physique ou intellectuel. d'une émotion, d'un changement de régime et en particulier d'une alimentation plus carnée, d'un changement de climat tel qu'un voyage à la mer ou à la montagne, chez la femme à l'approche des règles.

Les malades éprouvent une congestion de la face, avec de la céphalalgie et des bourdonnements d'oreille, quelquefois des palpitations et des douleurs précordiales. Pendant la guerre, on a beaucoup étudié à propos de ce qu'on appelait le cœur irritable des soldats, l'hypertension qui se produisait avec une accélération du pouls au moindre effort, durant une dizaine de jours chez des malades au lit (Laubry et Leconte). Gallavardin, Th. Lewis, Aubertin ont noté l'élévation de la tension systolique à 17 ou 18 et de la tension diastolique à 9 ou 10. Prosper Merklen a vu la pression varier quotidiennement, et cet éréthisme artériel ressemble à celui qu'on observe dans le basedowisme.

La dysthyroïdie avec tachycardie peut aussi s'accompagner d'hypertension passagère.

On a noté l'hypertension dans les états anxieux (Desvaux et Logre).

La pléthore, si fort en faveur dans l'ancienne médecine, et dont les attributs étaient le facies congestif, la brièveté du cou, la respiration courte, peut s'observer avec une pression tout à fait normale. Il n'en est pas moins vrai que dans cet état, la tension s'élève facilement; ce que Martinet (2) attribuait à la viscosité du sang.

Dans la forme de la tuberculose hémoptoïque à évolution lente et coexistant avec l'emphysème, la tension artérielle peut subir des élévations passagères.

Les GRANDS ACCÈS D'HYPERTENSION forment un groupe plus intéressant pour le clinicien parce qu'ils surviennent avec une brusquerie et une intensité impressionnantes et surtout parce que les dangers qu'ils font courir au malade imposent une thérapeutique active.

On sait depuis assez longtemps que dans le saturnisme le pouls est tendu, donne une sensation de fil de fer, notée dans la *colique de plomb* par Stoll. L'élévation anormale de la pression artérielle a été observée par Franck, par Christeller et par Potain. Pal et Vaquez (3) ont signalé l'élévation de la pression systolique à 20 et 22, élévation qui précède la douleur abdominale, comme l'a vu Pal. C'est à cette hypertension qu'on rapporte aujourd'hui la plupart des troubles nerveux que Grisolle avait réunis sous le nom d'encéphalopathie saturnine : la céphalalgie, l'hémiplégie, l'aphasie, l'amaurose subite, les convulsions épileptiformes, la torpeur, le délire aigu. Parfois ces crises hypertensives du saturnisme entraînent la

(1) H. ROGER. — Influence des compressions et des embolies cérébrales srur la pression sanguine. *Arch. de méd. expér.*, août 1917, p. 591.

(2) MARTINET. — Pression artérielle et viscosité sanguine, Paris, 1912.

(3) PAL.— *Centralbl. f. inn. Med.*, 25 avril 1903.— VAQUEZ. La tension artérielle dans le saturnisme aigu et chronique. *Sem. méd.*, 30 nov. 1904; Hypertension. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 5 févr. 1904, p. 120.

mort. Ménétrier (1), dans un cas mortel, a noté l'élévation de la pression à 30 avec l'appareil de Potain, et à l'autopsie, de l'œdème cérébral. Mais ordinairement le malade guérit plus ou moins lentement ; il peut conserver quelque accident durable, tel que l'hémiplégie.

Les accidents nerveux de l'*éclampsie puerpérale* (2) sont attribués par Vaquez et Nobécourt à l'hypertension artérielle. L'albuminurie est sans rapport avec eux. Comme l'a montré Chirié, il ne semble pas qu'ils dépendent des lésions rénales, si fréquentes chez les éclamptiques.

L'hypertension parait être responsable des convulsions, de la céphalalgie et des bourdonnements d'oreille qui les précèdent, de l'amaurose, de l'aphasie et des hémorrhagies qu'on trouve fréquemment à l'autopsie dans la rate, le foie, les méninges. On observe aussi chez ces malades l'accentuation du second bruit cardiaque, très fréquente dans l'hypertension permanente et un certain degré d'hypertrophie du cœur, développée rapidement.

L'hypertension précède l'attaque convulsive de sorte que sa constatation est un signe d'alarme, précieux pour le clinicien. Son atténuation est d'un bon pronostic au cours de l'accès. Mais elle persiste à un moindre degré dans l'intervalle des crises et même les malades peuvent conserver pendant fort longtemps une disposition à des troubles imputables à des crises atténuées d'hypertension : Heitz cite des cas où cette disposition durait depuis 15 et 23 ans après l'éclampsie.

Dans les *crises gastriques* du tabès, Pal (3) a signalé l'hypertension et il pensait que l'hypertension précédait et déclanchait les crises. Mais il ressort des recherches de J. Heitz et Norero que l'hypertension n'apparaît qu'après les douleurs, et que les tabétiques exempts de crises gastriques peuvent présenter des crises hypertensives semblables à l'occasion des douleurs fulgurantes ou même sans raison apparente. Bien plus, selon Paulian (4) l'hypotension qui est habituelle dans le tabès, sans lésions aortiques, s'exagère pendant les crises douloureuses, et ces crises hypotensives sont améliorées par l'adrénaline.

En outre, dans le tabes, en dehors des crises douloureuses, on observe une instabilité de la tension artérielle, qui varie d'un jour à l'autre et parfois au cours d'un même examen. Ce trouble a été attribué à un déséquilibre sympathique résultant de l'abolition des réflexes qui permettent au cœur de régler ses contractions sur l'état des vaso-moteurs périphériques. Des faits analogues ont été signalés dans la syringomyélie (5).

Les accès d'hypertension ne sont pas très rares chez les *brightiques*. Bien qu'il ne soit pas très facile d'éliminer l'influence des produits toxiques retenus dans l'organisme et celle de l'œdème pulmonaire ou encéphalique, il semble qu'on puisse rapporter à l'hypertension les crises de convulsions, de vomissements, d'aphasie transitoire, d'hémiplégie, d'amaurose qu'on observe dans les néphrites chroniques. Certains de ces accidents peuvent persister après la crise, tels que l'hémiplégie, l'hémianopsie. Ces crises peuvent survenir sans qu'on observe d'augmentation de l'albuminurie et de la rétention hydro-saline, ni de l'azotémie.

Chez les goutteux on a décrit des crises analogues dont les rapports avec les altérations rénales de la goutte peuvent être discutés de la même manière.

L'hypertension est habituelle dans l'*angine de poitrine*, mais sa relation avec les accès angineux est un objet de controverse.

Le plus souvent, l'hypertension est permanente et, à l'occasion d'un petit effort, d'une cause minime, la crise angineuse éclate et la pression s'exagère notablement.

Il s'agit de cette forme d'angine que Vaquez appelle l'angine de décubitus : la tension monte rapidement, puis, si le traitement convenable est promptement appliqué, elle redescend lentement ; sinon, la chute est brutale, la tension systolique tombe à 12, à 10, et les signes de la grande dilatation cardiaque apparaissent.

Ou bien, c'est la forme que Vaquez appelle l'angine d'effort ; mais l'effort est minime et disproportionné par rapport à l'intensité des accidents angineux.

Dans d'autres cas, les malades n'ont point d'hypertension permanente et c'est seulement pendant l'accès que la tension s'élève. Pal, Rist et Krantz (1) ont signalé des faits de ce genre. Chez un malade de Mackenzie, la tension monta de 16 à 22, pour retomber à 16 1/2 sous l'influence du nitrite d'amyle, remonter ensuite à 21 1/2 en s'accompagnant de la douleur, puis retomber encore à 15 sous l'action du chloral. Aubertin et Gambillard citent le cas d'un malade dont la pression monta pendant l'accès de 13-8 à 21 1/2-16 1/2, pour retomber, sous l'action du nitrite d'amyle, à 15 1/2-9.

Des cas analogues ont été signalés, mais chez des malades qui n'avaient fait aucun effort, par M. Labbé, Tinel et Doumer, Vaquez et Donzelot (2).

Il est rare qu'on puisse observer des accès d'angine de poitrine sans variation de la tension artérielle. Mackenzie, Pal, Vaquez, Laubry en ont cité des exemples. Mais est-il possible d'affirmer qu'il ne s'était pas produit des exacerbations fugitives ?

D'après Aubertin (3) l'hypertension, ou du moins si celle-ci existait déjà, l'excès d'hypertension serait le phénomène primitif, qui déclancherait la réaction douloureuse, cardiaque ou aortique. Mais pour d'autres auteurs et notamment pour Lian, l'hypertension est, au contraire, la conséquence de l'angine de poitrine qui provoque un réflexe vaso-constricteur. C'est ce qui pourrait expliquer qu'il y ait des accès angineux sans hypertension paroxystique.

Il ne semble pas toutefois que l'hypertension des accès angineux soit simplement imputable à la douleur, car elle dépasse en général celle qui s'observe dans d'autres crises douloureuses, rénales ou hépatiques.

Enfin il y a lieu de faire une place aux accès d'hyper-

(1) MÉNÉTRIER. — Encéphalopathie saturnine et hypertension artérielle. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* 12 févr. 1904, p.141.

(2) VAQUEZ et NOBÉCOURT. Pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 29 janv. 1897, p. 117.— VAQUEZ. Eclampsie puerpérale et tension artérielle. *Sem. méd.*, 1907. p. 121. — BAILEY. *Surg. gynec. and obst.*, 13 nov. 1911. — CHIRIÉ. Hypertension artérielle et accès éclamptiques ; recherches expérimentales sur l'éclampsie. Thèse de Paris. 1907.

(3) PAL. — Ueber Gefässdkrisen und deren Beziehungen zu den Magen und Bauchkrisen der Tabetiker. *Münch. med Woch.*, 1903, p. 2185 ; *Gefässkrisen*, Vienne, 1905 ; *Med. Klin.*, 1908, n° 47. — J. HEITZ et M. NORERO. De la pression artérielle chez les tabétiques. *Arch. des mal. du cœur*, 1908, p. 505. — BARKER. *Johns Hopkins med. Bull.*, oct. 1909. — H. CLAUDE et L. COTONI. Tabes frustes avec crises gastriques liées aux variations de la pression artérielle. Soc. de neurol., 7 déc. 1911 ; *Rev. neurol.*, 30 déc. 1911, p. 728.

(4) E.-D. PAULIAN. — La tension artérielle chez les tabétiques. Les crises hypotensives. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 11 mars 1921, p. 349.

(5) A. DUMAS, R. FROMENT et Mlle MERCIER. — L'incoordination tensionnelle dans le tabes. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juin 1928, p. 303.

(1) E. RIST et L. KRANTZ. — Un cas d'aortite avec crises hypertensives. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 juin 1906, p.653. MACKENZIE. *Heart.* 1910-11, vol. 2, p. 265. — Ch. AUBERTIN et M. GAMBILLARD. Hypertension paroxystique dans l'angine de poitrine. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris* 8 février 1924, p. 136.

(2) Marcel LABBÉ, J. TINEL et DOUMER. — Crises solaires et hypertension paroxystique en rapport avec une tumeur surrénale. *Ibid.*, 9 juin 1922, p. 982. — VAQUEZ et DONZELOT. Les crises d'hypertension artérielle paroxystique. *Presse méd.*, 23 octobre 1926.

(3) Ch. AUBERTIN. — L'hypertension paroxystique dans l'angine de poitrine. *Journ. méd. franç.*, févr. 1927, p. 49.

tension qui résultent de la présence d'une *tumeur surrénale*, et dont Vaquez, Donzelot et Géraudel (1) ont publié un remarquable exemple. Des observations analogues ont été recueillies par Orth, Marcel Labbé, Tinel et Doumer, Kerppola, Oppenheimer et Fishberg, Oberling et Jung, Mayo (2), et rassemblées par Lohéac dans sa thèse récente.

HYDROLOGIE

Pouvoir zymosthénique des eaux minérales et notion d'insulinémie physiologique

(Essai d'interprétation du mode d'action des eaux de Vichy dans le diabète)

Par le Dr Max VAUTHEY,

Ex-Assistant de l'Institut d'Hydrologie de Lyon,
Lauréat de l'Académie de Médecine.
Médecin-consultant à Vichy.

La remarquable action des eaux de Vichy dans le diabète, l'atténuation manifeste et progressive des symptômes, tant objectifs que subjectifs, l'amélioration régulière de l'état général des malades sous l'influence de la cure hydro-minérale, sont des notions considérées comme classiques en Hydrologie thérapeutique, établies qu'elles sont sur un empirisme et des études cliniques multi-séculaires.

Mais la *méthode expérimentale* et la *chimie biologique*, qui pénètrent maintenant toutes les branches de la médecine, ont trouvé en Hydrologie un vaste champ pour leur activité. Et, depuis une vingtaine d'années, un nombre considérable de travaux ont vu le jour, dont les conclusions sont venues, dans la très grande majorité des cas, confirmer celles de la clinique, et même les renforcer le plus souvent, en les appuyant sur des bases scientifiques sûres ; ils ont, de plus, commencé à soulever le voile qui cache le mode d'action des eaux minérales en apportant des explications, des interprétations, de tel ou tel mode particulier de cette action.

Et un certain nombre de travaux récents, en particulier, ont étudié et mis en lumière certaines propriétés toutes spéciales des eaux minérales se rapprochant des actions de présence ou de catalyse, en même temps que d'autres auteurs étudiaient et élucidaient certains points de la physio-pathologie de la glyco-régulation et du métabolisme de l'insuline.

Ce sont ces deux notions : *Pouvoir zymosthénique des eaux minérales* ; *Notion d'insulinémie physiologique*, que nous allons étudier ici, essayant de les rapprocher et de les confronter en vue de leur application aux eaux de Vichy et de l'interprétation de l'action de ces dernières sur le mécanisme glyco-régulateur.

∴

(1) H. Vaquez, E. Douzelot et E. Géraudel. — Le surrénalome hypertensif. *Presse méd.*, 6 févr. 1929, p. 169.

(2) Suzuki. — Ueber einen chromaffinen Tumor der Nebennierenmarkes. *Berl. klin. Woch.*, 1909, n° 36. — Orth. *Sitzungsber. der K. preuss. Akad. der Wissensch.*, 1914, Bd. 2, p. 34. — M. Labbé, J. Tinel et E. Doumer. Crises solaires et hypertension paroxystique en rapport avec une tumeur surrénale. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 23 juin 1922, p. 982. —. Manasse. Zur Histologie und Histogenese der primären Nierengeschwülste. *Virchow's Arch.*, Bd. 145, p. 127. — Masson et Martin. Paragangliome surrénal. *Bull. du cancer*, févr. 1923.

Oppenheimer et Fishberg. Hypertension with suprarenal tumors. *Arch. of. int. med.*, 1924, vol. 34, n° 5.—Ch. Oberling et G. Jung. Paragangliome de la surrénale avec hypertension paroxystique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 18 mars 1927, p. 366. — Langeron et Desoour. Hypertension artérielle et défaillance cardiaque. *Arch. des mal. du cœur*, janv 1928, p 13.

Le *pouvoir zymosthénique des eaux minérales*, étudié depuis plusieurs années par Loeper, Mougeot et Aubertot (1), consiste en l'action que possèdent la plupart des eaux minérales vis-à-vis de ferments très divers, qu'ils soient d'origine végétale ou animale, généralement action activante sur ces ferments, parfois au contraire action paralysante.

L'indice zymosthénique d'une eau minérale est mesuré par la modification d'activité du ferment suivant l'eau minérale utilisée ; supérieur à 1, il indique une action activante de l'eau minérale, inférieur à 1 il indique une action inhibitrice sur le même phénomène.

Or l'action de l'eau de Vichy sur le mécanisme glyco-régulateur, cette action heureuse sur la glycosurie et l'hyperglycémie diabétiques, cette action activante sur la combustion et l'utilisation du glucose, ne serait-elle pas à rapprocher de cette notion de pouvoir zymosthénique des eaux minérales, d'autant plus que cette dernière propriété a été principalement étudiée pour les eaux alcalines et qu'elle s'est montrée surtout marquée pour les deux sources de Vichy examinées (Grande-Grille, Célestins) et pour les eaux bicarbonatées analogues.

Si l'on admet, avec Raphaël Lépine, la présence dans nos humeurs et nos tissus d'un *ferment glycolytique*, agent régulateur de la glycémie et de la glycolyse, on peut penser que l'action zymosthénique générale de ces eaux minérales pourrait s'exercer sur ce ferment glycolytique particulier ; en conséquence, l'action de l'eau de Vichy dans la physio-pathologie de la glyco-régulation se ramènerait à la mise en jeu d'un *pouvoir zymosthénique particulier*.

En effet, comme nous l'avons déjà dit, le pouvoir zymosthénique de Loeper, Mougeot et Aubertot est une propriété qu'ont les eaux minérales d'*activer un ferment*, soit un ferment végétal : *sucrase de la levure de bière* (2), *uréase du pois de soja* (3), soit un ferment de notre organisme : *catalase hépatique* (4), *trypsine pancréatique* (5) ; de même, dans le diabète, l'eau de Vichy activerait un ferment de notre organisme, le *ferment glycolytique*, le ramenant dans les cas d'insuffisance à sa valeur fonctionnelle normale, excitant le ou les organes chargés de son élaboration.

Trois ordres de constatations expérimentales rendent très vraisemblable cette assimilation de l'action de l'eau de Vichy sur la glyco-régulation à la mise en jeu d'un pouvoir zymosthénique particulier :

1° L'action activante des eaux minérales bicarbonatées carboniques sur la sécrétion externe du pancréas.

2° Le rôle de l'ion calcium à la fois dans le pouvoir zymosthénique et dans l'action hypoglycémiante des eaux minérales.

3° L'application des lois d'action des diastases à la combustion du glucose.

L'action activante des eaux bicarbonatées carboniques sur la sécrétion externe du pancréas et sur son ferment a d'abord été mise en évidence par Kmiétowicz (6) qui a étudié à ce point de vue les eaux de Krynica (Karpathes polonaises), mais qui a le tort d'attribuer uniquement cette action à la présence des ions H de l'acide carbonique des eaux minérales ; dans le même ordre d'idées, Loeper et Mougeot (7) ont constaté un pouvoir zymosthénique très marqué des eaux bicarbonatées carboniques sur l'*amylase pancréatique* : c'est ainsi que l'eau de Vichy-Célestins a un pouvoir zymosthénique de 3.5 sur l'amylase pancréatique. Or, une véritable synergie fonctionnelle existe, qui lie intimement le pancréas exocrine et le pancréas endocrine ; cette synergie a été bien mise en évidence en particulier par Freud et Saadi-Nazim (8) qui ont obtenu une sécrétion simultanée de suc pancréatique et d'insuline par injection duodénale d'acide chlorhydrique qui provoque la libération de sécrétine. C'est pourquoi on peut admettre une action des eaux bicarbonatées carboniques à la fois sur la sécrétion interne et sur la sécrétion externe

NOUVELLES

La protection des titres hospitaliers. — « L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux et hospices civils de Paris ainsi que les groupements similaires ont adressé au ministre du Travail un vœu demandant que la protection du titre de docteur en médecine soit étendue aux titres hospitaliers acquis au concours ou par désignation d'un organisme officiel (Préfectures, Assistance publique, Commissions administratives hospitalières) et correspondant à des fonctions effectives.

Le titre protégé devra être porté par ceux qui le possèdent de façon explicite (avec indication, notamment, de la ville où les fonctions ont été exercées.) Toute indication de titre tronquée et susceptible de créer une confusion avec le titre authentique légitimera des poursuites avec faculté pour les Associations professionnelles reconnues d'utilité publique de se porter partie civile. »

Université de Madrid. — M. H.-L. Rocher, professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, vient d'être nommé membre d'honneur de l'Académie de pediatrie espagnole.

Troisième voyage médical en Tchécoslovaquie. — Prix : 1.500 fr. par personne, de la station de Eger (Cheb) (1er jour), jusqu'à la gare de Vienne (10e jour.) Inclus : Chemin de fer 1re classe ; places réservées ; repas en wagon-restaurant ; transport des gares aux hôtels et vice-versa avec les bagages ; logement dans les meilleurs hôtels ; repas : petit déjeuner, déjeuner, et dîner ; voitures pour les excursions indiquées au programme ; visites, entrées, taxes ; guides interprètes.

Préfecture du département de la Seine. — *Concours pour l'emploi de médecin-chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.* — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 3 juin 1929 à quatorze heures.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227) de dix heures à douze heures et de quatorze heures à dix sept heures du lundi 29 avril au samedi 11 mai 1929 inclus (sauf dimanches et jours fériés.)

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924 inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, insére au *Journal Officiel* du 22 mai 1926.

(*Voir la suite page 663.*)



du pancréas par la mise en jeu d'un véritable *pouvoir hormono-sthénique*, comme l'appellent Loeper, Mougeot et Aubertot (5).

En ce qui concerne le *rôle de l'ion calcium*, rappelons que, pour Loeper et Mougeot (9), ce sont particulièrement les cations bivalents qui jouent, dans les eaux minérales un rôle essentiel vis-à-vis de tous les ferments étudiés jusqu'à ce jour : « On peut ainsi être amené à invoquer comme ayant, au point de vue zymosthénique, un rôle prépondérant un électrolyte que les analyses chimiques indiquent en proportion faible et à considérer comme indifférent ou antagoniste un ion que les dosages montrent constituer la minéralisation dominante. » C'est ainsi que « dans l'eau de la source Grande-Grille, 0 gr. 105 de cation *calcium* semble être l'agent zymosthénique principal vis-à-vis de la plupart des diastases expérimentées, alors que le cation *sodium* est dosé à 1 gr. 889 et ne paraît pas intervenir, attendu qu'une solution artificielle de bicarbonate de soude reste inactive. »

Or, d'après les récents travaux de Labbé, Nepveux et Rohacek (10), qui sont contemporains de la publication de Loeper et Mougeot, l'ion *sodium*, associé aux ions CO^3H et acide lactique, est plutôt hyperglycémiant, tandis que l'ion *calcium* est très nettement hypoglycémiant.

La similitude de ces deux propositions saute aux yeux et l'on est en droit de se demander si, dans les eaux minérales, l'ion calcium ne conditionnerait pas à la fois le pouvoir zymosthénique et le pouvoir hypoglycémiant, et si cette double action ne se ramènerait pas au fond à une seule, le pouvoir hypoglycémiant étant réalisé par le pouvoir zymosthénique sur l'hormone insulinienne, cette action zymosthénique étant due elle-même à la présence de l'ion calcium ; cette action de l'ion calcium est, d'ailleurs, tout à fait comparable à l'action activante des ions *nickel* et *cobalt* sur la même hormone : en effet, les sels de nickel et de cobalt renforcent et prolongent l'action de l'insuline, et cette propriété a été mise en évidence et vérifiée par un certain nombre de travaux récents, tant sur l'animal que chez le diabétique.

Enfin, Ambard et ses collaborateurs (11) ont montré que *les lois d'action des diastases peuvent s'appliquer directement au déterminisme de la combustion du glucose*, et, en particulier, que la loi de C substance s'applique à la glycémie et que la loi de C co-ferment s'applique à l'insuline, c'est-à-dire que l'intensité de la combustion du glucose dépend à la fois de la quantité de substance sur laquelle est appelé à agir le ferment — en l'espèce le taux du sucre dans le sang — et de l'activité du ferment agissant — l'insuline dans le cas présent. D'où ils concluent que l'intensité de la combustion du glucose est fonction de l'insulinémie et de la glycémie.

Etant donnés ces trois ordres de considérations et de constatations expérimentales, il est donc parfaitement légitime de soutenir que les processus de combustion et de régulation du glucose dans l'organisme sont sous la dépendance d'un *ferment*, lequel pourrait être influencé et activé par le *pouvoir zymosthénique particulier, pouvoir hormono-sthénique* de certaines eaux minérales, les eaux de Vichy principalement.

***

Dans un autre ordre d'idées, et puisque nous venons de parler d'*insulinémie*, on peut se demander si le ferment glycolytique ne serait pas constitué tout simplement par l'*insuline physiologique du milieu sanguin*, l'*insuline circulante*, déversée continuellement à doses minimes dans la circulation pour la régulation de la combustion du glucose et le maintien du taux normal de la glycémie. En fait, il s'agit là d'une *micro-insulinémie*, car l'insuline injectée dans le milieu sanguin disparaît rapidement — comme l'ont montré Kepinov et Ledebt-Petit Dutaillis (12) dont les résultats ont été confirmés par J.-F. et C. Heymans (13) ; — en l'occurence, ce n'est pas la notion de quantité qui est importante, mais la notion de présence et de déversement constants d'insuline dans le sang à doses minimes.

Trois arguments, entre autres, peuvent être cités en faveur de l'identité de l'insuline physiologique sanguine et du ferment glycolytique :

1° Le premier argument est tiré de l'*action spécifique du sang veineux pancréatique*, qui est des plus intéressantes à étudier, puisque c'est la voie de déversement dans l'organisme de la sécrétion interne du pancréas.

Or, Lépine et Barral ont constaté expérimentalement que *le ferment glycolytique est abondant dans la veine pancréatique* ; en effet, le pouvoir glycolytique est beaucoup plus élevé dans le sang veineux périphérique.

D'autre part, des recherches expérimentales récentes (La Barre 14) ont montré l'*augmentation de la teneur en insuline du sang veineux pancréatique* lors de l'hyperglycémie provoquée par l'injection intra-veineuse d'une dose massive de glucose ; et cette augmentation de la teneur du sang en insuline est elle même mise en évidence expérimentalement par l'action du sang veineux pancréatique sur l hyperglycémie.

2° Le deuxième argument est tiré de l'*action des injections de solutions sucrées*.

Le pouvoir glycolytique augmente dans le sang à la suite d'injections répétées de solutions sucrées (Rouillard).

De même, *le glucose est l'excitant physiologique de la sécrétion interne du pancréas* (Képinov et Petit-Dutaillis (15)) ; en effet, d'après ces auteurs, après administration de glucose à dose suffisante, on constate d'abord une hyperglycémie, puis une hypoglycémie secondaire réactionnelle ; cette hypoglycémie est due à une action manifeste sur les cellules endocrines du pancréas, déterminant une augmentation de la sécrétion insulinique et le déversement dans la veine pancréatique d'une quantité plus importante d'insuline, attendu que chez les chiens dépancréatés partiellement les auteurs n'ont pas constaté cette hypoglycémie réactionnelle.

Cette *sécrétion réflexe d'insuline* a été constatée directement par Zunz et La Barre (16) qui ont vu expérimentalement l'augmentation de la teneur en insuline du sang veineux pancréatique apparaître après l'hyperglycémie provoquée par injection de glucose.

Ce déclanchement de la sécrétion insulinique n'est pas d'ailleurs propre aux solutions sucrées, mais il est réalisé par tous les facteurs d'hyperglycémie, puisque l'hyperglycémie adrénalinique excite elle aussi l'insulino-sécrétion (Zunz et La Barre, *loc. cit.*).

3° Le troisième argument repose sur la physio-pathologie du diabète : *le ferment glycolytique de Lépine est absent ou insuffisant dans le diabète* (Fauchon Denis et Giles) ; de même, l'hyperglycémie et l'hyperglycistie du diabète peuvent être mises, d'après les notions récemment établies, sur le compte d'une *hypo-insulinémie*.

Donc, on peut mettre en parallèle, d'une part l'insuffisance ou l'absence du ferment glycolytique, et d'autre part l'absence ou la diminution de l'insuline du milieu sanguin.

Le groupement de ces divers faits, qui, pris isolément, ne permettraient pas des conclusions catégoriques, rend donc très vraisemblable l'*assimilation du ferment de R. Lépine à l'insuline physiologique sanguine*.

***

Et le rapprochement de ces deux notions : *assimilation du ferment de R. Lépine à l'insuline physiologique sanguine* et *assimilation de l'action de l'eau de Vichy à la mise en jeu d'un pouvoir zymosthénique*, éclairerait bien des points dans la physio-pathologie de la glyco-régulation et dans ses heureuses modifications par les eaux de Vichy.

Le mécanisme glyco-régulateur se ramènerait ainsi à la notion de *teneur du sang en insuline* et à celle de l'*antagonisme adrénalo-insulinique* ; ces deux notions étant capables d'expliquer tous les phénomènes qui se passent au cours de la glyco-régulation, l'*hypoglycémie insulinique* s'accompagnant d'une décharge d'adrénaline, véritable soupape de sûreté contre un abaissement excessif de la teneur du sang en glucose, l'*hyperglycémie adrenalinique* s'accompagnant, de son côté, d'une sécrétion d'insuline pour éviter une hyperglycémie trop élevée. Par ce double mécanisme, par actions et réactions réciproques, de cet ordre, il se produirait, lors d'une hyper ou d'une hypo-glycémie provoquée, une série d'oscillations autour du taux glycémique normal, jusqu'au retour à l'état d'équilibre qui avait été primitivement rompu.

De son côté, le pouvoir zymosthénique de l'eau de Vichy sur un ferment de l'organisme se ramènerait à une action activante sur la sécrétion interne du pancréas, par suite à un déversement plus intense d'insuline dans la veine pancréatique, à une augmentation du taux et de l'activité de l'insuline physiologique sanguine, à son retour à un taux voisin de la normale, s'il était abaissé.

Autrement dit, dans l'*hypo-insulinémie diabétique*, l'eau de Vichy agirait en excitant, par son *pouvoir zymosthénique particulier*, l'activité de l'hormone insulinienne, et en rétablissant le taux normal de la *micro-insulinémie physiologique*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Loeper, Mougeot et Aubertot. — Le pouvoir zymosthénique des eaux minérales. *Presse médicale*, 23 février 1927, p. 241.

2. Mougeot et Aubertot. — Eaux minérales bicarbonatées et activité de la sucrase de la levure de bière. *C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 1504.

3. Loeper, Mougeot et Aubertot. — Pouvoir zymosthénique des eaux minérales sur l'uréase. *C. R. Soc. Biol.*, juin 1926.

4. Mougeot et Aubertot. — Le pouvoir zymosthénique des eaux minérales sur la catalase hépatique. *C. R. Soc. Biol.*, 12 février 1927, t. 96 p. 399.

5. Loeper, Mougeot et Aubertot. — L'action zymosthénique des eaux minérales sur la trypsine pancréatique. *Congrès Hydrologie*, Lyon, octobre 1927.

6. Kmietowicz. — Ions H d'acide carbonique des eaux minérales et sécrétion pancréatique. *C. R. Soc. Biol.*, 1923 I, p. 493.

7. Loeper et Mougeot. — Les eaux minérales bicarbonatées carboniques ont-elles une action activante sur les amylases ? *C. R. Soc. Biol.*, 1925, p. 569.

8. Freud et Saadi-Nazim. — *C. R. Soc. Biol.*, 17 juillet 1926, XCV, pp. 571-574.

9. Loeper et Mougeot. — Le pouvoir zymosthénique des eaux minérales envisagé au point de vue de la crénologie et de la biologie générales. *Progrès médical*, 14 mai 1927.

10. Labbé, Nepveux et Rohacek. — Influence des sels de sodium et de calcium sur la glycémie. *Arch. Mal. App. Digest. et Mal. Nutr.*, juin 1927, n° 7.

11. Ambard, Schmid et Arnovlyevitch. — Application des lois d'action des diastases à la combustion du glucose. *Presse médicale*, 3 septembre 1924, n° 71, p. 721.

12. Kepinov et Ledept-Petit-Dutaillis. — Rapide disparition du milieu sanguin de l'insuline injectée par voie veineuse. Rôle important du foie dans ce phénomène. *C. R. Soc. Biol.*, 1927, n° 19.

13. J. F. et C. Heymans. — *C. R. Soc. Biol.*, t. XCVI, p. 719.

14. La Barre. — Sur l'existence d'une insulinémie physiologique. *C. R. Soc. Biol.*, 1927, 8 janvier, p. 196.

15. Kepinov et Petit-Dutaillis. — Le glucose excitant physiologique de la sécrétion interne du pancréas. *C. R. Soc. Biol.*, 10 décembre 1927.

16. Zunz et La Barre. — Sur l'augmentation de la teneur en insuline du sang veineux pancréatique après l'hyperglycémie provoquée par injection de glucose. *C. R. Soc. Biol.*, 29 janvier 1927, p. 241.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1929.

A propos de la question de l'encéphalite dite « post-vaccinale » discutée à la Société des Nations par la Commission de la variole et de la vaccination. — ***M. L. Camus*** attire l'attention sur quelques points particuliers du rapport de la Commission qui s'est occupée récemment de l'encéphalite post-vaccinale. Cette complication, à peu près inconnue en France, n'a jusqu'ici été observée que dans quelques pays. Ce sont peut-être les conditions favorables à la vaccination qui se sont généralisées depuis l'application de la loi du 15 février 1902 qui ont contribué à écarter cette complication.

La Commission de la Société des Nations, ayant reconnu l'heureuse influence de la vaccination pratiquée au cours de la première année sur la fréquence des reactions encéphalitiques, en recommande l'emploi aux pays qui n'ont pas la vaccination obligatoire et qui vaccinent les enfants à un âge déjà avancé.

Quoi qu'il en soit, M. Camus demande que soient transmises à l'Institut supérieur de vaccine qui les centralise, toutes les observations qui pourraient être utilement communiquées à la Société des Nations et lui faciliteraient son enquête. Il invite, en outre, les centres vaccinogènes à participer à l'étude de la détermination des conditions favorables au maintien de la virulence du vaccin par la culture exclusive de génisse à génisse qui est conseillée par la Commission de la variole et de la Société des Nations.

La lèpre en France. — ***M. Jeanselme*** lit une note de ***M. Paul Vigne*** (de Marseille) signalant de nouveaux cas de lèpre disséminés dans la région marseillaise et en contact avec le public. C'est ainsi que M. Paul Vigne cite un garçon de café, un valet de chambre, une femme de chambre, une propriétaire de restaurant atteints de lèpre. Il signale aussi deux jeunes filles contaminées qui sont les enfants de deux fonctionnaires de Madagascar. Dans ce dernier cas se pose une nouvelle question, déjà soulevée par M. Jeanselme, celle de la responsabilité de l'Etat pour une maladie contractée à l'occasion de son service et décelée très tardivement.

Les statistiques de M. Vigne montrent de plus l'*accroissement évident de la lèpre*. Il a relevé une quarantaine de cas dans sa région, alors que Perrin en 1898 n'en avait trouvé que 11 et que la vieille statistique de Zambaco et Boinet n'en signalait que 5 en 1892.

M. Jeanselme insiste sur la nécessité d'attirer à nouveau l'attention des pouvoirs publics sur ces faits, il estime que la surveillance exercée par les services sanitaires municipaux est insuffisante et demande de nouvelles mesures.

L'étude de ses vœux est renvoyée à la commission de la lèpre.

Dengue et fièvre jaune. — ***MM. G. Blanc, Caminopetros*** et ***Giroud.*** — Le résultat qui ressort de ces recherches est le suivant : en dépit des assertions, il n'y a aucun rapprochement à faire entre la fièvre jaune et la dengue.

L'urine des sujets atteints de fièvre jaune. — Le pharmacien capitaine ***Pichat***, présente par l'intermédiaire du professeur Auguste Pettit, une note où il montre l'importance de l'analyse des urines pour le diagnostic de la fièvre jaune.

L'analyse chimique des urines permet de dépister les cas de fièvre jaune dès le début, avec un minimum de chances d'erreur, de déceler des cas frustes : de suivre pas à pas l'évolution de la maladie, comme l'ont fait à Dakar, avec un dévouement de tous les instants, les médecins traitants.

Election. — MM. Khouri (d'Alexandrie) et Van Itallie (de Leyde) sont élus correspondants étrangers dans la sixième division (pharmacie).

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Dermato-vénéréologie.

Sur un érythème polymorphe étendu.

Par **Louis BORY**.

Un de mes confrères me prie récemment de voir une malade atteinte d'une éruption bizarre, étendue, à larges éléments d'aspect purpurique et pour laquelle il a porté jusqu'à ce jour le diagnostic de purpura rhumatoïde qui ne le satisfait qu'à demi.

En découvrant cette malade, j'aperçois en effet les membres inférieurs à peu près entièrement couverts d'une éruption de taches d'aspect général rouge sombre, livide et cyanotique par places, nettement purpurique en d'autres. Les avant-bras portent des éléments analogues. Les chevilles et les poignets sont gonflés et douloureux. Le diagnostic de purpura peut donc paraître légitime à première vue.

A seconde vue cependant et par l'interrogatoire on remarque : 1° le caractère érythémato-papuleux primitif des éléments éruptifs ;

2° Leur polymorphisme, lié à des stades divers de leur évolution ;

3° Le caractère nettement secondaire du purpura, l'aspect cyanotique et purpurique n'apparaissant qu'après le stade érythémato-papuleux.

Ainsi les premiers éléments, rouge sombre, congestifs, nummulaires, sont apparus à peu près simultanément et symétriquement dans la région des genoux ; ces plaques, saillantes, discoïdes, se sont rapidement étalées, en se déprimant au centre qui a pris une teinte livide, tranchant avec la bordure rouge de la périphérie. D'autres taches sont nées au cours de poussées successives, se sont étalées, donnant lieu à des aires marginées, à des anneaux diversement groupés, parfois confluents ; les taches les plus anciennes étant les plus larges et la peau ne gardant plus, en fin d'évolution, qu'une teinte café au lait encore légèrement violacée.

Nous sommes à une dizaine de jours du début de l'affection qui a succédé, après une accalmie de huit à douze jours, à une attaque de grippe. Il nous est facile de noter les étapes des deux ou trois poussées qui se sont succédé depuis le début et d'observer le stade initial de la nouvelle poussée actuelle, formée de taches saillantes cyanotiques, apparues sur les chevilles, les poignets et l'avant-bras jusqu'au coude, provoquant un aspect rouge, œdémateux péri-articulaire, pouvant faire croire, en raison de la douleur locale concomitante (surtout tension, ardeur, prurit) à une crise de rhumatisme articulaire aigu. L'état général, satisfaisant dans l'ensemble, devient moins bon au moment des poussées ; aujourd'hui la malade a dû s'aliter et sa température est, ce soir-là, de 38°5. Mère de famille, obligée de s'occuper de quatre enfants en bas âge, elle s'inquiète d'une affection d'aussi fâcheux aspect et qui n'a fait jusqu'ici que s'étendre (les membres inférieurs, les avant-bras sont couverts de ces anneaux rouges circonscrivant des aires diversement colorées ; le tronc, les bras et le visage sont indemnes) ; elle en redoute la contagiosité pour les siens dont elle n'a guère pu s'isoler jusqu'ici.

Il m'est permis de la rassurer en affirmant le diagnostic d'*érythème polymorphe à type érythémato-papuleux* et annulaire, et en promettant une atténuation prochaine des symptômes, la guérison vraisemblable d'ici une vingtaine de jours. C'est spontanément en effet qu'elle survient en général dans l'espace de deux à six semaines.

Nous allons agir cependant pour calmer les phénomènes locaux douloureux et réduire ou supprimer les nouvelles poussées. La thérapeutique doit être prudente et modérée, doit éviter surtout d'être perturbatrice. Du chlorure de calcium a été donné les jours précédents ; son action a pu être utile, mais elle n'est pas manifeste ; nous supprimerons momentanément ce médicament ; nous supprimerons surtout le sirop de Gibert, qui a été prescrit, en se basant sur quelques signes d'hérédité spécifique présentés par la malade : l'iodure de potassium est généralement défavorable et augmente les phénomènes congestifs douloureux ; peut-être est-il responsable de la plus vive poussée actuelle.

Nous prescrirons donc :

1° Un régime doux, lacto-végétarien ; le repos au lit ou à la chambre chaude ; un purgatif léger tous les trois jours ; des boissons chaudes et diurétiques.

2° Pendant dix à quinze jours, prendre trois fois par jour aux repas une cuillerée à bouche de :

Salicylate de soude très pur	15 gr.
Hyposulfite de soude très pur....	5 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères Q. S. pour	300 gr.

3° Localement appliquer sur les régions tuméfiées et douloureuses surtout une couche de la préparation ci-dessous :

Essence de santal	âã	V gouttes
» de geranium		
» de lavande		
» d'eucalyptus..........		
Vaseline		45 gr.
Eau dist. de laurier cerise	âã	5 gr.
Eau dist. d'hamamelis		
Eau de chaux....................		10 gr.
Lanoline anhydre		15 gr.
Amidon		0 gr. 50

M. S. A. très finement.

Envelopper d'une gaze recouverte d'ouate et panser. Sur le reste de la peau des membres, étaler une fine couche de la même préparation ; laisser agir une demi-heure ; essuyer doucement et poudrer au talc ou à la minéraline.

C'est à ces poudrages qu'il vaudra mieux donner la préférence, sur la crème ci-dessus, dès que les phénomènes inflammatoires se seront atténués. Il faut éviter en effet toute médication locale irritante.

Epilogue :

Les placards se sont rapidement dissipés ; de petits éléments nouveaux se sont montrés, mais fort atténués ; l'état général est excellent ; il ne persiste après dix jours de traitement ci-dessus qu'un léger gonflement des chevilles ; la peau a repris à peu près partout son aspect normal.



REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Pathologie générale.

Les maladies disparaissent, mais les médicaments restent (E. Chaumier, *Gazette médicale du Centre*, 15 octobre 1928). La fièvre paludéenne, très fréquente il y a 50 ans en Touraine en Berry, en Sologne et dans les Dombes, a disparu, alors qu'elle persiste en Corse et en Algérie ; si la mortalité n'était pas très grande, du moins constatait-on un grand nombre de séquelles ; la quinine était alors employée non seulement contre la malaria, mais encore contre toutes les maladies fébriles ; l'auteur l'a même vu prescrire dans un cas d'angine de poitrine, parce que les accès s'étaient reproduits deux jours de suite à la même heure : actuellement on continue à employer les suppositoires de quinine chez les enfants et à additionner de quinine les antinévralgiques et les antipyrétiques dans la migraine et la fièvre. Au temps de la fièvre tierce on employait la quinine et on le recommandait à tous les sujets affaiblis ; elle connaît encore une grande vogue. La chlorose a disparu également ; elle guérissait fort bien avec n'importe laquelle des innombrables préparations ferrugineuses : on continue cependant à prescrire le fer dans les anémies.

Maladies infectieuses.

La diphtérie est beaucoup plus rare qu'on ne le croit, si, au lieu de s'en remettre à l'examen clinique, on pratique systématiquement l'examen direct des frottis et on fait l'ensemencement sur sérum coagulé avec culture à 37° pendant 24 heures (R. Phelebon, *Gazette médical du Centre*, 15 janvier 1929); dans 75 à 80 % des cas on trouve du staphylocoque ou, plus rarement, du streptocoque ; d'autre part 30 % des angines authentiquement diphtériques ont une tendance à la guérison spontanée ; c'est ce qui explique certains succès apparents de la sérothérapie à doses minimes. Aucun critérium ne permet de reconnaître qu'une diphtérie sera bénigne et qu'elle ne se compliquera pas de néphrite ou de paralysie ; aussi est-il préférable de conserver les règles classiques : injecter le premier jour 50 cc. de sérum et même plus si la maladie paraît grave ou si l'intervention est tardive ; répéter la même dose le lendemain si la température rectale atteint encore 38° ; injecter des doses plus faibles, quand tout va bien, pendant au moins deux ou trois jours.

Voies respiratoires

Dans la pneumonie, le dogme de la *restitutio ad integrum* du poumon est le plus souvent erroné (Hautefeuille, Michel et Rouvillain, *Gazette médicale de Picardie*, novembre 1928) ; en dehors de la sclérose méta-pneumonique et de la pneumonie traînante, il existe des formes *prolongées*, dont les auteurs rapportent trois observations : 1° Un enfant de 14 ans a une pleuro-pneumonie qui dure trois mois ; une petite vomique, apparue au bout de deux mois, semble indiquer un petit abcès circonscrit, mais n'explique pas à elle seule la prolongation de la maladie ; le sérum a eu une influenae heureuse sur la guérison. 2° Un industriel de 43 ans fait une pleuro-pneumonie dont les signes persistent plus de quatre mois ; son état général est mauvais, il a des sueurs nocturnes, il fait une hémoptysie ; tous les signes cliniques attirent l'attention sur la tuberculose, diagnostic que permettent d'éliminer cinq examens de crachats et une inoculation au cobaye ; il s'agit bien d'une pneumococcie prolongée terminée d'ailleurs par la guérison. 3° Une pneumonie massive chez une femme de 77 ans s'est prolongée pendant deux mois et s'est terminée par la guérison.

Le diagnostic de la symphyse pulmonaire offre un intérêt multiple (Amsler et Mary, *Archives médicales d'Angers*, novembre 1928) ; elle permet de pronostiquer une évolution lente et plutôt favorable, bien que les poussées hémoptoïques ne soient pas rares ; elle est défavorable, en revanche, à la constitution d'un pneumothorax thérapeutique. Il n'existe aucun signe de certitude de symphyse pleurale ; c'est l'examen à l'écran qui donne les meilleurs renseignements, mais l'image radioscopique n'a d'autre valeur que celle d'une présomption supplémentaire. Une observation illustre l'extrême difficulté du diagnostic ; un homme de 23 ans, atteint d'une lésion ulcéro-caséeuse des deux tiers supérieurs du poumon gauche, a subi trois tentatives infructueuses de pneumothorax thérapeutique ; l'écran révèle un syndrome de symphyse complète du diaphragme à gauche (diaphragme immobile, horizontal ; cul-de-sac comblé) ; le médiastin et le cœur sont attirés vers la gauche ; l'hémithorax est très rétracté ; à la suite de deux hémoptysies s'établit un pneumothorax spontané, dont l'apparition absolument paradoxale entraîne la mort du sujet en deux jours.

Pathologie exotique.

Un début d'épidémie de typhus exanthématique a été observé par le médecin-lieutenant Ott (*Marseille médical*, 5 décembre 1928) dans le Caza de Rakka, région désertique située entre l'Euphrate et la frontière syro-turque. Dans le premier cas le début fut franc : fièvre soudaine, frissons, abattement et, au cinquième jour exanthème ; dans le second cas le tableau clinique présentait surtout des manifestations viscérales : œdème, ascite, chlorurie, diarrhée, douleurs abdominales ; dans le troisième cas la toxine s'est localisée sur le cœur, le rein et le névraxe ; la mortalité fut élevée : deux décès. L'épidémie fut enrayée grâce à la rapidité et à la rigueur des mesures prophylactiques prises par le service de santé avec la collaboration des autorités militaires et civiles et du commandant turc.

Rayons X.

La radiothérapie est dangereuse dans le traitement de la tuberculose osseuse chez le jeune enfant, comme le montre une observation de Ch. Lasserre (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 9 décembre 1928). Une fillette de huit mois (actuellement âgée de six ans), dont les parents sont tuberculeux (père pulmonaire, mère péritonéale) présente des lésions de spina ventosa au niveau de l'index droit et de l'auriculaire gauche ; huit séances de radiothérapie furent faites ; la technique n'en est pas connue. L'auteur voit pour la première fois l'enfant à dix-huit mois ; l'auriculaire droit est atrophié : la main gauche a des lésions graves de radiodermite : peau épaisse, présentant des zones télangectiasiques jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras ; annulaire sphacélé dans sa totalité ; index livide, douleurs violentes. On désarticule l'index et l'annulaire. Six mois après le médius et l'annulaire se sphacèlent et doivent être désarticulés à leur tour. En juillet 1927 le pouce est touché ; une biopsie ne montre que de la sclérose ; un traitement diathermique de deux mois ne donne aucun résultat. En septembre 1928 l'amputation au tiers moyen de l'avant-bras est suivie d'une cicatrisation normale.

Petite chirurgie.

Le vésicatoire voit augmenter son activité thérapeutique quand il est appliqué suivant la technique ingénieuse de Roumaillac, de Captieux (*Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 30 janvier 1929) ; au lieu de conserver la forme classique, carrée ou rectangulaire, il est découpé en lanières d'un à deux centimètres de largeur. Au niveau du thorax les bandes vésicantes sont appliquées sur les espaces intercostaux, sur lesquels elles adhèrent intimement sans produire de godets ; l'effet révulsif porte sur un plus grand nombre de nerfs intercostaux. Dans les arthrites rhumatismales on obtient également des résultats supérieurs, particulièrement au niveau de l'épaule et du coude.

Varia.

Il convient de remarquer que la diathermie marque un progrès notable sur tous les autres procédés connus de traitement par la chaleur. Dans tous les autres cas, en effet, l'application est purement externe. Avec le courant électrique, au contraire, la chaleur naît dans toute l'épaisseur des tissus traversés. (**A.** Gonnet, de St-Etienne).

Il faudrait graver sur les bistouris la belle devise que l'on peut lire sur la lame de quelques vieilles épées : « Ne me tire sans motif, ne me rentre sans honneur » (J. Doche, de Tonneims).

Il n'est point vrai que la géologie soit en général inutile à l'hygiène et que celle-ci n'ait besoin de recourir à elle que dans quelques cas exceptionnels. C'est, au contraire, toute l'hygiène qui dépend de la géologie. (Médecin-major Russo).

Il ne faut pas attendre d'une classification plus qu'elle ne peut donner, en exigeant que les formes adaptées soient assez tranchées pour qu'il ne puisse y avoir entre elles aucune forme de passage. Il est bien évident, au contraire, que les types, les plus distincts et les plus conformes à la réalité des choses, ne constituent néanmoins que des points de repère, autour de chacun desquels viennent se grouper un nombre plus ou moins considérable de cas, mais entre lesquels peuvent prendre place des cas mixtes, d'un classement plus ou moins difficile, et pour lesquels on ne saurait multiplier indéfiniment les formes. (L. Bard, de Lyon).

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

A propos du Néo-Rhomnol.

« Opportet nasci denuo »
(Evang. selon St-Jean).

Les observations les plus favorables se succèdent en faveur du Néo-Rhomnol. L'une des dernières, due au Dr Lindsay Dey (de Sydney), relate le cas de guérison, qu'il qualifie de « miraculeuse » d'une septicémie puerpérale arrivée à la période de coma et envisagée comme mortelle par cinq consultants. Le Néo-Rhomnol, combinaison titrée d'arsycodile et de nucléinate de strychnine (sel défini dû à Leprince) est le plus sûr soutien de la résistance cellulaire et l'agent symbiotique qui s'oppose le mieux aux infections. Son pouvoir *anti-toxique* et défensif est populaire en médecine courante : l'homostimulation qu'apportent le phosphore, l'arsenic et la strychnine associés fournit aux malades, dans les états les plus précaires, les puissances les plus actives de relèvement et de vie.

Le Néo-Rhomnol, intégralement assimilable, agit par la fixation de noyaux cellulaires, dans les anémies graves, les leucémies, le paludisme, la grippe infectieuse, les bacilloses, la syphilis rebelle, les névroses et les psychoses, les obsessions et insomnies dues à l'épuisement des neurones. Toute les déchéances organiques nous ont été signalées par les praticiens, comme bénéficiant de cette médication commode, qui agit par l'augmentation de la richesse globulo-leucocytaire et la rénovation de l'influx nerveux. Catalyseur du plasma, vecteur des oxydations, régénérateur de l'assolement minéral, le Néo-Rhomnol est opposé à toutes les proliférations bacillaires, grâce surtout à la restauration des réserves mononucléaires bactériologiques macrophages.

C'est un remède vivant et vivifiant, pour tous les vaincus de la lutte vitale. Destructeur des toxines, des bactéries et des hématozoaires, il s'applique à guérir toutes les maladies zymotiques, même celles dont le microbe nous est inconnu. Il arrête l'évolution des germes, exalte la genèse des antitoxines et renforce, souvent d'une façon inespérée, la force endoplasmique, dans des occurences où les meilleurs traitements s'étaient montrés inopérants.

Le *phosphore* organique naissant de l'acide nucléinique est, par ses oxydases de compensation, le seul capable de lutter contre toutes les variétés de la déphosphatisation de l'économie : il accélère la nutrition, augmente le coefficient azoté, amplifie la respiration et tonifie la circulation. Enfin, son pouvoir sur la sphère psychique est universellement apprécié : « l'anxiété lypémaniaque des chroniques se traite avec succès par le Rhomnol » écrivait Monin il y a déjà 25 ans. La faiblesse nerveuse, le surmenage, l'anémie cérébrale, l'agrypnie, disparaissent du système nerveux retrempé. Les pertes phosphaturiques des cérébraux, des bacillaires, des brightiques, des arthropathes, etc.. font place à la récupération de nouveaux éléments cellulaires (Néo-Rhomnol) et à la réparation de certains déséquilibres endocriniens rebelles à l'opothérapie.

L'arsycodile exerce sur tous les états parasitaires et dépressifs un bienfaisant pouvoir. Il éteint la fièvre, il triomphe des contractures du système musculaire lisse, tarit les sécrétions cavitaires, résout les adénopathies, améliore la dyspnée des emphysémateux. Il agit victorieusement contre l'amaigrissement parce qu'il vitalise au maximum la phagocytose, grâce à sa richesse en arsenic atoxique.

La strychnine, sous la forme chimique nouvelle de *nucléinate* (Leprince) représente le dynamogène hypersthénique qui renforce la vitalité de tous les appareils, chez les tuberculeux, les névropathes, les alcooliqnes, les paralysés, les spermatorrhéiques, énurésiques, hyposystoliques, etc... et modifie tous les syndromes où domine le déficit d'influx nerveux.

Cette brève revue des éléments constitutifs du Néo-Rhomnol nous montre comment leur association est capable de réadapter à la vie normale des malades désespérés. Rappelons que la médication comprend deux formes : les *ampoules* quand il faut agir vite et transfuser le maximum d'énergitique potentiel ; les *comprimés*, inaltérables, bienfaisants pour l'estomac et l'intestin et d'une affinité assimilatrice due à leur orientation vitale préalable ; ils agissent lentement, mais surement, *tuto et jucunde*.

Eczéma, prurit, carence sexuelle féminine, extrait complémentaire. (P. Dalché, *Les Sciences médicales*, 31 janvier 1929.)

L'opothérapie spermatogénétique, depuis le travail initial de Pierra et Jouve, a fait l'objet de nombreuses publications. Dalché en fait un rapide historique et ayant mentionné les troubles névropathiques et psychi ques du syndrome carentiel, il cite le cas d'une femme gée de 42 ans, veuve depuis dix ans, chez laquelle il obtient, par cette opothérapie, la guérison d'un état névropathique et dysménorrhéique avec, en dernier lieu, un eczéma très étendu des mains et des bras ayant résisté

à tous les autres traitements. Une récidive après cessation de la médication, guérie à sa reprise, confirme son action spécifique. Cette observation, s'ajoutant à celles de Malherbe et Vincent du Laurier, montre tout le bénéfice que la pathologie générale et la dermatologie peuvent tirer du traitement spermatogénétique par l'extrait complémentaire ou androstine.

Le traitement d'urgence de la colique hépatique. (Dr Savigny, *Le Concours Médical*, 3 février 1929.)

Posant dans un temps très court le problème de son diagnostic et de son traitement, la colique hépatique impose aussi sa solution immédiate. Il importe tout d'abord d'éviter : 1° l'erreur de diagnostic avec la colique néphrétique, l'ulcus duodénal, l'appendicite, une cholécystite, une salpingite etc., d'où la nécessité d'une confrontation soigneuse de la symptomatologie ; 2° les prescriptions morphinées intoxicantes prolongeant la crise, et pouvant provoquer le collapsus cardiaque, elles ne doivent être qu'exceptionnelles.

La douleur sera calmée presque toujours aussi bien qu'avec la morphine par une ou plusieurs injections de cibalgine, moins toxique, et qui relâchant mieux encore la vésicule contracturée, favorise la migration du calcul. On peut également agir par la voie rectale au moyen de l'hémypnal, 2 ou 4 suppositoires par 24 heures. Dans tous les cas on fera bien de soutenir le cœur par 50 ou 60 gouttes de coramine, ou par l'injection d'une ou deux ampoules de cette préparation ; cette précaution s'impose s'il y a tendance à la syncope.

Cette médication d'urgence permet de faire face avec le maximum d'efficacité et dans le minimum de temps aux deux indications primordiales de la crise hépatique : la douleur qu'il faut atténuer, le cœur qu'il faut tonifier.

Nouvel essai d'endocrinothérapie intersexuelle : L'extrait spermatogénétique (Androstine) et son emploi chez la femme. (Thèse Paris 1928.)

Très important travail dans lequel l'auteur s'est donné pour tâche de passer au crible de la discussion physiologique et de l'expérimentation clinique, les travaux si nombreux qu'a suscités depuis quelques années l'application antagoniste, c'est-à-dire à la femme de l'opothérapie orchitique. L'imposante bibliographie qui termine ce travail, et qui sera vivement appréciée des physiologistes et cliniciens s'intéressant à la question, montre que celle-ci a été abordée par un grand nombre d'auteurs, quoique sous des angles divers, de telle sorte qu'il semble permis aujourd'hui de dresser le bilan des véritables acquisitions faites dans ce domaine. On les trouvera dans les conclusions de cette importante étude desquelles il ressort que l'opothérapie spermatogénétique par l'androstine, grâce à son action substitutive, stimulatrice ou régulatrice, suivant les cas, est appelée à rendre de grands services aux malades atteintes de troubles des fonctions génitales et du déséquilibre général qui leur est presque toujours consécutif.

A propos de la médication bromurée. (Dr C. Dessout, *Concours Médical*, Paris 1928, n° 38.)

Dans la pratique courante, on utilise très fréquemment la médication bromurée qui trouve son application dans les affections les plus diverses.

Le bromure de sodium a une valeur thérapeutique égale à celle du KBr et il n'a pas ses inconvénients, pas d'action dépressive sur le cœur, pas d'action toxique sur le rein ; il est admirablement supporté par l'estomac, même par les enfants ; de plus, pour certains auteurs (Sabatier), il serait un véritable régulateur de la nutrition. On a donc tout avantage à donner la préférence au NaBr dans la thérapeutique neuro-sédative. Cependant, pour éviter toute action défavorable, il faut employer un bromure de sodium absolument pur. Le sédobrol Roche représente, à l'heure actuelle, le moyen le plus pratique et le plus sûr d'administrer le bromure de sodium ; chaque tablette d'extrait de bouillon végétal, concentré chloruré, contient un gramme de bromure de sodium rigoureusement dosé et chimiquement pur. La tablette se dissout rapidement dans une tasse d'eau très chaude et donne un bouillon délicieux, d'un arôme agréable, facilement accepté par les malades les plus difficiles et les enfants.

On peut faire dissoudre également cette tablette dans du potage ordinaire et si le malade est soumis au régime chloruré, le sédobrol masquera la fadeur des mets en leur donnant un goût sapide et agréable. On peut administrer ce bouillon aux heures des repas ou le soir au coucher, comme une infusion chaude.

D'une façon courante, la dose à utiliser chez l'adulte est de 2 à 4 grammes de bromure par jour, donc de 2 à 4 tablettes de sédobrol. Chez l'enfant, on prescrira une demi à une tablette par jour. Ces doses peuvent être doublées sans danger le produit étant dépourvu de toxicité.

NOUVELLES

1er Congrès international de psychologie appliquée. — Le premier Congrès international de psychologie appliquée organisé par la revue *La Psychologie et la Vie*, et qui vient de terminer ses travaux à la Sorbonne a marqué un grand progrès scientifique en faisant ressortir vivement l'importance fondamentale des faits psychologiques dans la vie individuelle et sociale.

Le secrétaire général, le professeur Masson-Oursel, a su grouper plus de trois cent cinquante congressistes, dont un grand nombre étaient des savants connus.

Par l'importance des sujets traités, ce Congrès marque un progrès considérable dans l'étude des relations de la psychologie avec la pédagogie, la médecine, les affaires et la sociologie.

Ouvert sous la présidence de M. Pierre Janet, qui détermina avec une magistrale précision les voies de la psychologie appliquée, il comporta près de 150 communications, réparties dans cinq sections. Citons, parmi celles qui ont le plus attiré l'attention et suscité des discussions intéressantes, les communications des professeurs Hopkins (d'Oxford) et Piaget (de Genève) sur cette question d'actualité : le respect de l'esprit de l'enfant autorise-t-il l'éducateur à oublier que sa tâche est d'en faire un adulte ? de M. Jules de Gaultier sur la notion du bovarysme psychologique ; de l'abbé Jousse sur le style manuel et oral ; de M. Roberto Michels, professeur à l'Université de Pérouse, sur la psychologie des gouvernants. La question de la gymnastique mentale qui importe si fort au rendement maximum de chaque individu fut défrichée par l'étude vraiment décisive du Dr Hosiasson.

Le Conseil municipal de Paris, en accueillant les congressistes, a reconnu et proclamé l'importance des questions de psychologie appliquée dans la vie moderne.

A la séance plénière ont été adoptés un certain nombre de vœux, la plupart relatifs à la culture des fonctions mentales et à la réforme de l'enseignement. Le Congrès a décidé la création d'une Association internationale de psychologie appliquée ; son organisation a été confiée à un Comité central permanent dont le siège est à Paris aux bureaux de « La Psychologie et la Vie », 35, rue Boissy d'Anglas.

« La névrose du désir » chez les assurés des assurances maladies et invalidité. — Le docteur Specklin, de Mulhouse, qui a vu se dérouler le système des assurances sociales non seulement en Allemagne, mais en Alsace, est l'auteur d'un contre-projet basé sur l'épargne obligatoire. Voici un passage de l'étude qu'il a publiée dans la *Production Française* :

Un autre fait vient sous ce régime compliquer d'une façon très importante le travail du médecin. Je veux parler de la mentalité spéciale que prennent les assurés en face de la maladie. Naegeli, précisément, a décrit d'une façon magistrale la « névrose de revendication » des accidentés, cette névrose qu'on avait appelée d'abord, à tort, traumatique, l'attribuant au choc nerveux de l'accident. De même que d'autres avant lui, mais avec une exactitude, une étendue des observations et une rigueur parfaite de ses déductions, il établit qu'elle est due à l'assurance et non pas à l'accident, qu'elle était inconnue avant le régime des assurances. « Nous comprenons sous « névrose du désir » l'affirmation et la culture de troubles fonctionnels et nerveux chez les assurés dss assurances maladie et invalidité, de l'assurance militaire, de même que chez toute personne pouvant réclamer légalement un dédommagement à un tiers. Ces névroses du désir sont naturellement jusqu'à un certain degré, elles sont des manifestations du psychisme normal, surtout lorsque le facteur effectif entre en jeu. Dans la majorité des cas, elles subissent une exagération injustifiée, elles sont créées même artificiellement et entretenues pour des motifs égoïstes. » La clinique de Steinmann, en Suisse, a établi par ses statistiques la durée de la convalescence après une opération sur les cartilages du genou :

Le non-assuré guérit en 4 semaines ;
L'assuré d'une compagnie privée, en 8 semaines ;
Le bénéficiaire des assurances sociales obligatoires en 12 semaines.

Un médecin suisse, Bircher, d'Aarau, donne une échelle analogue, un peu malicieuse, mais exagérant à peine la réalité :

« Une fracture de la jambe chez un paysan non assuré guérit en 5 à 6 semaines ; chez un ouvrier assuré, en 6 mois ; chez un Italien assuré, elle ne guérit jamais. »

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les Drs Mélik et Bureau, chefs de clinique, commencera le lundi 6 mai, à 2 heures, et continuera tous les jours suivants à la même heure. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve.)

Programme du cours. — 1° Technique de l'anesthésie locale et régionale en oto rhino-laryngologie. Trépanation mastoïdienne. — 2° Evidement partiel de la caisse et évidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe. — 3° Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (thrombo-phlébites, méningites, abcès encéphaliques et péri-encéphaliques.) Ligatures vasculaires du cou. — 4° Résetions sous-muqueuses du septum nasal. La chirurgie du sphénoïde. — 5° Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoïde et du sphénoïde. Les rhinotomies. — 6° Chirurgie du sinus maxillaire. Résections des maxillaires. — 7° Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal. Traitement des fistules et des stomies laryngo-trachéales. — 8° Les voies d'accès vers l'isthme du gosier et le carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe. — 9° La laryngectomie partielle et totale. Les laryngectomies économiques ; 10° La broncho-œsophagoscopie.

BIBLIOGRAPHIE

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie, de pathologie, par P. Rudaux. Sixième édition revue. Un volume de 846 pages avec 580 figures : 38 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre avait été écrit primitivement pour les élèves sages-femmes, et l'auteur a donné un développement suffisant à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie génitale et obstétricale qui sont à la base des études qu'on leur demande.

L'ouvrage de M. Rudaux va plus loin : il résume à lui seul de gros ouvrages d'anatomie et de physiologie, dont il donne une vue d'ensemble et permet de revoir rapidement le programme d'un examen.

Les dernières éditions ont été augmentées d'une partie consacrée à l'hygiène et à la thérapeutique élémentaires. Ainsi se trouve constitué un enseignement complet pour toute personne appelée à donner des soins. Cette sixième édition contient en outre un lexique médical.

Ce précis renferme toutes les connaissances théoriques exigées des candidats aux diplômes d'infirmiers ou d'infirmières :

I. Anatomie. Physiologie et pathologie du corps humain.
II. Anatomie. Physiologie et pathologie génitales et obstétricales.
III. Eléments de pathologie générale et de thérapeutique pratique.
IV. Lexique médical.

Un nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro du *British Journal of Urology* dont la rédaction comporte tous les grands noms de l'urologie anglaise parmi lesquels nous relevons ceux des rédacteurs en chef : Frank Kidd, M. Ch. et H. P. Winsbury White, et ceux de Victor Bonney, W. Langdon Brown, P.J.W. Cammidge, Andrew Fullerton, Sir Thomas J. Horder, Sir John Thomson-Walker, Sir Willian de Courcy Wheeler.

Le numéro 1 de cette publication splendidement illustrée contient entre autres articles un travail de Fullerton, sur le drainage périnéal de la vessie après prostatectomie suspubienne ; un exposé de P. J. Cammidge, sur une nouvelle méthode de dosage du sucre dans l'urine et le sang ; quelques pages de Victor Bonney, sur les rapports de l'urologie et de la gynécologie ; un long mémoire expérimental de Duncan consacré aux voies d'absorption dans l'hydronéphrose ; une mise au point de Gaston Craig sur le diagnostic des tumeurs rénales par la pyélographie et deux mémoires de Meltzer et de Temple Mursell sur le rein polykystique.

Les Textes français. — Collection des Universités de France, publiée sous les auspices de l'Association Guillaume Budé, vient de faire son apparition chez les libraires avec trois volumes :

Alfred de Vigny. **Œuvres complètes. Tome I. Les Poèmes.** Texte établi et présenté par Jean Chuzeville. 1 vol. in-8 écu de 320 p. sur vélin spécialement filigrané : 18 fr.

François Rabelais. **Œuvres complètes. Tome I. Gargantua.** Texte établi et présenté par Jean Plattard. 1 vol. in-8. 300 p. 18 fr.

Prosper Mérimée. **Œuvres complètes. Tome I. Théâtre de Clara Gazul.** Texte établi et présenté par Pierre Martino. 1 vol. in-8. 448 p., 21 fr.

Les *Textes français* sont appelés à constituer le *Corpus* de la littérature française du XVI[e] au XIX[e] siècle inclus.

Cette collection est, en effet, la première qui donne l'ensemble de notre littérature dans des textes définitifs, sous une forme unifiée de demi-luxe à un prix modéré. C'est-à-dire qu'elle comblera de nombreuses lacunes dans les bibliothèques dont elle renouvellera le fonds. Il n'est désormais plus possible à un homme cultivé de se contenter de textes qui ne sont pas scientifiquement mis au point et de volume édités sur des papiers périssables.

Les caractères employés sont appropriés aux textes. Ce sont le Garamond pour le XVI[e] siècle, le Jenson pour le XVII[e], le Fournier pour le XVIII[e] siècle et le Didot pour le XIX[e].

Les papiers sont de premier ordre : Auvergne pur chiffon traité à la main, biblio-pelure India, et enfin, pour l'édition ordinaire, vélin spécialement filigrané exempt de toute pâte de bois mécanique.

C'est dire que la forme répond au fond.

Les *Textes français* sont un événement littéraire, capital pour le maintien en France et l'expansion à l'étranger de notre culture nationale. Editions Fernand Roches, 150, boulevard St-Germain, Paris.

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Abt. France : un an ; 95 fr. Librairie de France, 110, boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du n° de mars 1929 : Maxime Dethomas, par J. L. Vandoyer. — François Le Cœur, par Marcel Mayer. — Berthold Mahu, par F. Fosca. — Arnold, par Ch. Kunstler. — Alexeieff, graveur, par R. Brielle. — L'art français indépendant, par F. Fosca. — Chronique des expositions. — Le mouvement des Arts appliqués. — Bibliophilie.

Les Leçons du Passé. — Cette collection formera une suite d'études vivantes complète en 12 volumes où paraîtront les principales figures d'hommes d'Etat, de princes, d'écrivains ou de capitaines, qu'ont suscitées, depuis quatre siècles, la cause de l'ordre et de la résistance sociale en présence des forces révolutionnaires.

Le premier volume de cette collection vient de paraître. C'est l'histoire de Georges Cadoudal contée par le prestigieux évocateur G. Lenôtre. 1 vol. avec portrait : 12 fr. B. Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

La civilisation Chinoise. La vie publique et la vie privée, par Marcel Granet. 1 vol. de la *Bibliothèque de synthèse historique*. 5 cartes et 2 figures dans le texte. Prix : 30 fr. La Renaissance du Livre, 78, boulevard St-Michel, Paris.

Rien n'est plus mal connu que ce passé de la Chine. Aussi le magistral ouvrage de M. Granet comble-t-il une lacune. Il rencontrera le même succès mondial que les autres volumes de la *Bibliothèque de synthèse historique*.

Au début de l'Art Roman. Les églises du XI° siècle en France, par Deshoulières. 1 vol. de la collection : *A travers l'Art français*. 24 illustrations hors texte. Prix : 18 fr. La Renaissance du Livre, 78, boulevard St-Michel, Paris.

Nul n'était plus qualifié que M. Deshoulières, directeur-adjoint de la Société française d'archéologie, pour écrire ce petit volume qui, avec ses excellentes illustrations, retrace une des phases les plus curieuses de l'architecture française.

Revue d'Histoire littéraire de la France, Paraît tous les trois mois. Abt. : France : un an : 50 fr. Librairie Armand Colin, 103, boulevard St-Michel, Paris. Sommaire du numéro d'octobre-décembre 1928 :

C.-H. — H. Boudhors : Une amie de Pascal ? Marie Perriquet et sa sœur Geneviève (suite). — Henri de Curzon : Amy Robsart de Robsart de Victor Hugo. Le manuscrit pour la représentation (1828). — Charles Guyot : Sainte-Beuve, collaborateur au « Mercure de France au XIX° siècle ». — Henry Glaesner : Le poète belge André Van Hasselt et ses modèles français.

II. — Mélanges. — Remarques sur un article concernant l'édition originale de la première partie des « Confessions » de J.-J. Rousseau. — Un Réquisitoire contre Voltaire (1746). — Lettres familières de Parny (suite). — Autour de Gavroche.

III. — Comptes rendus. — IV. — Chronique.

Une nouvelle collection, **Histoires de France**, publiées sous la direction de Georges Girard. Librairie de Paris Firmin-Didot et Cie 56, rue Jacob.

Histoires de France? Ce titre ne dispense-t-il pas d'explications ? Histoires d'un moyen âge si mal connu, histoires de la fastueuse Renaissance, histoires du grand siècle éblouissant et du pimpant XVIII°, de la Révolution et de l'Empire, de la Restauration et de la Monarchie de Juillet, du Second Empire et de la République troisième ; combien y a-t-il de lecteurs qui, si elles leur étaient contées avec talent, y prendraient un plaisir extrême !

C'est ce plaisir que la collection *Histoires de France* désire leur donner, et, pour que rien ne vienne le limiter, elle ne s'enfermera pas dans la règle d'une étroite formule : récits de grands événements, reconstitutions de mœurs, évocations d'institutions, biographies, elle admettra tout dans le cadre de l'histoire nationale, sous cette seule réserve que les volumes soient d'une lecture attachante et que les auteurs soient gens de talent.

Il suffit de lire la liste des premiers volumes parus, celle de ses premiers collaborateurs, pour être certain que ces deux conditions seront exactement remplies. Sous la direction de Georges Girard, les premiers volumes seront en effet signés de Mme M.-L. Pailleron, MM. Frantz Funck-Brentano, André Billy, Robert Burnand, Emmanuel Chaumié, Léon Deffoux, G. Delahache, J. Estarvielle, Fernand Fleuret, Roger Gaucheron, G. Huisman, Jean Longnon, J. Lucas-Dubreton, Vte de Montbas, Armand Praviel, Paul Rival, Charles Schmidt, Pierre de Vaissière, etc.

Mais il ne suffisait pas, en un moment où la faveur du public va de plus en plus aux études historiques, d'évoquer par la plume les grands souvenirs de notre histoire : la plupart des lecteurs, pour illustrer leurs lectures, en sont réduits à évoquer les souvenirs de leurs livres classiques. Aussi la collection *Histoires de France* sera-t-elle très abondamment illustrée de documents contemporains. Vignettes semées dans le texte, égayant les pages et aidant le lecteur à recréer l'atmosphère ancienne, hors-texte ou photographies qui, par leur abondance, feront de ces livres de véritables livres d'images et constitueront une importante iconographie de chaque sujet, viendront joindre au plaisir de l'esprit le plaisir des yeux.

Enfin l'emploi des beaux cararactères Didot, un tirage très soigné sur beau papier d'alfa, donneront à la collection une tenue matérielle qui en fera de véritables livres de luxe.

Déjà parus : Armand Praviel. — *La fin tragique du Prince impérial*. Un volume grand in-16, illustré de vignettes dans le texte et de 16 planches hors texte en phototypie. Prix : 16 fr.

Paul Rival. — *La folle vie de la Reine Margot*. Un volume illustré de vignettes dans le texte et de 12 planches hors texte. Prix : 20 fr.

M.-L. Pailleron. — *Les auberges romantiques*. Un volume illustré de vignettes dans le texte et de 12 planches hors texte. Prix : 20 fr.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 15 avril. — M. Avram. Les opérations de Portes à la maternité de Lariboisière. — M. Stephanidès. Etude sur la technique du microscope.

16 avril. — M. du Plessis de Grenédan. Les médecins et la loi du 9 avril 1898. — M. Szilageji. Etude sur l'appendicite au cours de la grossesse. — Mme Goldstein. Etude clinique de la folliculite.

18 avril. — Thèses vétérinaires. — M. Picot. Etude de la piroplasmose bovine en Normandie. — M. Painvin. Influence des saisons sur le métabolisme basal.

20 avril. — M. Bichet. Etude sur l'anxiété dans le théâtre francais contemporain. — M. Mabri. Complications articulaires et fractures des membres. — M. Vadman. L'autoplastie palpébro-palpébrale intégrale.

Grand dîner de printemps à l'Umfia. — L'Umfia ou Union médicale latine va donner, le samedi 4 mai, à 7 h. 3/4 précises, à l'Hôtel Continental, son grand dîner de printemps, en l'honneur des médecins du monde médical latin actuellement à Paris, sous la présidence du professeur Nobécourt, de la Faculté de Paris. Prière d'envoyer son adhésion au Dr Grimberg, 74, rue Blanche, Paris-9e, avant le 30 avril, date irrévocable.

En l'honneur de Nocard. — En présence du Dr Vallée et de plusieurs membres de l'Académie de médecine, du professeur Nicolas, directeur de l'Ecole nationale d'Alfort et de ses collaborateurs ; des professeurs Le Clainche et Barrier, de M. Hartmann, vice-président de la commission du Vieux-Paris, M. Roux, membre de l'Institut, a présidé, dimanche dernier à Saint-Maurice, la cérémonie en l'honneur du grand savant Edmond Nocard, qui fut directeur de l'Ecole d'Alfort, pour l'inauguration d'une plaque apposée sur la façade de la maison où il mourut le 2 août 1903.

Au nom de la société « Eugène Delacroix », le Dr Lemoine, vice-président, remercia les autorités présentes et fit l'éloge du professeur Nocard. Le professeur Vallée apporta ensuite sa reconnaissance à son illustre maître, qui, né à Provins en 1850, élève de Pasteur, consacra un demi-siècle de sa vie à son laborieux travail scientifique.

M. Vallée fit remarquer le travail gigantesque du professeur Nocard, dans le silence du laboratoire. Il étudia, avec des résultats heureux, la tuberculose bovine, le tétanos, la fièvre aphteuse, la dourine, cette terrible maladie vénérienne du cheval, la rage, la mammite contagieuse, etc.

Leçons pratiques d'actinothérapie clinique. — Des leçons du soir accompagnées de démonstrations de technique thérapeutique, auront lieu à l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle, Paris (15e), (Nord-Sud : Convention) les jeudis à 21 heures.

Les premières leçons seront consacrées aux sujets suivants : Le jeudi 25 avril prochain : Dr Saidman. Indications générales des ultra-violets. Principes de la technique actinothérapique. — Le jeudi 2 mai prochain : Dr Jean Meyer. Traitement des staphylococcies cutanées (furoncles, anthrax, acnés, etc...) — Le jeudi 16 mai prochain : Colaneri. Traitement des adénites tuberculeuses. — Le jeudi 23 mai prochain : Dr Lautman. Traitement du rachitisme.

Les autres leçons seront annoncées ultérieurement. L'inscription est gratuite, prière de l'adresser par écrit au Secrétariat de l'Institut d'Actinologie, 6, passage Dombasle à Paris (15e).

Les Journées médicales de Bruxelles. — La neuvième session des Journées médicales de Bruxelles aura lieu du 22 au 26 juin 1929.

Parmi les conférenciers, on peut dès aujourd'hui citer comme ayant promis leur très précieux concours : MM. les professeurs Emile Sergent (Paris), Blum (Strasbourg), J.-W. Nordenson (Upsala), Spillmann (Nancy), Putti (Bologne), J. Froment (Lyon), J. Eastman-Sheahan (New York), J. Gonin (Lausanne), Hymans van den Bergh (Utrecht), Rocher (Bordeaux) et les Drs V. Morax (Paris), Redslob (Strasbourg), de Fourmestraux (Chartres), Trémolières (Paris), Lutembacher (Paris), M. P. Weil (Paris). Du côté belge : MM. les professeurs de Stella et C. Heymans (Gand), Roskam (Liège), J.-H. Hoet (Louvain), Tricot-Royer et L. Bertrand (Anvers) et le Dr F. Bremer (Bruxelles),

Comme chaque année, le programme se complètera de séances extraordinaires que tiendront les sociétés savantes et notamment l'Association générale des dentistes de Belgique, la Ligue belge contre le rhumatisme, la Société belge d'ophtalmologie, la Société belge de médecine preventive et d'eugénique, etc. Une vaste Exposition internationale des Sciences et des Arts se rapportant à la médecine, à la chirurgie, à la pharmacie et à l'hygiène se tiendra pendant la durée des Journées médicales dans les somptueux locaux des Musées royaux du Cinquantenaire. Enfin, un programme de festivités, comprenant banquet, représentation théâtrale, concert, sera offert aux adhérents, comme un programme spécial sera réservé aux dames les accompagnant.

Un point particulièrement intéressant du programme sera la visite de la nouvelle Faculté de médecine de Bruxelles, qui est actuellement la plus complète et la mieux équipée d'Europe.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 22 juin au Palais des Académies. La conférence, d'un ordre paramédical, suivant la tradition, en sera confiée à un médecin parisien, oto-rhino-laryngologue de talent, M. le Dr Nepveu, qui, sous le pseudonyme de Luc Durtain, s'est créé un nom considérable dans la littérature française du moment.

La cinquième journée sera consacrée à l'excursion traditionnelle. Les congressistes seront, cette année, les hôtes des médecins du Hainaut, visitant Mons, son Institut d'hygiène, ses merveilles archéologiques, l'Hôpital charbonnier des Accidents du Travail, puis après une réception à l'Hôtel de Ville et un banquet, se rendront en auto au domaine de Mariemont pour y parcourir les salles du château transformé en musée, le parc, la roseraie du château Guinotte, à Ecaussines ensuite, la randonnée se terminant à Braine-le-Comte où attendra le train spécial.

La cotisation sera de 75 francs, réduite à 50 fr. pour les abonnés à *Bruxelles Médical* et les dames, et à 30 francs pour les étudiants, les étudiants abonnés étant invités. Les inscriptions peuvent être envoyées dès aujourd'hui au secrétaire général, M. le Dr R. Beckers, 62, rue Froissart, Bruxelles.

Voyages médicaux aux Pyrénées. — Deux voyages médicaux seront organisés en 1929, sous le patronage de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne. Leur programme est particulièrement intéressant et instructif, à divers points de vue :

1º *Voyage Cévennes-Pyrénées.* — Concentration à La Malou, le 15 juin. On peut rattacher ce voyage aux Journées médicales de Paris (9-14 juin). En ce cas, on prendra la voiture directe, qui partira de Paris le 14 à 17 h., et arrivera à La Malou le 15, à 8 h.

Du 15 au 19 juin, visite des Cévennes, des Gorges du Tarn, de l'Aven-Arman et de la Cité de Carcassonne.

Du 19 au 24 juin : Font Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Luchon, Superbagnères, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets.

25 juin, Lourdes (Pèlerinage Catalan). Dissociation du voyage (voiture directe pour Paris le 25 à 17 h. Arrivée le 26 à 8 h.

2º *Voyage Pyrénées-Océan.* — Concentration à Périgueux le 8 septembre (voiture directe de Paris. Départ à 7 h. 42. Arrivée à 16 h.) Les stations préhistoriques du Périgord.

Du 10 ou 18 septembre : Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Luz, Argelès, Eaux Bonnes, Pau, Cambo, Biarritz, St-Jean-de-Luz, Hendaye, Saint Sébastien, Bayonne, Salies-de-Béarn, Dax, Arcachon.

Du 19 au 21 septembre : Bordeaux. Excursions dans la région des vignobles et en mer. Le 21 septembre. Dissociation du voyage (voiture salon Pullman pour Paris à 17 23. Arrivée à 24 h.)

Ces voyages sont réservés aux médecins et à leurs familles. Le nombre des adhérents est strictement limité. Les séjours seront assurés partout dans les meilleurs hôtels. Les transports seront effectués en auto cars, de La Malou à Lourdes et de Bagnères-de-Bigorre à Dax. Des conférences avec démonstrations sont prévues dans toutes les stations.

Pour tous renseignements, écrire à la direction des voyages médicaux Pyrénées, à La Malou (Hérault).

Premier Congrès international de l'aviation sanitaire. — Le premier Congrès international de l'aviation sanitaire aura un retentissement mondial. Les assises du 1er Congrès international de l'aviation sanitaire qui se tiendront à Paris du 14 au 20 mai prochain sont dès maintenant assurées de jouer un rôle capital dans le développement et l'organisation scientifique de l'aviation mise au service de la santé publique.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire général : 35, rue François Ier, à Paris (8e.)

Cours de perfectionnement sur la tuberculose. — Organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose par M. le professeur Emile Sergent.

Ce cours aura lieu à la clinique médicale propédeutique de la Charité du lundi 17 juin au samedi 13 juillet 1929.

Il sera fait avec la collaboration de MM. Babonneix, Benda, Bertier, Pr Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Génévrier, Grellety-Bosviel, Mme Gouin, MM. Haas, d'Heucqueville, Kourisky, Kuss, Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Viguerie.

La première conférence aura lieu le lundi 17 juin à 9 h. 30 ; les exercices pratiques auront lieu chaque après midi ; dans la matinée les élèves seront répartis dans les services hospitaliers des conférenciers et les cours théoriques auront lieu chaque jour à 15 h. 30 et à 17 h.

Les exercices pratiques et le stage hospitalier seront réservés aux boursiers du Comité national (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs) et aux élèves ayant versé un droit d'inscription de 250 fr. au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4 les lundi, mercredi et vendredi, de 15 h. à 17 h.

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Une affiche ultérieure donnera le programme détaillé des conférences.

Journées médicales de Paris (9-14 juin 1929). — Programme scientifique. — Tous les matins des 10, 11 et 12 juin, démonstrations pratiques dans les cliniques de la Faculté, les hôpitaux publics et privés : opérations chirurgicales, etc. Un programme détaillé sera remis à chaque adhérent.

Tous les après-midi : visite de l'exposition au Palais des expositions de la Ville de Paris et grandes conférences d'actualité

dans la salle des conférences du Palais des expositions. Le lundi 10 juin, à 15 heures, M. le Professeur DELBET : Du rôle biologique des sels halogènes de magnésium. — Le lundi 10 juin, à 15 heures : Conférence par un professeur étranger. — Le mardi 11 juin, à 15 heures, M. le Professeur SERGENT : Bronchectasies abcédées et abcès pulmonaires bronchectasiants. — Le mardi 11 juin, à 16 heures : Conférence par un professeur étranger. — Le mardi 11 juin, à 17 heures, au Bourget : Organisation, sous le patronage de M. le Ministre de l'air, d'un programme intéressant d'aviation sanitaire avec le concours du Service de santé militaire. Le programme complet sera publié ultérieurement. — Le mercredi 12 juin, à 15 heures, Docteur LESNÉ : Causes et traitement du rachitisme. — Le mercredi 12 juin, à 16 heures, Professeur LECLERC, de Lille : L'examen médical pré-nuptial.

FÊTES ET EXCURSIONS. — Dimanche 9 juin ; Grande réception au Palais des expositions ; conférence ; partie musicale et théâtrale ; le soir représentation de gala à l'Opéra. — Lundi 10 et mercredi 12 juin, représentation de gala au théâtre Pigalle. — Jeudi 13 : Excursion à la Vallée de Chevreuse et Châteaux de Rambouillet, Dampierre, etc. Prix : 80 fr. tous frais compris (déjeuner, goûter, etc.). Nombre de places limité. — Vendredi 14 juin : Voyage au Touquet Paris-Plage : Prix : 85 fr. tous frais compris (déjeuner, thé dinatoire, etc.):500 places.

COTISATIONS. — La cotisation est fixée à 50 francs pour les médecins français et étrangers, ainsi que pour les étudiants étrangers participant aux Journées médicales de Paris, 20 fr. pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine français : 20 francs pour les femmes ou enfants des membres des Journées médicales

S'inscrire et envoyer le montant des cotisations au Dr TIXIER, 18, rue de Verneuil. Compte-courant postal : 1155-60, Paris.

Pour les officiers de réserve du Corps de santé, la durée des Journées médicales comptera comme période d'instruction et comportera les réductions habituelles des tarifs de chemins de fer.

Adresser les demandes de convocation soit aux directeurs des Services de santé des régions territoriales (armée métropolitaine et colonies), soit à la direction centrale du Service de santé au Ministère de la marine (Marine.)

Gouvernement général de l'Algérie. — Aux termes d'un arrêté en date du 21 mars 1929, les directeurs, agents principaux et médecins de la Santé maritime en Algérie sont nommés sur l'avis d'un jury spécial qui a pour mission d'apprécier les titres des candidats.

Les candidats doivent produire un exposé aussi détaillé que possible de leurs titres accompagnés des ouvrages ou articles, publiés, et faire valoir notamment leurs connaissances spéciales touchant : l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine, ou dans l'armée, particulièrement, en ce qui concerne la désinfection; l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction de ces services. Il est tenu compte, en outre, de la connaissance des langues étrangères.

La vacance du poste de directeur de la Santé maritime, à Oran est déclarée ouverte.

Le traitement alloué est fixé actuellement à 20.000 francs augmenté du quart colonial et de l'indemnité algérienne de 8 %. Les directeurs, agents principaux et médecins de la Santé sont autorisés à faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai d'un mois à compter du 5 avril 1929 pour adresser au Gouvernement général leur demande accompagnée d'un extrait de leur casier judiciaire, ainsi que tous titres, justifications ou références, exigés conformément à l'arrêté susvisé.

Pour tous renseignements s'adresser au Gouvernement Général de l'Algérie (Service central de l'hygiène, 17, rue Bruce, Alger.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le professeur Nattan Larrier, professeur au Collège de France, auditeur, est nommé membre du Conseil, en remplacement de M. le professeur Fernand Widal, décédé.

M. le docteur Louis Vaillant, inspecteur départemental des services d'hygiène du Pas-de-Calais, est nommé auditeur, en remplacement de M. le docteur Ott, nommé membre dudit Conseil.

Nécrologie. — M. Jacques CHAVREAU, étudiant en médecine, décédé à l'âge de 21 ans, des suites d'une scarlatine contractée à l'hôpital de Tours. — Dr César-Constantin EMPEREUR, ancien sénateur de la Savoie, décédé à Fontenex (Savoie), à l'age de 81 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Leçons sur les troubles de la tension artérielle (1)

Par M. le Professeur Ch. ACHARD.

II. — L'hypertension artérielle permanente.

A. — Manifestations cliniques.

L'hypertension artérielle permanente s'observe presque toujours après 40 ans et plus souvent chez l'homme que chez la femme. D'après les statistiques de Janeway, les cas masculins figurent pour 67 %, et 80 % des cas concernent des sujets de 40 à 70 ans.

Toutefois Pélissier fait une part à peu près égale aux deux sexes. D'autre part, on connaît des cas précoces et même juvéniles. Heitz cite un enfant de 12 ans, albuminurique, qui avait une tension de 20-13 avec un pouls fréquent à 110-128, et qui était né d'une mère atteinte elle-même d'hypertension.

D'ailleurs, l'âge ne suffit pas pour entraîner l'hypertension, et l'on peut voir une tension de 12 ou 13 maxima chez des sujets de plus de 60 ans.

J'aurai à vous parler par la suite des influences morbides qui paraissent jouer le rôle principal dans le développement de l'hypertension permanente.

Le plus souvent, le *début* en est insidieux et la découverte en est fortuite, à l'occasion d'un examen systématique, chez un sujet qui doit subir une opération chirurgicale, par exemple, ou contracter une assurance ; ou bien c'est un accident soudain et imprévu qui démasque brutalement l'hypertension, tel qu'une hémorragie cérébrale, un œdème aigu du poumon, un accès d'angine de poitrine.

Il y a donc une PHASE LATENTE, peut-être de longue durée, de l'hypertension permanente.

III. — Vous en avez vu un exemple, chez un vieux cocher de 74 ans, entré le 5 janvier 1928, qui avait des artères dures, une tension à 22-11, et qui pourtant n'en éprouvait aucun trouble. Il se plaignait seulement de ne plus voir très clair, mais il s'agissait d'une hypermétropie avec presbytie sans altération du fond de l'œil.

Puis, après cette phase latente vient une PHASE TROUBLÉE, dans laquelle le malade éprouve des accidents variés, le plus souvent d'ordre subjectif, qui se manifestent dans les différents territoires du système artériel.

Dans celui du *tronc cardio-aortique*, c'est l'*angine de poitrine*, sous les formes majeure et mineure. C'est aussi la *tachycardie* intermittente et extra-systolique. C'est encore la *dyspnée* d'effort qui gêne la marche, oblige le malade à s'arrêter dans ses promenades, trouble que Potain appelait le signe de la devanture. Ou encore la dyspnée se manifeste par des accès d'asthme nocturne.

La dyspnée est un des signes les plus constants et les plus précoces. On la note chez la moitié des malades.

Dans le territoire des *branches encéphaliques* du système artériel, les troubles de l'hypertension sont fréquents et nombreux. Ce territoire, en effet, est le plus proche du cœur, les vaisseaux y sont abondants ; de plus, par suite de l'inextensibilité de la boîte cranienne, leurs parois sont maintenues dans une rigidité relative.

La *céphalalgie* est l'un des signes les plus communs de l'hypertension. Elle est souvent occipitale, d'après Vaquez, s'exagère en position déclive et par les efforts. Selon Rénon (1) elle est surtout matinale. Janeway (2) a remarqué qu'elle disparaît généralement après les repas. Plus rarement elle prend le type de migraine (3).

Il n'est pas rare d'observer des phénomènes psychiques: des troubles du caractère, de l'irritabilité, de l'émotivité, de l'inaptitude au travail, des troubles du sommeil. On peut voir survenir de l'amnésie transitoire, de l'aphasie et des hémiplégies transitoires également attribuées par Osler à des spasmes artériels (4). Les malades se fatiguent vite et présentent parfois une véritable asthénie. Josué décrivait une neurasthénie des hypertendus.

Rarement on observe des convulsions générales ou partielles.

Les *troubles sensoriels* sont fréquents et portent sur les appareils visuel et auditif. Ce sont des éblouissements, des mouches volantes, de l'amblyopie, de l'amaurose transitoires. Bailliart (5) a constaté que le plus souvent ces troubles visuels ne s'accompagnent pas de lésions objectives, mais d'une hypertension des artérioles rétiniennes. Ce sont aussi très souvent des bourdonnements d'oreille, des vertiges survenant par accès très brusques le matin ou à l'occasion des changements de position.

Dans les *branches périphériques*, l'hypertension peut se manifester par des troubles circulatoires rappelant beaucoup ceux que Dieulafoy considérait comme les *petits signes de brightisme* : le doigt mort, l'engourdissement des mains pendant le sommeil de la nuit, la cryesthésie, l'engourdissement des pieds, les crampes dans les mollets, et quelquefois un accident plus sérieux, la claudication intermittente.

La participation des *branches viscérales* aux troubles de l'hypertension permanente se traduit par des altérations de la nutrition, résultant du mauvais fonctionnement d'organes importants. Quelquefois on note de l'hyperchlorhydrie (Surmont et Dehon). Mais ce sont principalement les troubles urinaires qui attirent l'attention : ils consistent en polyurie avec pollakiurie, et nycturie. Souvent l'élimination provoquée des matières colorantes et la diurèse provoquée sont normales, ainsi que la constante uréo-sécrétoire (6).

Dans ces divers territoires, des *ruptures vasculaires* peuvent se produire. Je ne ferai que vous signaler les hémoptysies, les hématémèses, les métrorragies, les hémorragies gingivales, les hématuries, le purpura. *L'épistaxis* est beaucoup plus fréquente ; elle est remarquable par son caractère rebelle, sa répétition, souvent son abondance. Elle laisse après elle une altération assez persistante de l'état général. Son importance pour le diagnostic en fait vraiment un symptôme d'alarme.

IV. — Vous en avez observé récemment un cas chez un homme de 35 ans. Il disait avoir perdu près d'un demi-litre de sang. Auparavant, il mouchait souvent un peu de sang, ce qu'il

---

(1) Voir : *Progrès Médical*, 13 avril 1929.

(1) L. RÉNON. — La céphalée matinale continue des hypertendus. *Presse méd.*, 1er juill. 1916.
(2) JANEWAY. — *Arch. of int. Med.*, déc. 1913, p. 755.
(3) F. KAUFFMANN. — *Münch. med. Woch.*, 5 sept. 1924. — J. SCHULTZ et W. BIEHN. *Deut. med. Woch.*, 1925, p. 25.
(4) OSLER. — *Canad. med. Assoc. Journ.*, oct. 1911.
(5) BAILLIART. — L'hypertension artérielle rétinienne. *Soc. d'ophtalmol.*, avril 1919. — Les symptômes oculaires de l'hypertension artérielle *Pratique méd. franç.*, mars 1925.
(6) AUBERTIN et PARVU. — La constante uréique chez les hypertendus *C. R. de la Soc. de biol.*, 21 déc. 1912, t. 73, p. 702. — LIAN et CHABANIER. De la sécrétion rénale chez les hypertendus. *Gaz. des hôp.*, 6 nov. 1913. — VAQUEZ et COTTET. Epreuve de la diurèse provoquée chez les sujets atteints d'hypertension artérielle. *Ann. de méd.*, mars 1914.

attribuait aux poussières qu'il respirait dans son métier de fourreur. Il ne se considérait point malade. Mais sa tension était de 20-10, ses urines un peu albumineuses et l'urée sanguine était de 0.65 pour 1000. Le malade avait pris la syphilis en 1912 et avait été traité pendant 7 ans par le mercure et l'arsénobenzol. La réaction de Wassermann était négative.

L'*hémorragie cérébrale* (1) a plus de gravité. Elle survient souvent à la suite d'un effort, d'une course, d'un coït. Elle n'est pas toujours proprement cérébrale, mais cérébro-méningée ou méningée. Elle se manifeste par l'apoplexie, par l'hémiplégie. Au bulbe, elle peut provoquer la mort foudroyante. L'inondation ventriculaire entraîne des convulsions et des contractures et la mort en 36 à 48 heures. A la suite d'une hémorragie encéphalique, la tension artérielle, comme l'a noté Vaquez, peut s'abaisser passagèrement.

Il convient d'ajouter que l'hémiplégie chez un hypertendu n'est pas toujours due à une hémorragie cérébrale, mais qu'elle peut résulter d'un ramollissement.

Enfin, parmi les hémorragies méningées, il en est qui ne donnent lieu qu'à un minimum de symptômes, à de la céphalalgie : la ponction lombaire révèle la présence d'un peu de sang dans le liquide céphalo-rachidien et procure du soulagement ; c'est la forme que Vaquez et Esmein (2) ont appelée l'épistaxis méningée.

Les *hémorragies rétiniennes* ne sont pas exceptionnelles ; elles apparaissent, à l'examen du fond d'œil, comme des hémorragies en flammèches ; elles siègent d'un côté ou des deux ; elles donnent lieu à l'amaurose ou simplement à l'amblyopie transitoire. On peut d'ailleurs observer chez les hypertendus d'autres lésions oculaires : l'œdème de la rétine, l'oblitération de l'artère centro-rétinienne, la rétinite exsudative, dite albuminurique, mais dont la dépendance des néphrites est aujourd'hui discutée.

On observe aussi parfois chez les hypertendus l'hémorragie sous-conjonctivale à laquelle s'attache une certaine valeur révélatrice.

L'*hémorragie labyrinthique* est rare : elle s'annonce par un grand vertige allant jusqu'à la chute, par un bruit intense dans l'oreille, et laisse après elle la surdité de l'oreille atteinte.

Des hémorragies on peut rapprocher certaines transsudations séreuses qui se produisent chez des hypertendus, et dans le développement desquelles un rôle important revient à l'hypertension capillaire, encore que celle-ci ne soit pas constamment liée à l'hypertension artérielle. Je vous ai déjà signalé l'œdème aigu du poumon, qui se traduit par une dyspnée subite et à l'auscultation par une marée montante de râles crépitants fins. Je dois encore mentionner le glaucome, qui s'accompagne d'une hypertension du globe oculaire, avec douleurs périorbitaires et troubles de la vision. Toutefois, Gallavardin estime que sa relation avec l'hypertension artérielle n'est pas démontrée. On ne doit pas confondre, d'ailleurs, l'augmentation de la pression dans les vaisseaux rétiniens avec l'hypertension oculaire qui dépend des milieux de l'œil.

Vous avez vu dans ces derniers temps une série de malades atteints d'hypertension permanente qui présentaient des accidents variés, tantôt légers, tantôt plus sérieux ou même mortels.

V. — La vieille femme de 71 ans qui est au n° 10 de la salle Debove est entrée à l'hôpital le 10 mai 1928 pour de la faiblesse et des vomissements qu'elle éprouvait depuis 2 mois.

(1) Foy. Manifestations cérébrales de l'hypertension artérielle. Thèse de Paris, 1911.

(2) Vaquez et Esmein. — Les « épistaxis » méningées au cours des maladies hypertensives. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 23 nov. 1906, p. 1189.

En outre, elle ressentait des *vertiges* avec tendance à la chute du côté gauche ; elle avait de la *pollakiurie nocturne* et ses urines renfermaient 1 gr. *d'albumine* par litre. Un léger œdème se voyait aux malléoles. Malgré des attaques de rhumatisme antérieur, on ne trouvait aucun souffle cardiaque ; le *second bruit* était seulement un peu *clangoreux*. La réaction de Wassermann était négative. L'urée du sang était au taux de 0.45 p. 1000.

Opérée il y a 5 ans, d'une cataracte à droite, elle présentait une cataracte en évolution à gauche. Mais l'examen ophtalmoscopique ne révélait ni rétinite ni hémorragies rétiniennes. Quant à l'examen otologique, il montre que le labyrinthe gauche est normal, mais que le droit est complètement détruit.

Remarquez que cette femme a un teint floride, qu'on observe parfois chez les hypertendus : son visage est coloré, avec des varicosités aux pommettes.

Sa tension artérielle est fort élevée. Quoiqu'elle ait diminué depuis que la malade est au repos, elle demeure encore très haute et constamment haute. Nous avons noté, en effet, à l'appareil de Vaquez :

11 mai......................	28 1/2 — 13 1/2
14 —	30 — 12 1/2
15 —	29 1/2 — 13
16 —	28 — 14
17 —	27 1/2 — 13 1/2
19 —	25 — 12.

Malgré cette hypertension permanente, vous voyez que cette femme n'éprouve que bien peu de troubles fonctionnels, si ce n'est sa surdité labyrinthique de l'oreille droite, qui semble récente.

Dans les observations qui suivent, les accidents sont déjà plus sérieux.

VI. — Un employé de chemin de fer, âgé de 42 ans, est entré le 18 avril 1928 pour une *paralysie faciale* du côté gauche survenue brusquement. Il s'est réveillé avec la bouche de travers et de la difficulté à parler. Ce début ressemblait à celui d'une paralysie faciale périphérique, mais la paralysie était limitée au facial inférieur, et l'on constatait, de plus, du même côté gauche, un peu d'exagération des réflexes tendineux au membre inférieur et un réflexe plantaire indifférent, alors qu'il se faisait nettement en flexion à droite.

On ne trouvait dans les antécédents du malade qu'une fracture de l'humérus droit six semaines auparavant et, en 1915, une fièvre typhoïde compliquée d'otite droite. Depuis quelque temps, le malade ressentait des *bourdonnements d'oreille*, mais l'examen otologique ne révélait aucun trouble.

La tension artérielle s'élevait à 22-12. La réaction de Wassermann était négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

En somme, l'hypertension avait été fort bien supportée, jusqu'à cette hémiparésie faciale qui d'ailleurs s'améliora spontanément assez vite et n'était plus qu'à peine perceptible quand le malade sortit au bout de trois semaines.

VII. — Un boulanger de 56 ans a été apporté à l'hôpital le 21 novembre 1927 dans le *coma* avec résolution complète et sans signe de localisation. On l'avait trouvé sans connaissance dans la rue. Puis, dans le courant de la journée, le coma se dissipa et le lendemain, à la visite, il ne restait plus qu'un certain degré d'obnubilation. Il n'y avait point de paralysie, les réflexes tendineux étaient normaux. Mais on constatait aux pupilles le signe d'Argyll-Robertson. L'auscultation du cœur révélait une *accentuation du second bruit*, la tension était de 23-16 ; il n'y avait ni albuminurie ni œdème et l'azotémie était de 0 gr. 35 d'urée p. 1000.

Dans les antécédents on trouvait l'alcoolisme et la syphilis remontant à 10 ans et très incomplètement traitée. La réaction de Wassermann était fortement positive dans le sang, mais négative dans le liquide céphalo-rachidien, quoique ce liquide présentât un excès d'albumine et de lymphocytes.

VIII. — Un malade de 68 ans est entré au 27 *bis* de la salle Barth le 9 janvier 1928 pour une *hémiplégie droite*, prédominant au bras et accompagnée d'*aphasie* et d'un déficit intellectuel notable. Il avait eu à deux reprises déjà, 30 et 10 ans auparavant, une paralysie du même côté.

Il éprouvait, d'ailleurs, d'une façon habituelle, des *vertiges* et de la *céphalalgie*. Ses *artères* étaient *dures* et ses temporales saillantes. L'urine ne renfermait pas d'albumine. La réaction de Wassermann était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. La tension était élevée avec une minima très

basse : 20-6, sans qu'on pût constater toutefois de signes d'insuffisance aortique pour expliquer cet écart considérable.

Par le repos, la tension s'abaissa légèrement à 17-6.

Ce sont aussi des accidents nerveux, mais plus durables, que nous avons constatés chez deux autres malades.

IX. — Un cordonnier âgé de 60 ans, entré à la Clinique le 21 janvier 1928 parce qu'il marchait difficilement, voyait trouble et tremblait, avait eu précédemment *plusieurs attaques*. La première, en 1922, avait pris le type épileptiforme, avec morsure de la langue, et avait motivé une hospitalisation de 3 mois à Alger. Puis, en 1924, une autre semblable était survenue. Quelques mois après, une troisième s'accompagna de grande faiblesse des membres et un médecin, malgré le résultat négatif de la réaction de Wassermann, appliqua un traitement bismuthique au muthanol.

A cette époque, apparurent des *crampes* dans les mollets, de la titubation, du *tremblement des mains*, de la *céphalée*, des *vertiges*, des *bourdonnements d'oreille*, des sensations de froid et de *doigt mort*, des troubles de la vue. Tous ces symptômes rendirent le travail impossible.

Quand nous avons vu le malade, il s'exprimait assez difficilement, il avait un tremblement menu des mains, une trémulation de la langue, une démarche hésitante avec signe de Romberg, des réflexes rotuliens et achilléens exagérés ; mais sa force musculaire était conservée. Bien qu'il se plaignît de troubles visuels, on ne constatait ni troubles pupillaires, ni hémianopsie, ni altération du fond de l'œil ; le champ visuel était seulement un peu diminué et l'acuité visuelle à 4/10. Les poumon, le foie ne présentaient rien d'anormal ; l'urine était claire. Mais le *second bruit* du cœur était *claqué*, le pouls battait à 86, la tension s'élevait à 26-12. La réaction de Wassermann était négative.

X. — Vous avez vu entrer salle Barth, le 20 décembre 1927, un employé de magasin, âgé de 42 ans, qu'on avait amené pour une *attaque comitiale*, en plein coma. Sorti de sa torpeur, le lendemain, il racontait qu'il avait éprouvé déjà plusieurs accidents de cet ordre. Dix ans avant, en 1917, mobilisé dans un régiment d'infanterie, il avait été brusquement frappé d'une *hémiplégie droite*, prédominante au bras, qui guérit, de sorte qu'il put rejoindre son régiment au bout de 4 mois. Sept ans après, en 1924, il avait été pris de *céphalée*, de *vertiges*, pour lesquels il avait été consulter à la Salpêtrière, où l'on avait constaté de l'hypertension avec un chiffre de 24 pour la tension maxima. Soumis à un régime lacto-végétarien sans sel, il avait passé 3 années dans un état assez satisfaisant.

Mais le 14 juillet 1927, en se levant le matin, il était tombé sans connaissance. L'*attaque* avait duré quelques heures, sans laisser de paralysie. Un médecin appelé avait fait le diagnostic d'*hémorragie méningée*, confirmé par la ponction lombaire. La réaction de Wassermann avait été négative, tant dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien. Néanmoins, on avait, à l'hôpital Necker, fait un traitement actif par le bismuth (quinby) et l'arsenic (novarsénobenzol), et le malade avait repris son travail au bout de deux mois.

Enfin, le 19 décembre, comme il ressentait une céphalalgie croissante avec quelques vomissements et troubles de la vue, il avait été consulter le médecin de son magasin et avait été pris d'une *attaque convulsive* avec morsure de la langue.

A son entrée à l'hôpital, il présentait un syndrome méningé bien net, avec céphalalgie, vertiges, vomissements, constipation, raideur de la nuque et signe de Kernig. Ses réflexes tendineux étaient vifs, il n'y avait pas de signe de Babinski. La ponction lombaire ramenait un liquide sanglant, très hypertendu.

Les urines contenaient 6 gr. *d'albumine* par litre, sans cylindres ni leucocytes. L'urée sanguine n'était que de 0 gr. 40 p. 1000.

L'examen oculaire révélait une *hémianopsie* latérale homonyme gauche, avec diminution considérable du champ visuel. Les pupilles étaient égales et réagissaient bien à la lumière.

Au cœur, l'auscultation ne faisait percevoir qu'un *léger claquement du second bruit*.

Mais la tension artérielle était élevée, à 24-12, avec un indice oscillométrique très ample.

Vous voyez qu'il y avait chez ce malade une hypertension d'ancienne date, des ictus successifs, sans troubles durables et imputables à des hémorragies méningées. On ne constatait pas de signe de néphrite, l'albuminurie massive et transitoire paraissant dépendre de l'hémorragie méningée. Aussi pouvait-on considérer, en somme, les accidents comme relevant de l'hypertension.

Quant à l'étiologie, elle restait incertaine. La syphilis paraissait hors de cause ; la réaction de Wassermann était restée négative tant dans un examen antérieur que dans celui qui fut fait dans notre service sur le sang et le liquide céphalo-rachidien. On ne relevait dans les antécédents du malade aucune infection ou intoxication. Mais peut-être n'est-il pas sans intérêt de noter que la mère du malade était morte à 35 ans d'apoplexie.

Cet homme fut mis au régime lacté, on lui fit prendre des laxatifs. L'albuminurie disparut complètement au bout de 15 jours. La tension s'abaissa jusqu'à 14-10 le 31 décembre, mais pour remonter à 20-10 vers le 20 janvier 1928 et se maintenir ensuite à ce degré. La céphalée et l'hémianopsie persistaient, quoique atténuées.

Nous avons tenté chez ce malade l'irradiation des capsules surrénales. Par les soins du Dr Joly, la radiothérapie profonde fut appliquée une fois par semaine. Au bout de six séances, les troubles subjectifs avaient diminué, mais la tension artérielle restait au même degré, ainsi que l'hémianopsie.

Enfin, dans deux derniers cas, les accidents se sont terminés par la mort.

XI. — Le chauffeur de taxi-auto, âgé de 59 ans, qu'on a apporté en plein coma dans notre service le 5 avril 1928, avait été frappé d'un *ictus apoplectique* pendant qu'il conduisait sa voiture. Quand nous l'avons vu, le coma était incomplet, les excitations, les pincements, provoquaient une réaction de défense ; la respiration était entrecoupée de gémissements et de bâillements. Il y avait une *hémiplégie gauche*, tandis que les membres du côté droit s'agitaient. La face était paralysée du côté gauche, mais à la fois dans le domaine du facial supérieur et du facial inférieur et il y avait une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite. La paralysie était moindre au membre inférieur qu'au membre supérieur.

A ces signes paralytiques s'ajoutaient des signes d'irritation méningée : raideur de la nuque, signe de Kernig, hypertonie généralisée. Les symptômes spasmodiques, toutefois, étaient plus accentués du côté gauche où l'on notait l'exagération des réflexes d'automatisme médullaire ainsi que le signe de Babinski en extension.

Le malade perdait ses urines. Sa température était à 37°. L'auscultation du cœur et de l'aorte ne révélait rien d'anormal, mais la tension artérielle était à 22-10.

La ponction lombaire donna un liquide sanglant. Comme la famille du malade nous apprenait qu'il avait eu le diabète, un dosage de sucre fut fait dans le sang où l'on trouva le taux de 2 gr. 50 p. 1000. La réaction de Wasserman était négative.

Le malade succomba rapidement. L'autopsie n'a pu être faite.

Le dernier cas est celui d'une femme dont nous avons suivi la maladie pendant assez longtemps et qui a présenté pendant ce temps des accidents variés et répétés d'hypertension.

XII. — Agée de 52 ans, elle est venue pour la première fois à l'hôpital pour une atteinte de *rhumatisme* aigu à manifestations mobiles et fébriles qui céda en 25 jours au traitement salicylé et au cours de laquelle on constata des modifications des bruits cardiaques, consistant en un assourdissement suivi de l'apparition d'un *souffle systolique* de la pointe.

C'est à sa sortie de l'hôpital que cette femme ressentît les premiers troubles imputables à l'hypertension artérielle : *vertiges*, *sifflements d'oreilles*, sensation de nuage et de *mouches volantes* devant les yeux, et *dyspnée d'effort*. La malade étant venue consulter, on trouva la tension maxima à 26 et les urines contenaient de l'albumine.

En septembre 1925 elle revint, se plaignant des mêmes troubles, auxquels s'ajoutait de la *céphalalgie*. La tension était de 26-15 ; on entendait toujours le souffle apexien ; mais les urines n'étaient point albumineuses. Un dosage d'urée sanguine donna 0 gr. 55 p. 1000 et la réaction de Wassermann était négative. Le volume des urines était de 1 litre à 1 litre 500 par jour.

En juin 1926, les règles, jusque-là régulières, cessèrent et les troubles qui incommodaient la malade s'exagérèrent. En novembre, la menstruation se rétablit, mais tout effort était devenu intolérable, la vision de l'œil gauche avait beaucoup diminué et l'examen ophtalmologique révélait une *hémorragie rétinienne*. La tension était de 28-12 avec un indice oscillométrique de 5,3,2. L'urée sanguine était de 0 gr. 40 p. 1000. Les urines renfermaient de l'albumine.

Après un séjour à l'hôpital, malgré le repos, la tension s'était élevée à 30-14. Aussi, peu après, en décembre, la malade fut-

elle prise d'un *ictus*, survenu dans la rue. Transportée à l'hôpital de la Pitié, elle avait une *hémiparésie droite* sans trouble de la parole, accidents qui s'effacèrent en 3 ou 4 jours.

Mais quelques mois après, une forte *épistaxis* l'amenait de nouveau à l'hôpital. Au cœur on trouvait, outre le souffle systolique de la pointe, un claquement du second bruit et la radioscopie montrait un cœur volumineux, surtout hypertrophié dans son ventricule gauche, et un pédicule vasculaire élargi mais sans ectasie, les bords de l'aorte étant parallèles. Quelques injections d'ouabaïne soulagèrent la malade.

En juillet 1927, de nouveau gênée par la *dyspnée*, elle revint passer quelques semaines à l'hôpital où on lui fit des piqûres d'extrait ovarien. La tension était de 28-13, puis de 25-11.

Quelques mois après, en novembre, la malade se plaint de céphalée frontale. La dyspnée persiste, même au repos, et s'exagère la nuit. Le foie est un peu gros et douloureux. Entrée dans le service, elle est prise un matin en se levant d'un *vertige* et d'une *parésie* des membres et de la face du côté droit, avec sensation d'engourdissement et de fourmillements, exagération des réflexes tendineux, signe de Babinksi, clonus du pied. Ces troubles disparaissent en quelques jours.

Quelques mois après, la malade éprouva des maux de tête, accompagnés d'affaiblissement de la mémoire, de fourmillements et engourdissements dans le côté droit ; sa main de ce côté était malhabile, sa jambe traînait un peu en marchant. Puis le 26 mars 1928, tandis qu'elle se promenait, elle fut prise d'un *étourdissement* et tomba ; elle se releva, mais quelques pas plus loin, elle tomba de nouveau et perdit connaissance. Transportée à l'hôpital, elle eut une *attaque convulsive* qui dura près d'une heure. A la suite elle eut une *épistaxis* dans la soirée.

Le lendemain matin on constatait l'absence de fièvre (37°7), un pouls régulier à 88, une tension forte de 27-17 à l'appareil de Vaquez, un cœur dont la pointe battait dans le 6e espace, avec un léger souffle systolique et un clangor du second bruit, une très légère parésie droite.

Les urines ne renfermaient ni albumine ni sucre. Le *liquide céphalo-rachidien* recueilli dans trois tubes était *sanglant* dans tous uniformément.

La malade disait éprouver de la *cryesthésie*, des *mouches volantes*, de la *pollakiurie*.

Les jours suivants, la *céphalée* persista, empêchant le sommeil et surtout occipitale. La tension ne diminuait pas et se maintenait entre 24-14 et 27-15. L'*albuminurie* apparaissait au taux de 1 gr. p. 1000 le 31 mars et 4 gr. le 4 avril. Une saignée permit de mesurer l'urée sanguine qui était de 0 gr. 48 p. 1000.

Enfin le 12 avril, à 1 heure du matin, survint une *attaque convulsive* qui dura trois quarts d'heure, suivie d'une seconde qui aboutit à la mort dans le coma.

L'autopsie montra de la congestion pulmonaire, un *cœur hypertrophié* (515 gr.) surtout dans son ventricule gauche avec quelques taches blanchâtres à l'origine de l'aorte, un foie congestionné, des reins un peu réduits dans leur substance corticale. Les *capsules surrénales*, volumineuses, pesaient 7 gr. 700 et 10 gr. 300. Dans le cerveau très congestionné, à la surface duquel se dessinaient des veines distendues, la coupe de l'hémisphère droit montra une *hémorragie ventriculaire* avec un gros caillot noirâtre, du volume d'une petite mandarine. En outre, dans l'hémisphère gauche, on trouva dans la capsule interne les restes d'un foyer hémorragique ancien, sous forme d'un tissu gélatineux jaunâtre, expliquant l'hémiparésie droite qui était survenue plusieurs mois avant la mort.

L'examen histologique des surrénales, fait avec le concours de M. Huguenin, a montré dans celle de gauche la disparition presque complète de la substance médullaire et, dans la substance corticale, des lobules spongiocytaires formés de grandes cellules claires, bien distinctes les unes des autres et tendant à se grouper en grappes glandulaires. Celle de droite, la moins volumineuse, montre des lésions analogues, mais avec, en certains points, des ilots nettement entourés d'une capsule. Il s'agit, en somme, d'une hyperplasie considérable des cellules spongiocytaires aboutissant à l'adénome à cellules claires.

C'est, en résumé, un cas d'hypertension permanente avec troubles fonctionnels variés, affectant surtout la respiration et le système nerveux.

Il est intéressant de noter que ces troubles ont débuté après une attaque de rhumatisme compliquée d'endocardite. Cette étiologie n'est pas commune.

Il faut, d'ailleurs, ajouter que la malade était alcoolique et même toxicomane, car elle avait séjourné en Extrême-Orient où elle avait fréquenté les fumeries d'opium, et depuis, sa profession de comptable dans un restaurant l'exposait à de fréquents excès d'alcool en même temps qu'à des veillées prolongées.

La syphilis paraissait absente et la réaction de Wassermann s'était toujours montré négative.

Remarquez aussi l'influence vraisemblable de la ménopause, qui avait débuté en 1926 et qui s'était complétée récemment, les règles ayant définitivement disparu trois mois avant la mort.

L'examen physique des sujets atteints d'hypertension artérielle fournit des renseignements importants.

Il ne faut pas attribuer trop de valeur au *faciès*. Le cou large, les pommettes rouges qui caractérisent ce qu'on appelle le facies apoplectique ne sont nullement le propre des hypertendus. Plus souvent même ces sujets ont un teint pâle et un peu jaunâtre, les traits tirés, les yeux brillants en raison d'un léger œdème sous-conjonctival. Le signe de la temporale, c'est-à-dire la saillie de cette artère qu'on aperçoit sinueuse et pulsatile et qu'on sent dure au toucher, est lui-même infidèle.

L'examen de *cœur* révèle l'hypertrophie du ventricule gauche qui se manifeste par une forte impulsion cardiaque et par l'abaissement de la pointe, et que confirme l'examen radiologique (1).

L'atteinte de l'*aorte* se traduit par sa dilatation, perceptible plus ou moins facilement à la percussion et par son allongement qui donne lieu à des battements au creux sus-sternal. L'accentuation du second bruit, résultant de la chute brusque des sigmoïdes aortiques, est un signe inconstant et qui manque dans 28 % des cas selon Janeway. Le clangor proprement dit est plus rare.

L'examen radioscopique est précieux, mais ne donne pas toujours des images bien nettes d'aorte dilatée.

L'exploration des *artères périphériques* peut indiquer les lésions de l'artério-sclérose, l'induration des parois, les sinuosités. Mais il s'en faut que ces signes se constatent dans tous les cas d'hypertension et ils font défaut dans 46 % des cas relevés par Janeway.

Aux membres inférieurs, on note parfois le signe de Musset, c'est-à-dire les oscillations de la jambe croisée sur le genou opposé, et qui se font en synchronisme avec les battements du pouls.

Le pouls radial est plein et vibrant, quelquefois il donne la sensation de fil de fer signalée par Stoll. Il bat de 90 à 100 par minute. C'est ce qu'on appelle depuis Grasset la *tachycardie paradoxale*, parce qu'elle est en contradiction avec la loi de Marey suivant laquelle, à l'état normal, le cœur répond par un ralentissement à toute augmentation de la pression aortique.

Attribuée par Lian à un début de défaillance du ventricule gauche, Mannaberg (2) la croit antérieure à l'hypertension et due à des troubles endocrino-sympathiques.

La tachycardie d'effort, la tachycardie orthostatique sont des symptômes qui paraissent révéler déjà une légère défaillance du cœur.

Parfois le rythme cardiaque est troublé par des *extra-systoles*, qui méritent toujours l'attention du clinicien et peuvent être le cri d'alarme du myocarde souffrant (3).

C'est surtout, bien entendu, l'exploration de la pression artérielle qui importe pour reconnaître l'hypertension. La pression maxima, avec l'oscillomètre de Pachon, s'élève à des chiffres qui vont de 18 à 32, tandis que la pression

(1) WIDAL et RAULOT-LAPOINTE. — *Journ. d'urol.*, avril 1913. — VAQUEZ et BORDET. *Paris méd.*, 13 déc. 1919.
(2) J. MANNABERG. — *Wien. klin. Woch.*, 16 février 1922.
(3) Marc LECONTE. — L'extra-systole, Thèse de Paris, 1911.

minima peut atteindre de 11 à 16. La pression, d'ailleurs, se modifie au cours de l'évolution de la maladie et nous verrons plus loin les conséquences qu'on peut tirer de ses modifications pour le pronostic.

Mais le plus souvent, l'hypertension est moyenne dans son degré, avec une tension maxima de 20 à 25 et une tension minima de 12 à 14. Les hypertensions supérieures ne s'observeraient que dans le quart des cas, selon Pellissier.

Sur l'homosexualité juvénile

Ses types, sa genèse [1]

Par le Dr Georges PAUL-BONCOUR,
Professeur de Criminologie à l'Ecole d'Anthropologie.

Des observateurs dignes de foi nous affirment que les pratiques pédérastiques sont actuellement très fréquentes chez les adolescents et que cette triste habitude est en voie d'accroissement. En tout cas, les examens médico-psychiatriques que je pratique à la Petite Roquette (avec mes collègues Roubinovich et Heuyer) donnent un pourcentage important : 7 %.

Ceux qui examinent les détenues féminines constatent eux aussi un chiffre considérable de pratiques homosexuelles.

Il est donc naturel que ceux qui s'intéressent à l'enfance et à l'adolescence étudient cette question et ce qui suit a pour but d'y apporter une contribution. Tout d'abord il convient d'examiner la pédérastie objectivement en essayant de classer les faits tels qu'ils se présentent, ce n'est qu'ensuite qu'il est possible de rechercher l'origine intime du phénomène. Définissons l'objet de notre étude.

Qu'est-ce que la pédérastie ? — C'est la recherche d'un plaisir sexuel à l'aide du coït anal. Au début, ce mot désignait cet acte commis sur un enfant (παιδος-enfant — εραστης-amateur — amator pueri). Mais actuellement ce terme est utilisé pour désigner tout coït anal. Le vocable « sadisme » est synonyme de pédérastie.

Pour bien connaître la nature de cette anomalie, son origine, ses circonstances, il convient de la situer dans son cadre logique « l'homosexualité » dont elle n'est qu'une variété.

Qu'entend-t-on par homosexualité ?

A notre époque, dans les pays civilisés ou considérés comme tels, l'opinion très générale admet que tout plaisir sexuel doit être exclusivement recherché entre personnes de sexe différent : l'homme avec la femme, et réciproquement ; en un mot l'amour doit être hétéro-sexuel. Toute exception à cette régle de morale sociale constitue l'homosexualité, c'est-à-dire la recherche des satisfactions sexuelles entre personnes d'un même sexe.

*
* *

Dans une enquête sur ce phénomène il est insuffisant de relever les seuls faits de pédérastie, il importe de noter leur liaison avec les autres manifestations d'homosexualité, car bien souvent l'acte pédérastique n'est pas un début, mais un aboutissant, et rien ne dit qu'il ne serait pas possible d'enrayer la pédérastie en intervenant précocement dès les premières manifestations anormales.

Si l'on admet une phase prépédérastique, en quoi consiste-t-elle ? Quels sont les modes de satisfaction homosexuelle et quelle est leur succession ?

Voici le clavier des plaisirs homosexuels : de simples embrassements voluptueux entre personnes de même sexe — des caresses manuelles et de l'onanisme réciproques — des frictions des parties sexuelles l'une contre l'autre, ce qui s'appelle tribadisme chez les femmes — l'onanisme buccal encore désigné sous le nom de fellatio chez l'homme (celui qui le pratique étant le fellator) et de saphisme chez la femme — le coït intercrural et le coït anal — le dernier mode constitue la pédérastie, acte dans lequel existe un actif « le pædicator » est un passif « le cynède ».

Cette énumération démontre qu'il y a entre la pédérastie et les autres manœuvres homosexuelles une identité de nature : ce qui n'empêche l'opinion publique d'être moins sévère que la science, car si elle blâme la pédérastie, elle témoigne une certaine mansuétude pour les manœuvres onanistiques. Bien plus elle considère comme un péché mignon, très excusable le saphisme !

*
* *

Il serait intéressant de connaître les proportions suivant lesquelles se répartissent les différents modes de satisfaction homosexuelle. N'ayant pas de chiffres personnels, je ne puis que donner des résultats figurant dans divers ouvrages et qui, je crois, sont très approximatifs ! Les moyennes seraient les suivantes :

Chez les hommes 10 % restent chastes ou se livrent à l'autoérotisme (onanisme solitaire) ; 35 % se livrent à l'onanisme mutuel ; 8 % à la fellatio ; 47 % à la pédérastie active ou passive. — *Chez les femmes*: 10 % se livrent à l'autoérotisme; 40 % à l'onanisme mutuel ; et 50 % au saphisme.

*
* *

Le mode homosexuel étant fixé, reste à ranger l'individu dans une catégorie donnée, ce qui fournit quelques indications sur la nature du phénomène.

1er TYPE. — *L'homosexuel intégral, complet, l'inverti, l'unisexuel, l'uraniste* : c'est celui qui ne désire accomplir l'acte sexuel qu'avec une personne de son sexe. Tout être de sexe différent ne lui dit rien et même lui déplaît, le dégoûte. En conséquence, chez l'uraniste, toute tentative hétérosexuelle s'accompagne de frigidité et cette attitude existe aussi bien chez l'homme que chez la femme. Cet état est congénital, et par conséquent précoce : aussi faut-il toujours s'informer des caractéristiques homosexuelles qui se sont montrées au cours de la phase présexuelle. Trés fréquemment sont révélées des tendances inconscientes mais réelles qui dénotent l'inversion tout au moins à son début : tel enfant masculin recherche les caresses, l'amitié d'un être masculin et éprouve une répulsion pour les femmes. Le petit garçon aime les jeux féminins (poupée, s'habiller en femme, etc.). La petite fille, à tendances homosexuelles, aime les jeux des garçons, manifeste son goût et parfois violemment pour les filles. En somme, précocement, sont notés des goûts contraires aux habitudes ordinaires.

Arrivé à la puberté, souvent hâtive, l'uraniste a une attirance génitale exclusivement pour ceux de son sexe : il recherche les occasions ou profite de celles qui se présentent pour accomplir un ou plusieurs des actes que j'ai signalés. Est-il timide ? il se contente de l'autoérotisme, en pensant à l'objet aimé de son sexe. A-t-il des rêves érotiques, phénomène naturel chez l'adolescent : les rêves sont unisexuels.

Dans les relations amicales est notée la sympathie pour les personnes du même sexe, sympathie poussée à son maximum, car bien souvent l'homosexuel est l'esclave de son ami, et il veut être son esclave, il veut le servir, lui obéir, être aimé de lui, quelquefois souffrir par lui !

Au cours de l'adolescence, un jeune homme normal recherche la société des jeunes filles et réciproquement : l'homosexuel méprise le sexe opposé et même éprouve pour lui de la haine, de la répulsion. L'adolescente homosexuelle ne manifeste pas cet instinct de séduction qui est une des caractéristiques les plus marquées de l'état normal.

Lorsqu'on interroge des homosexuels et quand ils veulent bien répondre sans dissimulation, ces particularités apparaissent nettement : mais ces interrogatoires sont longs et ce n'est

(1) Communication faite au Comité national de l'Enfance en Décembre 1928.

souvent que par leur répétition qu'il est possible d'être renseigné efficacement.

Au cours de ces examens sont également découverts des motifs ayant déterminé le choix du mode érotique. Cela dépend évidemment de la nature et des aptitudes du sujet (cause endogène), mais aussi de l'ambiance et des circonstances (cause exogène). Ceux dont l'hypéresthésie génitale est accentuée sont plus audacieux que les autres. En homosexualité comme en hétérosexualité les influences endogènes et les exogènes sont constamment associées, imbriquées. Si les circonstances ne sont pas favorables, l'inverti réprimera ses tendances, si au contraire les occasions sont multiples, il s'y livrera avec frénésie. Les aptitudes de chacun interviennent également : tel homosexuel veut bien être actif (pædicator) mais non passif (cynède). Il est donc nécessaire de rencontrer un partenaire consentant à jouer sa partie dans le duo. Fâcheusement dans les villes existe une telle pléthore d'homosexuels que chacun peut se satisfaire et même est incité à l'acte sans attendre qu'il y ait une inflation sensuelle.

Une éducation morale sérieuse peut aussi enrayer le mal ; car il ne faut pas oublier qu'il existe des homosexuels avérés qui restent chastes aussi bien que des hétérosexuels ; au contraire les homosexuels non maîtrisés peuvent se livrer à toutes les perversions sexuelles connues (sadisme, masochisme, fétichisme, exhibitionnisme, etc.).

Je ne saurais trop insister sur le danger de la présence d'un homosexuel pur dans un établissement d'éducation. Il arrive que tout à coup on s'aperçoit qu'un certain nombre d'élèves se livrent à des pratiques érotiques anormales : l'initiateur est un homosexuel, qui a fait tache d'huile et recrute des adeptes parmi les homosexuels timides ou indécis et parmi les bisexuels dont je vais vous entretenir.

* * *

2e Type. — *Le plus fréquent : le bisexuel ou hermaphrodite psycho-sexuel* est un individu à la fois homo et hétérosexuel, c'est-à-dire qu'éprouvant des jouissances érotiques, à l'aide des deux procédés il les emploie au gré de ses désirs et de ses impulsions. Tantôt l'homosexualité n'est qu'une activité de luxe, un hors-d'œuvre, tantôt au contraire elle est prédominante et peut devenir exclusive. On voit des gens mariés, ayant rempli durant plusieurs années et ponctuellement leurs devoirs conjugaux, délaisser leur conjoint pour un être de leur sexe. Enfin des bisexuels mènent de front les deux activités. Parfois la tendance homosexuelle se présente par bouffées (h. périodique ou paroxystique).

En faisant une enquête méthodique et minutieuse, on s'aperçoit que cet état est congénital ou qu'il s'est affirmé au cours de l'évolution pubertaire. Dans ce dernier cas, ce sont souvent des influences extérieures qui modifient en bien ou en mal les tendances individuelles. Deux variétés sont possibles.

1° Si les deux tendances homo et hétérosexuelles sont équivalentes, l'une d'elles peut devenir prédominante et même atténuer ou neutraliser l'autre suivant que les occasions, les circonstances, les exemples auront orienté le bisexuel vers un mode d'activité génitale permis ou défendu.

2° Si la tendance homosexuelle est à peine marquée, n'existe qu'à l'état latent, elle peut ne jamais se développer, les circonstances étant favorables. Mais si un jeune homme tombe entre les mains d'un initiateur, s'il vit dans un milieu où les actes d'homosexualité se pratiquent ouvertement, s'il lit les livres ou assiste à des spectacles où l'homosexualité s'étale, nul doute que ses tendances homosexuelles ne se développent, puisqu'il existe un terrain préparé. Il est superflu de remarquer que lorsque la tendance homosexuelle est prépondérante la viciation est plus aisée, plus rapide et que l'habitude de l'inversion peut atteindre l'intensité de celle de l'uraniste pur.

Ce mécanisme vous démontre l'importance de l'ambiance. Et si nous mettons à part les types à prédominance homosexuelle marquée, il reste avéré que les autres peuvent ne pas verser dans l'homosexualité et même n'y pas songer à la condition que des influences bienfaisantes les orientent vers des plaisirs normaux et écartent les causes d'inversion. Par l'exercice répété d'une joie sexuelle régulière, l'habitude se crée et la préférence hétérosexuelle se marque et s'accentue. De nombreuses observations démontrent la réalité et l'importance du rôle de l'ambiance dans les déterminations érotiques des bisexuels.

Or la connaissance de ce mécanisme n'a pas qu'un intérêt théorique : comme les moyens de lutte sont surtout de nature préventive, il est précieux de savoir que des circonstances sont susceptibles de dévoiler une homosexualité latente ou de majorer une tendance légère.

Je remarquais tout à l'heure que certains uranistes sont continents : peut-être ont-ils des défaillances lorsque leur hyperesthésie sexuelle est très accentuée, et de ce fait on peut les excuser. Mais le bisexuel n'a aucune excuse de se livrer à des actes anormaux, puisqu'il peut se satisfaire régulièrement. Aussi suis-je d'avis d'être sévère à l'égard des hermaphrodites dont les défaillances sont répétées et voulues. Beaucoup trop ne se dominent pas et ne cherchent pas à se dominer. Il est scandaleux de rencontrer de ces sujets qui non seulement ne dissimulent pas leurs goûts, mais qui les étalent sans répugnance, affirmant leur volonté de ne pas les réprimer. Certains même, avec un cynisme et une ironie déconcertants, vous répondent qu'ils sont bien supérieurs aux pauvres hétérosexuels dont le clavier des joies érotiques est si réduit !

L'avenir de ces bisexuels actifs est très sombre pour plusieurs raisons. D'abord, ils vivent dans des milieux interlopes, amoraux, décadents, qui les incitent à continuer.

En second lieu, leur moralité est très souvent de qualité médiocre : que de fois un pédéraste se livre à des réactions antisociales : escroqueries, vols, etc. Enfin le besoin d'argent (par misère ou besoin de luxe) contribue à faire apparaître ou à perpétuer l'habitude. Tel est un des modes de recrutement de la prostitution masculine, recrutement qui se fait dans toutes les classes sociales. Or, quand nous constatons qu'un fils de famille de 16 ans ayant le nécessaire et même le superflu (sa famille lui donnait 800 francs par mois pour ses menus plaisirs) se livre à la prostitution pour augmenter ses ressources et faire la noce, pouvons-nous être étonnés qu'un miséreux, un chômeur, ait recours à ce moyen qui ne lui coûte pas puisqu'il ne fait qu'utiliser une tendance naturelle ? (1).

A titre d'indication je signale que j'ai rencontré chez ces jeunes prostitués masculins les tares biologiques et psychomorales des prostituées féminines : apathie, paresse, horreur de l'effort, aboulie, débilité morale ou atrophie, débilité mentale globale ou partielle.

* * *

3e Type : *Le pseudo-homosexuel.* — Les auteurs, qui admettent ce type, affirment qu'il se présente chez des sujets n'ayant aucune prédisposition constitutionnelle, mais qui sont uniquement victimes de l'ambiance, de l'imitation, de l'éducation, des circonstances, de la dépravation.

La jeunesse, dont la plasticité est remarquable et dont l'érotisme se manifeste la plus ordinairement par l'onanisme solitaire ou à deux, subissant des influences nocives, finirait sous l'action d'initiateurs à utiliser toute la gamme des joies homosexuelles. Homosexuel d'occasion, le jeune homme deviendrait homosexuel d'habitude et avec d'autant moins de résistance que la prostitution masculine est d'un bon rapport : des détenus à la Petite Roquette accusent des gains de 30 à 100 francs par jour. Beaucoup de pédérastes professionnels auraient cette origine. Le milieu serait surtout responsable.

J'ai parlé au conditionnel : c'est intentionnellement, car à côté de cette opinion s'en place une autre qui, sans nier la possibilité du mécanisme précédent, le considère comme très rare et prétend que la plupart du temps les pseudo-homosexuels

(1) Au cours de mon exposé, j'ai lu des observations pour comparer les types entre eux et démontrer comment s'était faite l'évolution homosexuelle. Dans ces observations figuraient les endroits où se fait le raccrochage, les hôtels où s'accomplissent les actes homosexuels et j'ai fait observer qu'on est en droit de s'étonner que les tenanciers de ces établissements, tous connus, ne soient jamais inquiétés !

sont en réalité des bisexuels qui s'ignorent ou qui dissimulent habilement leur tendance en se disant victimes des circonstances. De fait, ayant examiné minutieusement les sujets considérés comme étant de ce type pseudo-homosexuel, je me suis aperçu que bien souvent leur misère et leur gêne étaient des excuses fausses. Bien souvent ces individus n'ont nullement lutté et ont choisi la prostitution parce qu'en somme ce mode d'activité sexuelle ne leur répugnait pas.

Il existe beaucoup d'adolescents malheureux, et fort heureusement il n'y a qu'une infime minorité qui choisit la prostitution pour sortir de la misère. Pour être pédéraste actif, pour être un fellator, il est nécessaire d'avoir une prédisposition naturelle. L'élément biologique est peut-être latent, en tout cas il n'est pas absent ; j'estime en somme que tout adolescent qui se livre pour la première fois à des actes homosexuels après que sa puberté est installée et qu'il a déjà goûté des femmes, est un bisexuel. Je suis moins affirmatif s'il s'agit d'un enfant : en effet au cours de la période prépubère, à ce moment où il existe encore une indifférenciation sexuelle indiscutable et normale, il peut se faire que la pratique d'actes homosexuels impose une habitude et empêche l'évolution normale de se produire. Je le répète, je suis très prudent en pareille matière, persuadé que, sauf de bien rares exceptions, des habitudes irrégulières sexuelles ne peuvent se développer que sur des terrains réceptifs. D'autant plus que la dépravation c'est-à-dire la recherche obsédante des sensations étranges, le besoin d'un crescendo d'immoralité, l'abus des plaisirs génésiques, est une anomalie qui émousse la sensualité, amène l'impuissance et impose des perversions, les sexuelles comme les autres (1).

***

Quelle est la genèse de l'homosexualité ?

Sur ce point les avis sont partagés.

Les uns considèrent l'homosexualité comme une infériorité constitutionnelle, plus ou moins marquée suivant les cas, comme un état de dégénérescence qu'il est impossible de supprimer, qu'on peut cependant neutraliser à la condition d'intervenir précocément.

D'autres considèrent cette opinion comme bien timide et regardent l'homosexualité comme un état normal, comme une variété humaine, un troisième sexe. Du reste certains auteurs (et je parle de ceux qui sont hétérosexuels, car les homosexuels font bien entendu systématiquement l'apologie de ce phénomène) prétendent que le nombre des bisexuels est considérable. Havelok Ellis, un de ceux qui sont le mieux documentés sur cette question a écrit ces lignes : « L'homosexualité est une affaire de goût et de culture ; elle déplaît à la grande majorité et plaît à une petite minorité. Je ne crois pas qu'on puisse critiquer cette attitude esthétique ». Westermark prétend que le principal motif qui a formé « le préjugé et ce qu'on pourrait appeler avec raison le tabou dont est frappée l'homosexualité » c'est « le sentiment de la majorité adonnée au penchant hétérosexuel dit normal ou naturel parce qu'il correspond à la fin de la procréation. » Et il ajoute : « le propre de toute majorité est d'opprimer la minorité en vertu de ce raisonnement sommaire et grégaire, qui est celui des enfants, des primitifs, des foules, que ce qui est étranger et différent est indiscutablement mauvais et réciproquement que le consentement majoritaire, tenu pour consentement universel, est la mesure du juste et du vrai. » Et pour démontrer que l'homosexualité n'est pas une anomalie sont cités des faits historiques et authentiques prouvant que l'homosexualité n'a pas toujours été considérée comme une tare. Elle était commune chez les Grecs, les Romains, les Celtes, les Germains, etc. Des gens éminents, représentatifs, intelligents (philosophes, savants, princes, rois, papes, penseurs), ont été pédérastes. Des femmes connues ont été Lesbiennes.

(1) Il eût été logique de traiter ici les cas d'homosexualité liés aux psychopathies, à la démence, à l'idiotie, etc. : me bornant dans cette conférence à l'étude des adolescents homosexuels, cette question n'est pas abordée.

Ces faits ne peuvent être niés, mais les conclusions précédentes me paraissent inadmissibles. D'abord on peut être anormal tout en étant remarquable par ailleurs. Et puis l'histoire et la sociologie nous apprennent aussi que les morales sociales se transforment et que des actes naturels et permis à une époque sont défendus et punis à une autre. Par exemple le rapt des femmes, le droit du père de famille de tuer son fils, le droit de cuissage, qui s'est atténué et est devenu le droit de jambage purement symbolique ; et ce dernier, a, lui aussi, disparu. En somme, les jugements moraux des collectivités sont sujets à révision et lorsque une très forte majorité, dans un groupe social, estime qu'un acte est immoral et nuisible elle a raison d'exiger sa disparition.

***

Si les défenseurs de l'homosexualité vont trop loin dans leurs conclusions, il faut reconnaître qu'ils ont contribué à mettre en lumière l'origine première de ce phénomène en démontrant : 1° que dans les temps anciens cette tendance était normale et que ce n'était nullement une tare ou une déviation de l'instinct sexuel ; 2° que, sous l'influence de l'épurement de la morale judéo-chrétienne, l'instinct sexuel s'est affiné, spiritualisé, socialisé, et actuellement la tendance homosexuelle est très atténuée au point qu'elle constitue une exception et que ceux qui la subissent se cachent. La civilisation est plus forte que la nature ; 3° qu'il n'en est pas moins vrai qu'une semblable habitude aussi répandue n'a pu exister sans une prédisposition biologique, même à l'homo ou tout au moins à la bisexualité. En conséquence si, à notre époque, nous déplorons l'existence de trop d'hermaphrodites psychosexuels, il convient de s'en consoler en pensant qu'une tendance aussi ancienne n'a pu disparaître sans qu'il y ait de temps en temps des retours à un état antérieur. Cette manière de voir peut paraître hypothétique à ceux qui apprécient les faits sexuels avec leurs sentiments, mais la raison et la science fournissent des arguments : par exemple l'ontogenèse, raccourci rapide de la philogenèse, nous démontre qu'il persiste une trace non douteuse de bisexualité chez tout être humain d'aujourd'hui (homme ou femme). Tout hétérosexuel a présenté au cours de sa croissance sexuelle une phase d'indifférenciation suivie d'une phase éphémère , inconsciente souvent mais réelle, d'homosexualité. La tendance a pu rester à l'état de simple désir ou se manifester par des actes homosexuels, mais à un moment donné de l'évolution pubertaire l'orientation définitive et désirable s'est produite. Quel que soit l'ennui que l'être humain ressente de cette constatation, nul, s'il est de bonne foi, ne peut la nier.

Un autre argument en faveur de la bisexualité fonctionnelle est donné par certaines particularités anatomiques : sont rencontrés d'une façon permanente chez l'homme des signes de sexe féminin : les bouts de sein parfaitement inutiles, l'utricule prostatique rudiment de l'organe utérin. Chez la femme existent des restes de l'épididyme, etc.

Pourquoi ces vestiges ? Parce que tout être humain est le résultat de la conjugaison de deux éléments mâle et femelle et il n'est pas extraordinaire que chacun d'eux laisse des traces.

N'oublions pas enfin que la morphologie génitale ou corporelle accentue parfois ces stigmates. Des anomalies génitales (atrophies, hypertrophies, infantilisme, hermaphroditisme) sont constatées. Des androgynes et des gynandres sont rencontrés. Nous coudoyons quotidiennement des hommes efféminés, des femmes masculinisées. Or, ces anomalies s'accompagnent fréquemment de goûts sexuels corrélatifs.

Devant cette accumulation de faits, ce n'est pas une utopie d'admettre que normalement tout être humain d'un sexe donné contient une fraction légère de sexe contraire. Prenons des chiffres idéaux pour schématiser ce raisonnement. Chez un homme normal admettons qu'il existe 98 à 99 % de sexe mâle et 1 à 2 % de sexe femelle. A ce taux l'influence contraire est négligeable : l'état est normal. Mais des causes perturbatrices peuvent augmenter la fraction de sexe différent qui devient alors 10, 20, 30 %. S'il en est ainsi, en vertu des corré-

lations psycho-sexuelles l'instinct subit des modifications concomitantes : un état anormal est créé.

Ces causes perturbatrices peuvent être ou héréditaires,ou des blastophories, ou des états morbides survenus après la naissance : en tout cas il en résulte une entrave ou une déviation dans l'évolution de la fonction et des organes sexuels. Suivant l'intensité et l'époque de l'action perturbatrice, l'évolution est plus ou moins troublée et la tare plus ou moins accentuée ; elle s'arrête à un stade intermédiaire plus ou moins avancé, d'où les variations correspondant aux types que j'ai signalés

Il est admis sans conteste que les causes susnommées peuvent troubler l'évolution psycho-morale, et ainsi s'expliquent les anomalies des fonctions psychiques et éthiques : n'est-ce pas aussi naturel d'admettre leur influence sur la fonction sexuelle ? Du reste, ne relevons-nous pas souvent l'association des anomalies ?

Je conclus que la présence de l'homosexualité est une infériorité, une anomalie biosociale pouvant être isolée ou s'accompagner d'anomalies diverses intellectuelles, morales, biologiques ; en tout cas on peut la ranger parmi les états de dégénérescence.

Par ailleurs, l'influence du milieu joue un rôle manifeste dans l'apparition ou l'accentuation de certaines tendances ; cela permet donc d'instituer des mesures préventives, les seules qui soient capables de fournir un résultat, car dans l'état actuel des choses on ne peut rien contre une habitude sexuelle installée.

PRINCIPAUX OUVRAGES CONSULTÉS. — Havelok Ellis : *L'inversion sexuelle* ; Tarnowsky, *L'Instinct sexuel et ses manifestations morbides* ; Sicard de Plauzoles, *La fonction sexuelle.*

CHRONIQUE

Rôle de la peau dans l'immunité : notion de l'immunité locale

Dans une précédente chronique, j'ai, récemment, analysé tous les chapitres du livre de DEJUST (1) consacrés à la chimie de la peau. Je voudrais, aujourd'hui, résumer celui qu'a écrit Achille URBAIN sur le rôle de la peau dans l'infection et l'immunité et en rapprocher quelques travaux parus récemment.

***

Depuis longtemps, on savait que certaines maladies microbiennes ou parasitaires telles que la vaccine, la variole, les teignes se localisaient au revêtement cutané et lorsque celui-ci était vacciné contre le virus ou le parasite de cette infection, il entraînait l'immunité de tout l'organisme. On admettait que cette immunisation était fonction d'anticorps développés dans les humeurs.

Or, pour BESREDKA, dans bien des affections, il n'y a qu'un organe sensible au virus : cet organe une fois immunisé, l'organisme entier est lui aussi immunisé sans qu'il y ait participation pour cela des anticorps présents dans le sang. URBAIN se propose d'exposer les faits concernant l'immunité créée, dans ces conditions, au niveau de la peau.

Comment se défend la peau contre l'infection ?

L'homme, à cet égard, est peu favorisé. Il n'a pas, comme les invertébrés, une couche chitineuse ou un fourreau d'écailles comme les poissons. S'il réussit à éviter l'invasion des microbes, c'est qu'il se produit une continuelle exfoliation des cellules épidermiques, remplacées par des nouvelles cellules ; si ces cellules expulsées sont microbiennes, elles débarrassent de la sorte la peau des germes pathogènes qui tendent à l'envahir.

(1) *Etudes sur la chimie physiologique de la peau*, par DEJUST, VERNE, COMBES, PARAT, URBAIN, DUJARRIC DE LA RIVIERE, DE SAINT-RAT. (Paris, Amédée LEGRAND, éditeur).

A côté de ce moyen mécanique de défense, le revêtement cutané en possède un autre constitué par les cellules phagocytaires : dès qu'un microbe pénètre dans la peau, les éléments conjonctifs s'épaississent, et forment une capsule fibreuse qui emprisonne le virus ; l'infection se trouve ainsi localisée. Cette opération est due surtout aux macrophages locaux dont nous avons parlé. Ils sont aidés dans leur action par les éléments lymphatiques ou cellules migratrices du derme et de l'épiderme, qui se mobilisent aussitôt qu'une infection se déclare. Ils entourent le virus, et forment des amas parfois visibles à l'œil nu. Certains de ces foyers leucocytaires, localisés dans le derme, peuvent parfois être énucléés, la peau se débarrasse ainsi du virus, et en même temps, des phagocytes qui avaient participé à sa sauvegarde.

Si l'infection localisée en un point de la peau tend à se généraliser, les phagocytes locaux ne suffisent plus à leur tâche. L'organisme mobilise alors pour les secourir des phacocytes mobiles : on assiste à la guerre des cellules qui offrent, au niveau de la peau, les mêmes caractères que dans tout autre organe menacé d'infection.

L'immunité de la peau se trouve, donc, assurée, d'une part par sa structure spéciale, d'autre part par le système phagocytaire.

Les faits mis en évidence par BESREDKA permettent d'élargir cette conception.

On sait combien la bactéridie de Davaine est virulente pour les animaux : un seul bâtonnet suffit pour tuer le cobaye. A l'autopsie, en plus de l'œdème souvent considérable qui existe au niveau de l'inoculation, ce qui frappe, c'est que tous les organes et le sang fourmillent de bacilles. Aussi, de tout temps, a-t-on considéré le charbon comme le type des maladies infectieuses septicémiques.

La découverte des vaccins pastoriens a permis de préserver les vaches, les moutons contre le charbon. Seuls, les animaux de laboratoire, les cobayes en particulier, ne purent bénéficier du bienfait de ces vaccins. Malgré de nombreuses recherches, on ne réussit pas à leur conférer une immunité comparable à celle qu'acquièrent si facilement les animaux de grande taille. Les expérimentateurs mirent leur échec sur le compte de la trop grande sensibilité du cobaye au charbon. Il appartenait à BESREDKA d'en expliquer la cause.

En étudiant chez le cobaye et chez le lapin le mécanisme de l'infection du charbon, ce savant a montré, en effet, que la peau était le seul organe sensible à la maladie : si on évite de léser la peau, on peut injecter impunément dans le péritoine, la trachée, sous la peau, etc., de nombreuses doses mortelles de charbon sans tuer l'animal. D'ailleurs, après avoir reçu ainsi le virus, le cobaye ou le lapin n'est nullement vacciné et s'il reçoit dans la peau ou sous la peau (sans précaution spéciale à l'égard de celle-ci), une dose minima mortelle de charbon, il meurt comme s'il n'avait jamais été au contact de la bactéridie.

La réceptivité du cobaye vis-à-vis du charbon n'est donc pas générale ; elle a pour siège principal, l'appareil cutané.

Pour vacciner le cobaye que faut-il donc faire ?

Tout simplement vacciner l'appareil réceptif, c'est-à-dire la peau sans s'occuper des autres organes. C'est ainsi que BESREDKA, en immunisant la peau par friction, ou mieux encore, par injection intra-dermique, a réussi, sans grand' peine, à conférer à cet animal une immunité anticharbonneuse des plus solides.

Dans les infections à staphylocoques et à streptocoques, le rôle de la peau est presque aussi actif que dans le charbon.

Dans ces infections comme dans le charbon, la vaccination des animaux de laboratoire par les procédés courants donne des résultats médiocres pour ne pas dire nuls. Malgré la diversité des localisations et la variété des manifestations cliniques, la prédilection des streptocoques et plus particulièrement des staphylocoques, pour le revêtement cutané, est indiscutable. Il venait donc à l'esprit d'appliquer à ces germes les procédés de vaccination qui avaient fait leur preuve dans

GLANURES

L'émiettement de la médecine. — M. VERGELY constate (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 avril 1929) cet émiettement de la médecine qui tient à la création de toujours nouvelles spécialités.

« Prenez, dit-il, l'*Annuaire de la Gironde*, année 1929, et ayez la patience de dénombrer les médecins bordelais inscrits dans les longues colonnes des pages qui leur sont consacrées. Il vous sera facile, si vous consentez à le faire, d'arriver au total de 488 docteurs en médecine. Et si vous prenez la peine de relever ceux qui sont indiqués comme spécialistes ou notoirement connus comme tels, vous arrivez au total de 156 médecins ne pratiquant pas la médecine générale, soit, en somme, un peu plus de 30 p. 100 de spécialistes. Pensez ce que vous voudrez, tournez les choses comme il vous plaira, il n'en reste pas moins que cette proportion d'un spécialiste sur trois médecins est un peu plus forte que celle qu'on aurait soupçonnée tout d'abord.

A quoi peut être due cette relative pléthore ? Il est certain que l'exercice d'une spécialité offre maints avantages. Il n'est rien de plus fatigant que l'exercice de la médecine générale dans une grande ville, si ce n'est peut-être à la campagne. Le spécialiste qui reçoit les clients dans son cabinet au lieu de courir après a, de ce chef, beaucoup moins de fatigue physique à envisager : je ne veux pas dire pour cela que ce sont des fainéants qui se reposent à ne rien faire ! Car je sais pertinemment qu'il est maint et maint spécialiste qui se fatiguent beaucoup. Mais, on en conviendra, c'est l'exception.

En dehors de cet argument de tout repos, c'est bien le cas de le dire, il y a encore le fait qu'il est généralement admis que les spécialistes se font payer des honoraires à un tarif supérieur à celui que perçoit le *vulgum pecus* médical. C'est encore là un argument de nature à toucher un jeune médecin qui s'installe. De plus, celui-ci peut encore estimer qu'il est plus facile de connaître une partie de l'art que l'art tout entier et préfère se spécialiser dès les debuts.

C'est un peu là un point faible sur lequel je voudrais insister, car cette spécialisation trop hâtive peut avoir de graves inconvénients. Je ne veux pas longuement les exposer ici, mais tous les maîtres en spécialités sont d'avis que si l'on n'est pas un médecin complet on ne peut être un bon spécialiste. Surtout avec les mœurs actuelles, où bien souvent les clients vont directement chez le spécialiste sans passer par leur médecin ordinaire, il est bon que le spécialiste puisse reconnaître une maladie générale d'après un symptôme relevant de sa spécialité. »

L'impôt inique : la patente. — Avec allégresse, le médecin remplit sa besogne de sacrifice et de renoncement. Ce qui le chiffonne simplement, ce sont, au retour au logis, les exigences du fisc et le montant de sa patente. Celle-ci est calculée sur le prix de l'appartement. Nous connaissons des médecins qui ont huit à dix enfants. Il leur faut plusieurs chambres à coucher. Tout cela se paye, et les charges de famille se doublent de la grosse somme déboursée chez le percepteur. Quand ce brave homme a fini d'élever ses enfants, il a pris de l'âge. Les clients pauvres ont augmenté avec la réputation qu'il s'est faite. Jadis, son budget absorbait tous ses revenus. Aujourd'hui, l'accroissement des visites gratuites l'oblige à cesser l'exercice de sa profession.

« L'autre jour, un médecin qui avait dépassé la soixantaine me fit part de sa résolution. Il se retirait définitivement. Le prix de sa patente dépassait le chiffre de ses recettes. Qui pâtira de sa retraite ? Les honnêtes et petites gens qui recouraient à ses soins ayant à la fois confiance dans son expérience de praticien et dans la générosité de son cœur. Notre régime se moque de ces infortunes qu'il sème sur sa route. La folie du mécanisme électoral ne lui laisse le temps de songer à autre chose qu'à des intérêts de parti, et l'idée fixe qui l'obsède est celle d'une majorité au Parlement. Jadis, plusieurs empereurs romains avaient exempté les médecins de tout impôt sur le territoire de l'empire. A notre époque, rentrés dans la catégorie des contribuables et pressurés comme les autres, les médecins les plus charitables, les plus honorables, les plus désintéressés sont acculés à la nécessité d'interrompre leur métier et de faire autre chose. Quoi ? Ils ne savent pas, mais l'élévation de la patente est devenue pour eux un luxe qu'ils n'ont plus les moyens de s'offrir. » (*Le Figaro*, 2 avril 1929.)

le charbon, c'est ce qu'ont tenté BESREDKA et ses collaborateurs.

De récentes recherches viennent de démontrer le rôle très important que peut jouer la peau dans la vaccination contre la rage.

Il s'agirait, donc, d'un fait très général. Les cellules phagocytaires de la peau subiraient la vaccination et acquerraient l'immunité sans qu'il soit besoin d'invoquer la participation d'anticorps.

***

Le rôle de la peau dans l'immunisation serait, d'ailleurs, semble-t-il, plus étendu encore.

Dans un article récent, WOLFF EISNER expose que la peau intervient non seulement quand elle est le siège de l'inoculation, mais aussi dans les infections sanguines (1). Elle attire les toxines et fabrique des anti-toxines.

Les toxines qu'elle fixe et qu'elle neutralise sont, ainsi, éloignées des organes vitaux. C'est ainsi que, dans la scarlatine, l'érythème traduit la réaction cutanée et la mort se produit quand cette réaction est insuffisante à neutraliser les poisons.

***

L'interprétation de BESREDKA et sa conception de l'immunité locale sans production d'anticorps n'est pas admise par tous les bactériologistes e, en particulier, RENAUX, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, considère que l'hypothèse de l'immunité locale n'est pas suffisamment démontrée et que les faits observés peuvent être expliqués de façon différente.

Certes, l'immunité locale existe et RENAUX en donne un exemple (2).

Une goutte d'une substance irritante, l'abrine, posée sur la conjonctive d'un lapin provoque des phénomènes d'irritation intenses. Si, lorsque l'œil est guéri, on y dépose une goutte du même produit, il n'y a plus de réaction. Il y a donc immunisation locale. Cependant l'autre œil réagit à l'excitant si on lui instille de l'abrine. Donc l'immunisation est purement locale.

Mais les conceptions de BESREDKA ont une toute autre ampleur. Trois points fondamentaux requièrent d'emblée l'attention :

1° la peau est l'organe réceptif par excellence pour le charbon ;

2° les viscères sont rebelles à l'inoculation charbonneuse.

3° le sang de l'animal cuti-vacciné ne véhicule pas d'anticorps.

1° Si la peau est réceptive, c'est que la phagocytose et la destruction des bactéries y sont plus lentes qu'ailleurs.

Introduisons une culture de charbon dans le péritoine d'un cobaye. Les microbes seront détruits et il n'y aura aucun retentissement sur l'organisme, ni réaction, ni immunité.

Introduisons une culture de charbon dans la peau d'un second cobaye ; il y aura multiplication de la bactéridie jusqu'au moment où arrivent les leucocytes. Puis il y a lutte avec défaite (mort) ou victoire (immunisation).

Ce qui créé donc la plus grande réceptivité de la peau, ce qui, comme conséquence directe de cette réceptivité, en fait une voie d'immunisation plus favorable, c'est le fait que la destruction et la phagocytose des bactéridies y est plus lente que partout ailleurs, que de ce retardement des défenses, la réaction contre la maladie est plus forte.

(1) WOLFF EISNER. — Rôle de la peau dans l'immunité et l'immunisation. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 2 novembre 1928.)

(2) Ernest RENAUX.— Le problème de l'immunité locale. (*Bruxelles médical*, 2 sept. 1928, p. 1438.)

RAMON a montré que, chez le cheval, l'injection pour la préparation de sérum antidiphtérique donne un sérum d'autant plus actif que la réaction à l'injection a été plus forte.

2° Il n'est pas vrai, pour M. RAMON, que les organes autres que la peau soient rebelles à l'inoculation du charbon. Il cite, à ce sujet, les expériences d'un grand nombre d'auteurs. Mais deux conditions sont nécessaires : quantité des germes, virulence de ces germes.

3° L'immunité sans anticorps n'existe pas. En ce qui concerne le charbon, GRATIA, par des méthodes appropriées, a pu mettre en évidence les agglutinines chez le lapin cuti-vacciné.

Au surplus, pour admettre que l'immunité soit purement locale, il faudrait admettre que les virus ne dépassent jamais les cellules réceptrices. Or, il n'en serait rien.

Déjà en 1903, Hoffmann avait obtenu chez le lapin un sérum agglutinant le bacille typhique en badigeonnant la peau rasée au moyen d'une culture de ce microbe.

Des expériences analogues ont été faites avec d'autres germes, et même, en badigeonnant la peau avec des globules rouges, on a obtenu des hémolysines.

D'autre part, BESREDKA, pour le streptocoque, le staphylocoque, admet que dans leurs cultures en bouillon, ces microbes sécrètent une substance qui n'est pas une toxine et qu'il dénomme antivirus parce qu'elle a la propriété d'empêcher la culture du microbe. Cet antivirus va saturer les cellules réceptives de la peau et s'opposer ainsi à leur envahissement par le staphylocoque ou le streptocoque.

Cette notion est vivement critiquée par M. RENAUX, qui ne reconnaît aucune action empêchante à l'antivirus *in vitro*.

Prenons une culture de staphylocoques en bouillon, vieille de huit jours ; filtrons-la et répartissons le filtrat à raison de 5 cc. par tube. Le premier tube restera tel quel ; au second, on ajoutera 5 cc. de bouillon frais ; dans un troisième tube, on ne mettra que 5 cc. de bouillon et pas de filtrat. Ensemençons-les tous les trois de staphylocoque et voyons ce qui s'est passé après vingt-quatre heures à 37° : le tube 1 ne montre pas de culture ; le tube 2 montre une culture peu intense ; le tube 3 montre une riche culture. Mais ajoutons alors à ce troisième tube 5 cc. de filtrat non ensemencé et comparons alors l'intensité du trouble à celui du tube 2 : le trouble est équivalent. Or, le contenu est identique à celui du tube 2 avec cette seule différence que le mélange de bouillon et d'antivirus a été effectué après culture alors que dans le tube 2, il a été pratiqué avant l'ensemencement.

Interprétation . le tube 1 était appauvri en aliments utiles au staphylocoque ; le tube 2 en était riche ; le tube 3 (première manière) en était très riche et (deuxième manière), il était à égalité de richesse alimentaire avec le tube 2.

Donc, il n'y a pas lieu de parler d'action empêchante.

Au total, tout en reconnaissant l'intérêt pratique de l'immunité obtenue par les méthodes de BESREDKA, RENAUX estime que cette immunité s'explique aussi clairement par les théories classiques que par l'hypothèse de l'immunisation locale.

Henri VIGNES.



Le malade a le médecin qu'il mérite.

(*L'Animateur des Temps nouveaux*).

« Si nous voyons plus haut que nos pères, c'est que nous sommes montés sur leurs épaules »

BACON

Ceux qui nous ont quittés...

BALZER

Notice nécrologique, par M. Menetrier.

(Lue à l'Académie de médecine, le 27 mars 1929.)

Dans notre dernière séance, M. Quénu nous a annoncé la mort de notre collègue et ancien vice-président, Félix Balzer. Et tant en son nom, comme très ancien ami, qu'au nom de l'Académie tout entière, il a exprimé les regrets que nous causait la perte de cet homme bon, savant et modeste qui jouissait du respect et de l'affection de tous.

Aujourd'hui, et comme le plus ancien et le plus dévoué de ses élèves, je veux vous retracer brièvement sa carrière et vous résumer ses travaux.

Balzer est né le 4 avril 1849, à Châteaubriant (Loire-Inférieure). Mais, et bien qu'il fût très attaché à sa petite patrie, qu'il fît partie de tous les groupements des médecins de l'Ouest, dont il présida même en 1926 le banquet commémoratif de la mort de Laennec, avec un éloquent discours célébrant cet illustre enfant de la Bretagne, s'il était Breton de cœur il ne l'était pas de race.

En réalité, sa famille, originaire du canton de Glaris, en Suisse, était venue se fixer en Bretagne au commencement du siècle dernier. Son grand-père, associé à un de ses frères, y fonda une industrie. Son père y naquit et lui-même. Et il conservait un souvenir affectueux au pays d'origine de sa race, qu'il allait visiter avec émotion par la suite.

Balzer fit ses études au lycée à Rennes. Dans cette ville il commença ses études médicales qu'il vint ensuite poursuivre à Paris, peu de temps avant la guerre de 1870.

Comme tous ceux qui vécurent à Paris à l'époque du siège, puis de la Commune, il avait conservé un souvenir profond des événements qui s'y déroulèrent. Et sans doute, incité par l'exemple de notre vénérable doyen, M. Guéniot, il avait fait le projet, que bien souvent il me confiait, de consacrer ses loisirs, si son mal cessait de le tourmenter, à écrire lui aussi les souvenirs de ces jours passés. Mais ce projet n'a pas été réalisé, le répit espéré n'étant pas venu.

Il fut, du reste, déjà gravement malade, à cette époque, d'un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel il fut soigné par son maître Guéneau de Mussy et qui, bien que paraissant complètement guéri, lui a laissé bien probablement les germes de la maladie qui, longtemps latente, a été, bien tardivement du reste, la cause de sa mort.

Puis il concourut à l'internat. Nommé au concours de 1873, il fut en fonctions de 1874 à 1877. Parmi ses maitres nous citerons Demarquay, Empis, Cadet de Gassicourt, Duguet et Lépine qui était alors médecin des hôpitaux de Paris, avant de devenir professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

Dès le temps de son internat, Balzer fut de ceux, rares alors, qui comprirent que la médecine ne devait plus s'étudier seulement par les moyens de l'exploration clinique pure et simple, mais que l'investigation du laboratoire devait y être nécessairement jointe. Et il travailla au laboratoire d'anatomie pathologique de Charcot, avec son ami Gombault. C'est là qu'il prépara sa thèse sur l'anatomie pathologique de la *Broncho-pneumonie*, thèse qu'il passa en 1878. Il fut également associé par Grancher à son enseignement dans le laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux, et, en 1877, il lui succéda comme directeur de ce labratoire. Il y fit des leçons suivies de nombreux élèves de 1877 à 1879.

A ce moment on lui offrit la place de médecin de l'ambassade de France à Madrid. Ce pouvait être le point de départ d'une grande situation médicale honorifique et rémunératrice dans la capitale de l'Espagne, mais qui comportait en même temps le renoncement à l'activité scientifique si brillamment commencée. Et celle-ci était bien plus en rapport avec les goûts de notre collègue. Aussi il ne resta que peu de temps en Espagne et revint bientôt à Paris reprendre ses travaux.

En 1880, le professeur Fournier l'associa à son enseignement en le faisant nommer chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Puis il se présenta au concours du Bureau central et très rapidement fut nommé médecin des Hôpitaux le 1er août 1881.

C'est l'année suivante que j'eus l'occasion, comme interne provisoire, d'être placé dans le service temporaire qu'il dirigeait dans les annexes de l'hôpital Saint-Louis. C'était un service énorme, encombré de malades gravement atteints et naturellement propice aux études anatomo-pathologiques. Sans doute fut-il touché de mon zèle à m'initier sous sa direction aux mystères de cette science, car il me témoigna une grande bienveillance et me conserva par la suite une confiante affection qui a duré jusque et au delà de sa mort.

Il resta d'ailleurs chef du laboratoire de la clinique de Saint-Louis jusqu'en 1885, ce qui me permit de le retrouver quand j'y vins cette année comme interne de Fournier et je devins alors son collaborateur.

A la fin de l'année 1885 il fut placé comme chef de service titulaire à l'hôpital de Lourcine, et ensuite à l'hôpital Ricord jusqu'en 1896. Enfin, depuis cette date jusqu'à l'époque de son passage à l'honorariat, il dirigea un service à l'hôpital Saint-Louis.

Dans ces services successifs, tous consacrés aux maladies vénériennes et cutanées, il ne cessa de pratiquer à la fois, et le traitement des malades, et l'enseignement des élèves.

Puis il tirait des faits soumis à son observation, et minutieusement étudiés grâce aux moyens que la connaissance des méthodes de laboratoire mettait à sa disposition, un nombre considérable de travaux et de publications dont nous parlerons ci-après.

Mais, pour être étudiés scientifiquement, ses malades n'en étaient pas moins soignés avec toute la bonté et le dévouement qui étaient les caractéristiques de sa nature et qu'il prodigua plus encore à l'époque des terribles épreuves de notre dernière guerre. Car non seulement il conserva jusqu'à la fin de celle-ci la direction de son service d'hôpital à Saint-Louis, alors que la limite d'âge eût imposé sa retraite au 1er janvier 1915, mais encore et à la demande de notre regretté collègue Gaucher, qui avait été nommé par l'autorité militaire médecin chef de l'hôpital Villemin, il accepta de donner dans cet hôpital les soins les plus dévoués aux malades qui y étaient placés. Besogne écrasante à son âge, et que cependant il supportait si vaillamment qu'elle ne semblait pas excéder ses forces.

Il paraissait en effet conserver une inaltérable jeunesse, et jusqu'à ces dernières années nous nous y trompions tous, et lui-même peut-être, car il continuait à ne se guere ménager, lorsque le mal, brusquement apparu au moment où vos suffrages lui conféraient cette suprême satisfaction d'être appelé à la vice-présidence de notre Compagnie, vint révéler d'une façon hélas trop apparente l'usure d'un organisme qui s'était dépensé sans compter. Et, peut-on dire avec justice, au service de l'humanité.

Pour compléter cette revue des phases successives de sa carrière, il me reste à mentionner les situations soit actives, soit honorifiques qu'il a occupées.

Membre de nombreuses sociétés savantes, il fut vice-président de la *Société anatomique* et de la *Société de Biologie*.

Président de la *Société médicale des Hôpitaux*, de la *Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, de la *Société de Prophylaxie sanitaire et morale*, membre de la *Société de Thérapeutique*, de la *Société de Médecine comparée*, des *Sociétés de Dermatologie et de Syphiligraphie de Vienne, d'Italie*, etc., c'est en 1908 qu'il fut élu membre de notre Compagnie.

Au physique, Balzer était de taille moyenne, d'aspect robuste, sa physionomie pleine de douceur présentait une singulière ressemblance avec celle de notre grand Pasteur. Et il était très heureux quand on le lui faisait remarquer. Mais il fut surtout heureux d'être placé sous l'égide de ce grand nom, quand, la maladie l'accablant, les successeurs et dignes continuateurs du grand Patron de la médecine l'accueillirent dans leur hôpital et par une délicate attention mirent à sa disposition la chambre même réservée aux membres de la famille Pasteur.

L'œuvre de Balzer est considérable et disséminée en d'innombrables notes, communications et mémoires, dans les comptes rendus des sociétés savantes ou les périodiques médicaux.

Aussi devrons-nous nous borner à en exposer l'orientation générale et les découvertes les plus saillantes.

Dans la première partie de sa carrière il s'est surtout adonné à l'étude scientifique de la médecine, suivant la tendance générale de l'Ecole française inaugurée par Bayle, Laennec et leurs émules par la méthode anatomo-clinique. Mais cette méthode a été rajeunie par l'emploi des procédés de laboratoire, et surtout par celui de l'investigation microscopique, et c'est à celle-ci qu'il s'adonne avec passion.

Sa thèse inaugurale, faite sous la direction et dans le laboratoire de Charcot, est consacrée à l'étude de l'anatomie pathologique de la *broncho-pneumonie*. Ce sont les lésions histologiques qui y sont particulièrement décrites. Et c'était à l'époque un sujet encore peu connu, singulièrement obscur, la notion de l'infection microbienne qui pour nous a si singulièrement éclairé ce problème n'existant pas encore, et cependant on doit lui savoir gré de nous avoir décrit les lésions dans leur subor-

dination successive presque comme s'il en pressentait la nature, puisque insistant sur le point de départ bronchique de l'affection il la définit : « une inflammation du poumon disséminée ou généralisée secondaire à une inflammation des bronches propagée par voie de continuité ou de contiguïté aux éléments du lobule... »

En élucidant la pathogénie et la vraie signification des diverses lésions de la broncho-pneumonie, cette thèse rendit un véritable service et pendant plusieurs années servit de base aux études sur ce sujet. D'ailleurs Balzer la compléta par une série de recherches entreprises sur les lésions accessoires et les diverses formes de l'affection (*état fœtal, hémorragies. scléroses, pneumonies pseudo-lobaires*, etc.).

Aussi en raison de la notoriété qu'il avait ainsi acquise en matière de pathologie du poumon, Jaccoud lui confia la rédaction d'une série d'articles de son grand Dictionnaire : *Broncho-pneumonie, Pneumonie chronique. Pneumokonioses, Embolie* et *Apoplexie pulmonaires*, dans lesquels les étudiants de ma génération ont puisé leur instruction et préparé les questions d'internat.

Je citerai encore ses recherches sur la *Pénétration des poussières dans le poumon après la trachéotomie* et l'appareil qu'il proposa pour éviter cet inconvénient. Et aussi le travail qu'il fit avec Gougenheim sur l'*Anatomie pathologique de la tuberculose laryngée et de la lésion désignée sous le nom d'œdème de la glotte chez les tuberculeux*, dans lequel se trouvait exposée cette constatation, alors nouvelle, que la lésion était en réalité causée par l'infiltration tuberculeuse des parois laryngées.

D'ailleurs, et dans cette période, que nous pouvons appeler anatomo-pathologique, de son activité scientifique, nous trouvons également à citer des travaux concernant les *affections du cœur* et *de l'aorte* et les affections de l'estomac. De ces derniers, la monographie qu'il a consacrée aux *Erosions hémorragiques* de l'estomac mérite d'être retenue, car elle constitue le premier travail d'ensemble publié dans notre pays sur cette question.

A la même époque il avait imaginé une *technique nouvelle pour la mise en évidence* et *l'étude du tissu élastique* à l'état normal et dans les états pathologiques. On ne connaissait pas encore les réactifs, tels que l'orcéine, qui nous permettent aujourd'hui si facilement de colorer électivement les fibres élastiques et leur étude était fort négligée. Grâce à son procédé de coloration à l'éosine, à l'alcool, suivi de l'emploi de la potasse à 40 p. 100 qui dissolvant les tissus, laisse les seules fibres élastiques colorées bien évidentes, il put étudier et décrire les réseaux élastiques de la peau, des glandes et notamment les *paniers élastiques* des glandes sébacées et des follicules pileux, enfin les rapports des fibres élastiques avec les appareils musculaires.

Et c'est grâce à ce procédé, appris dans son service, que j'ai pu, plus tar,d avec Troisier, mettre en évidence la lésion essentielle des vergetures, la rupture du tissu élastique de la peau qui avait passé inaperçue jusque-là faute de moyen de la constater.

Du reste Balzer en tira lui aussi parti pour d'autres recherches et d'autres démonstrations. C'est ainsi qu'on lui doit la description d'une forme particulière de tumeur de la peau, le *xanthome élastique*, dont les lésions démontrées par la méthode de coloration éosine et potasse se caractérisent par l'hypertrophie puis la fragmentation des fibres élastiques en amas plus ou moins volumineux et qui, repris par les cellules xanthélasmiques, leur donnent leur aspect spécial.

Il l'appliqua également à l'étude des dermatoses parasitaires, où cette méthode permet de mettre facilement les parasites en évidence, en les débarrassant des éléments épithéliaux qui les masquent. Et à ce propos, sans vouloir énumérer toutes ses recherches sur ce sujet, il convient de mentionner sa description du *tricophyton à grosses spores* par laquelle il préparait les si importants travaux de Sabouraud sur la distinction des différentes formes des tricophytons.

D'ailleurs et à mesure que se précisait son orientation vers la spécialité dermato-syphiligraphique, ses travaux anatomopathologiques étaient également plus particulièrement consacrés à l'étude des formes morbides en rapport. C'est ainsi que pendant plusieurs années il fit à la clinique du professeur Fournier des leçons sur les tumeurs de la peau, où il exposait nombre de faits nouveaux concernant les *myomes*, les *fibromes*, les *xanthomes*, la *dégénérescence colloïde*, les *sarcomatoses*, etc. Et j'insisterai plus particulièrement sur les *adénomes sébacés multiples*, ayant été associé à cette dernière étude, et qui constituait la première description de cette forme morbide.

Puis il étudie parallèment les affections vénériennes : la *blennorragie*, dont il s'est particulièrement attaché à établir le rôle d'infection générale, et se manifestant non seulement par diverses formes d'*albuminurie* et même de *néphrite*, mais quelquefois aussi par le *purpura*, par des *érythèmes*, etc. Cette série de recherches l'amena à se charger d'un rapport au *Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie* de 1900, sur les causes des infections généralisées dans la blennorragie.

Parmi ses études sur le chancre mou, il faut rappeler son procédé de diagnostic par la *recherche des fibres élastiques dans l'ulcération* ; sa mention de l'association *du bacille chancrelleux avec la symbiose fuso-spirillaire* de Vincent et son rôle dans la production des formes phagédéniques.

Et sur la syphilis, de ses très nombreuses publications, nous retiendrons seulement, comme plus particulièrement riches en faits nouveaux, celles concernant : les *macules atrophiques post-éruptives* et *les syphilides papuleuses atrophiantes* ; sur la *pathogénie de la syphilide pigmentaire* ; sur l'*érythème péri buccal récidivant secondo-tertiaire* ; sur l'*histologie des gommes de la peau* ; sur les *syphilides scléreuses et scléro-gommeuses* ; sur les *anévrismes miliaires du péricarde* ; sur la *broncho-pneumonie syphilitique des nouveau-nés*, la *syphilis pulmonaire*, l'*hémoglobinurie et la syphilis du rein*, etc., etc.

Tandis que la première phase de son activité scientifique était presque entièrement consacrée à des études anatomo-pathologiques, soit pures, soit venant compléter les constatations de l'observation clinique, peu à peu et en raison des nécessités de sa spécialisation définitive en dermato-syphiligraphie, Balzer se préocupa de plus en plus de travaux de thérapeutique, mais toujours en conservant le souci d'appuyer d'une étude complète, par les méthodes de laboratoire, l'emploi des agents, médicamenteux dont il utilisait l'activité.

En cette matière nous devons nous borner à quelques faits essentiels car le nombre des travaux qu'il a publiés soit seul, soit le plus souvent avec ses élèves, ou encore inspirés à ceux-ci (à tout le moins 40 à 50 thèses sont sorties de son service) est trop considérable pour que l'énumération en soit possible.

C'est particulièrement en ce qui concerne le traitement de la syphilis que nous devons rappeler qu'il fut des premiers en France à étudier et employer la méthode des *injections mercurielles* massives avec le calomel, l'oxyde jaune, l'huile grise. Il a d'emblée apporté un perfectionnement important à cette méthode en proposant comme véhicule la *vaseline liquide*, d'où une notable diminution dans la proportion des abcès consécutifs. Il en a précisé les indications, la technique, les dosages modérés et prudents, en même temps qu'il réglementait la durée des cures et les intervalles qui les doivent séparer.

Sur toute cette partie si importante du traitement de la syphilis, ses travaux sont longtemps demeurés classiques. C'est qu'il s'était basé sur l'étude comparative des préparations solubles et insolubles de mercure, et qu'il en avait déduit la marche à suivre dans l'emploi des diverses injections. C'est qu'il s'était éclairé par l'expérimentation sur les animaux, avec examen des foyers nécrotiques déterminés par les sels mercuriels et recherche *in situ* des transformations qu'ils subissent. C'est aussi que cliniquement il s'était renseigné sur l'élimination du mercure par l'urine, appliquant en somme à l'investigation thérapeutique la même discipline rigoureuse à laquelle son éducation anatomo-pathologique avait habitué son esprit. Tous ces travaux il les a réunis et commentés dans son *Rapport sur les injections mercurielles fait au VIIe Congrès de Médecine à Paris en* 1904.

Il faut également lui attribuer le mérite d'un initiateur en ce qui concerne l'emploi du bismuth. Il y préluda par une étude expérimentale, faite en 1889 avec le concours de son interne Mlle Klumpke, en étudiant minutieusement les effets chez les animaux ; et, à vrai dire, les accidents graves qu'il observa ne l'encouragèrent pas à en poursuivre l'application dans la thérapeutique humaine.

Enfin, avant le 606 d'Ehrlich, il avait conseillé l'emploi de la médication arsenicale dans le traitement de la syphilis; soit sous forme de cacodylate, soit encore d'hectine.

La plupart des travaux de Balzer ont été, comme nous venons de le voir, publiés en notes, mémoires et communications aux sociétés dont il faisait partie et ici même à l'Académie de Médecine.

Nous devons toutefois y ajouter la mention de deux ouvrages didactiques : son *Traité thérapeutique des maladies vénériennes*, paru chez Doin en 1894, et dont une deuxième édition suivit en 1897, et sa monographie sur les *Maladies vénériennes* publiée dans le *Traité de Médecine et de Thérapeutique* de Gilbert, et dont la première édition, parue en 1896, a été suivie de plusieurs autres toujours soigneusement tenues au courant de toutes les découvertes parues dans l'intervalle sur les sujets traités.

Comme on peut le voir par cette énumération, d'ailleurs très incomplète, des travaux de Balzer, ce fut toute sa vie un grand

travailleur. C'était aussi un homme excellent, cordial, affable, toujours prêt à rendre service, dévoué à ses malades, à ses élèves, à ses amis. Très assidu aux séances de notre Compagnie, il était accueilli de tous avec une sympathie déférente et nous avions été heureux de pouvoir lui témoigner en l'élisant unanimement à la vice-présidence.

Nous ne l'y vîmes malheureusement siéger que deux fois. Un mal cruel venait inopinément de l'atteindre, et ne se faisant pas d'illusion sur sa gravité, il tint malgré nos instances à donner sa démission.

Puis, les épreuves se précipitèrent ; il dut subir l'amputation de la cuisse et pendant deux ans, avec des alternatives d'espoir et de déceptions, nous l'avons vu supportant néanmoins avec courage les maux qui l'accablaient, et retrouvant malgré tout son bon sourire et la parole affectueuse pour accueillir les nombreux amis qui venaient le voir à l'hôpital Pasteur. C'est là qu'il avait trouvé l'asile cordial et les soins attentifs qui ont si heureusement adouci la tristesse de ses derniers jours.

Par un dernier souci de médecin scrupuleux qu'il avait été toute sa vie, il désira que son autopsie fût pratiquée disant que peut-être y trouverait-on quelque instruction permettant de donner soulagement à ceux qui par la suite seraient atteints du même mal, et demandant en outre que le procès-verbal en fût déposé dans les archives de l'Académie. Nous nous sommes conformés à ses dernières volontés, et si à vrai dire l'examen auquel nous nous sommes livré, ne nous a rien révélé qui ne fût prévu par l'observation clinique, du moins le motif qui l'avait inspiré prouve une fois de plus la haute idée qu'il se faisait de la conscience professionnelle du médecin, offrant son corps à l'étude quand il ne peut plus la pratiquer luimême.

Et ainsi se complète l'image de haute probité intellectuelle, de labeur persévérant et fructueux, et de cordiale bonté que je conserverai de mon vieux maître, que nous conserverons tous de notre regretté collègue. (*Applaudissements.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1929 (*suite*).

Recherches thérapeutiques sur le psoriasis. Sa cure bismutho arsénopyridinique. — MM. ***Jausion***, ***Debucquet*** et ***Pecker*** apportent à l'Académie le complément de leurs travaux sur la chimiothérapie bismutho-arséno-pyridinique du psoriasis. Leurs premiers essais de blanchiment avaient été exposés à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie en novembre 1927.

Les auteurs rappellent brièvement leurs recherches infructueuses au cours de quatre années durant lesquelles ils tentèrent successivement :

Biothérapie par les cultures de ferment lactiques à hautes doses et lysats de ces cultures,

Opothérapie,

Physiothérapie avec les huiles cholestérinées irradiées et les ultrats-violets après luminosensibilisation.

Seule, la chimiothérapie devait leur réserver des résultats heureux, avec l'émétique arsenical de pyridine. Cet arsenical pentavalent, issu du laboratoire de chimie du Val-de-Grâce, joint aux propriétés du métalloïde l'avantage du support émétique et l'action végétotrope et sédative de la pyridine. Son mélange avec l'oxydiéthylo-dicarboxy-diimino-isobutyrate de bismuth aboutit à un produit limpide et stable susceptible d'être injecté par voie veineuse et tous les deux jours. La cure doit être poursuivie jusqu'à concurrence de 30 injections. Elle peut aussi être assurée par voie intramusculaire.

Cette préparation ne souffre que peu d'intolérance et ne cause qu'exceptionnellement des incidents bénins (algie maxillaire, chasse diarrhéique).

Les auteurs insistent sur la grande efficacité du produit dans le psoriasis arthropathique.

En raison du cousinage fréquemment allégué des psoriasiques et des diabétiques, ils ont ainsi traité trois malades atteints de diabète léger et les ont rendu aglycosuriques. Deux cas de diabète acétonémique n'ont été, par contre, aucunement influencés.

Le complexe bismutho-arsénico-pyridinique est également très efficace dans les parakératoses psoriasiformes au nombre desquelles l'eczéma séborréique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril 1929.

Pseudarthrose de la clavicule. — M. ***Mouchet*** rapporte une observation de M. ***Jean Madier***. La pseudarthrose avait déjà été traitée par une ostéosynthèse au fil métallique et par une autre avec une plaque de Lambotte. Echecs.

M. Madier est intervenu en deux temps : d'abord fixation de l'omoplate au fil de bronze pour rétablir la longueur de la clavicule, puis greffe rigide double, ostéopériostique. Guérison.

M. ***Dujarier*** aurait préféré rétablir la clavicule dans sa longueur par une plaque de Shermann et y joindre la greffe.

Prothèse externe dans les fractures. — M. ***Alglave*** rapporte un travail de M. ***Charbonnel*** (de Bordeaux) 22 cas de fractures de l'humérus, de fémur, de la jambe ont été ainsi traités. M. C. utilise aussi le fixateur externe dans les pseudarthroses après avivement minutieux, avec ou sans greffe.

D'ailleurs, l'auteur emploie moins aujourd'hui la prothèse externe dont il a pu voir les inconvénients.

M. ***Picot*** n'en est pas partisan : il maintient mal et se complique souvent d'ostéite.

M. ***Fredet*** croit qu'il faut réserver le fixateur aux cas où la synthèse directe n'est pas possible (état de la peau).

Rupture du pancréas. — M. ***Maisonnet*** analyse une observation de MM. ***Paître*** et ***Courboulès*** (de l'Armée). Ils ont opéré, 12 jours après l'accident. Ils ont trouvé un pseudokyste hépatique qu'ils ont tamponné. La fistule qui a fait suite a guéri spontanément.

Tumeurs des doigts. — M. ***Cunéo*** rapporte deux observations de M. ***Michon*** (de Paris). Dans la première, il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes du 2e métacarpien. Curettage et greffe ostéopériostique. Guérison.

Le 2e cas concerne un enchondrome de la 2e phalange de l'annulaire.

Même intervention, même résultat.

M. Cunéo insiste sur le pointillé osseux que l'on voit sur les radiographies d'enchondromes.

M. ***Lenormant*** croit qu'il y a deux types d'enchondromes : les enchondromes multiples des métacarpiens et des doigts, bénins, et les enchondromes des os plats qui sont malins.

M. ***Cunéo***, M. ***Mathieu*** sont bien de cet avis.

Abcès pulmonaires et interlobaires. — M. ***Lefort*** montre que le chirurgien doit repérer l'abcès radiographiquement luimême. Après résection costale, fixation pleuro-pulmonaire, il fait une incision au thermomètre dans l'aire pulmonaire délimitée. Si le pus ne s'écoule pas, placer un drain et le pus s'écoule spontanément en 24 heures. Sérothérapie complémentaire locale et générale.

Médiastotomie. — M. ***Lefort***, dans un cas de tumeur du médiastin comprimant la veine cave supérieure a fait une médiastotomie décompressive qui a amené une véritable résurrection.

G. Menegaux.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Sur l'otite sèche rhumatismale,

Par le Dr **Maurice BOUCHET**,
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.

Ce malade, qui s'est présenté ce matin à la consultation, se plaint de son oreille depuis de nombreuses années déjà.

A 55 ans, il a un passé auriculaire qui semble remonter à une vingtaine d'années.

Aujourd'hui, il vient se plaindre non plus de surdité et de bourdonnements, phénomènes auxquels il est malheureusement habitué depuis longtemps, mais de petites crises de vertige larvé qui l'inquiètent beaucoup.

Depuis quelque temps, en effet, sa surdité s'est aggravée, elle est devenue par instant douloureuse, ses bourdonnements se sont exagérés et surtout au milieu du bruit.

Nous reconnaissons là, la triade symptomatique qui annonce la phase labyrinthique de ces otites, qu'on connait sous le nom de triade de « Lucae ».

Si nous examinons ses tympans, nous constatons du côté droit un tympan gris, épais, dont l'opacité voile les contours habituellement si nets du manche du marteau ; du côté gauche, même coloration, même épaississement, avec un cerne blanchâtre qui semble doubler l'anneau tympanal.

Examinons son audition et nous trouvons :

1° — Un rétrécissement du champ auditif des deux côtés, haut et bas.

2° — Le 128 est à peine perçu, aussi bien par voie aérienne que par voie osseuse, le Rinné est indifférent, le Weber se latéralise à gauche, oreille qui entend moins bien la voix que la droite, qui par conséquent est la plus mauvaise.

Un examen rapide du labyrinthe, borné à l'épreuve de Kobrak et au Babinsky ne décèle aucun trouble important de l'appareil vestibulaire.

Le diagnostic qui s'impose est celui d'otite sèche, c'est un cadre où il faut faire entrer avec LERMOYEZ, « tout un groupe de lésions, ayant pour caractère commun la trans formation fibreuse du revêtement de l'oreille interne, sclérose banale et progressive dont l'immobilisation des osselets est le terme ».

Quelle fut chez notre malade la cause de cette otite sèche ?

On sait que le plus souvent l'otite sèche est la rançon d'un catarrhe tubo-tympanique prolongé et dû lui-même à de multiples lésions rhino-pharyngées, végétations adénoïdes, queues de cornet et sinusite postérieure.

Chez notre malade ,on ne retrouve que très peu d'incidents rhino-pharyngés, par contre son passé d'arthritique nous parait lourdement chargé.

A 33 ans, première crise de colique néphrétique.

A 35 ans sciatique prolongée, qui eut par la suite une ou deux rechutes.

A 38 ans ,deuxième colique néphrétique.

Actuellement le malade a eu en tout cinq ou six coliques néphrétiques, il a toujours des douleurs dans les reins et se plaint à chaque instant de mialgie à siège variable.

Nous sommes donc en droit de considérer son otite sèche comme en relation avec la diathèse rhumatismale.

Nous pouvons le rassurer sur ses vertiges, ils resteront probablement bénins.

Quant à sa surdité, il est probable qu'elle s'accroîtra encore, mais il est probable aussi qu'elle ne deviendra jamais absolu.

Nous ne proposerons à ce malade aucun traitement local.

Nous demanderons à son médecin de lui faire un traitement à base de soufre, qui nous paraît donner dans ces cas les meilleurs résultats.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

La Corse, Pays des Belles excursions, à 24 heures de Paris, par les traversées de jour au départ de Nice.

Pour se rendre en Corse, la traversée la plus courte se fait par Nice.

Les horaires d'été de la Compagnie Fraissinet sont établis de telle sorte que l'« Ile de Beauté » n'est réellement qu'à 24 heures de Paris.

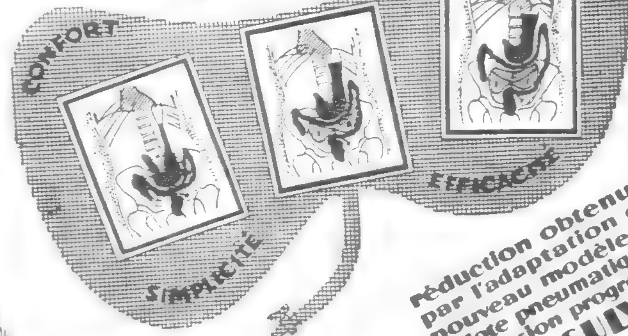
En effet, le voyageur partant de la capitale le lundi ou le vendredi à 17 h. 28, par le rapide 15 (lits-salons, couchettes, wagons-lits de 2e cl., places de 1re et 2e cl., wagon-restaurant) arrive le lendemain en gare de Nice à 10 h. 30 ; il y trouve un autobus qui le conduit, avec ses bagages au port d'où le paquebot levant l'ancre à midi, le dépose le soir à 19 h. en Corse, le mardi à Ile Rousse, le samedi à Calvi.

Le départ du paquebot pour la Corse le dimanche a lieu à 11 h. jusqu'au 15 mai, arrivée à Bastia à 20 h. Du 15 mai au 31 août, le paquebot quitte Nice à 12 h. pour accoster à Bastia à 21 h.

Une traversée de jour a également lieu le vendredi. Départ de Nice à 9 h., arrivée à Ajaccio à 18 h. 25.

Il est, au demeurant, aussi facile d'excursionner en Corse que de s'y rendre. D'Ajaccio, Bastia, Corte, Calvi, Ile Rousse, les cars P. L. M. permettent de visiter les sites les plus réputés de l'île, Calanques de Piana, golfe de Porto, falaises de Bonifacio, col de Bavella, marine de Porto-Vecchio, cap Corse, la Castagniccia, défilé de Inzecca, etc.

Les principales gares P. L. M. délivrent des billets directs avec enregistrement direct des bagages pour les ports d'Ajaccio, Bastia, Calvi et Ile Rousse, les gares de Corte, Ghisonaccia et Vizzavona.



ACTUALITÉS

Règlement de l'agrégation des Facultés de Médecine

Arrêté du 6 avril 1929.

Section de l'agrégation. — Art. 1er. — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie se subdivise en sections, savoir : 1° anatomie ; 2° histologie ; 3° bactériologie ; 4° histoire naturelle médicale et parasitologie ; 5° physiologie ; 6° chimie médicale ; 7° physique médicale ; 8° pharmacologie et matière médicale ; 9° pathologie expérimentale ; 10° médecine générale ; 11° anatomie pathologique ; 12° hygiène ; 13° médecine légale ; 14° neurologie et psychiatrie ; 15° dermatologie et syphiligraphie ; 16° chirurgie générale ; 17° ophtalmologie ; 18° oto-rhino-laryngologie ; 19° urologie ; 20° obstétrique ; 21° histoire naturelle pharmaceutique ; 22° pharmacie ; 23° chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Ouverture des concours. — *Conditions d'inscription.* — Art. 2. — Les épreuves qui conduisent à la nomination des agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont réparties en deux séries indépendantes : 1° concours du premier degré ; 2° concours du second degré.

Ces deux séries d'épreuves sont subies devant deux jurys distincts.

Art. 3. — L'arrêté d'ouverture des épreuves du concours du premier degré fixe le nombre des candidats qui, pour l'ensemble des facultés, peuvent être déclarés admis dans chaque catégorie.

Le nombre d'emplois d'agrégés mis au concours du second degré pour chaque section est arrêté par le ministre, d'après les besoins des établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat, sur la proposition des facultés, et après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public (commission des sciences médicales et de la pharmacie).

Art. 4. — Les concours du premier et du second degré ont lieu aux dates fixées par le ministre ; ils sont annoncés par un avis inséré au *Journal officiel*, six mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

Les concours du second degré ont lieu tous les trois ans. Ils sont limités aux sections pour lesquelles il est prévu des vacances. Les concours du premier degré ont lieu chacune des deux autres années.

Art. 5. — Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies quatre mois avant la date fixée pour les deux épreuves. Ils restent ouverts pendant deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne, lorsqu'il s'agit du concours du premier degré, la catégorie ou les catégories pour lesquelles il s'inscrit ; lorsqu'il s'agit du concours du second degré, la section ou les sections et, s'il y a lieu, la faculté ou les facultés pour lesquelles il se présente.

Art. 6. — Nul n'est admis à s'inscrire aux épreuves des concours du premier degré s'il n'est Français ou naturalisé Français, s'il ne jouit de ses droits civils et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

Toutefois, pour la division de pharmacie, catégorie L : histoire naturelle pharmaceutique ; catégorie M : pharmacie ; catégorie N : chimie générale pharmaceutique et toxicologie, les candidats doivent justifier soit du diplôme supérieur de pharmacien, soit du diplôme d'Etat de pharmacien et du grade de docteur en médecine, soit du diplôme d'Etat de pharmacien et du grade de docteur ès-sciences.

Art. 7. — Pour prendre part aux épreuves du concours du second degré, il faut avoir été admis à un des concours du premier degré, dans les conditions prévues par l'article 16 ci-après.

Art. 8. — Les candidats aux épreuves du second degré fournissent la justification officielle de leurs titres et de leurs services, donnent l'indication de leurs travaux et déposent un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

Art. 9. — La liste des candidats admis à prendre part à chaque concours du premier et du second degré est arrêtée par le ministre, après avis de la faculté et du recteur de l'académie de leur résidence.

Concours du premier degré. — Art. 10. — Les épreuves du concours du premier degré consistent en deux compositions écrites.

Art. 11. — Les candidats choisissent entre les divisions et catégories ci-après :

1re DIVISION. — *Biologie.*

Catégorie A. — Anatomie : une composition sur une question d'anatomie macroscopique et une composition sur une question d'histologie et d'organogénèse.

Catégorie B. — Histologie : une composition sur une question d'histologie et une composition sur une question d'embryologie générale.

Catégorie C. — Histoire naturelle médicale et parasitologie : une composition sur une question d'histoire naturelle médicale et une composition sur une question de parasitologie.

Catégorie D. — Bactériologie : une composition sur une question de pathologie infectieuse ou épidémiologie et une composition sur une question de microbiologie.

Catégorie E. — Anatomie pathologique : une composition de pathologie générale et une composition d'anatomie pathologique générale ou spéciale.

Catégorie F. — Physiologie : deux compositions sur la physiologie.

Catégorie G. — Chimie : une composition sur une question de chimie générale et une composition sur une question de chimie médicale.

Catégorie H. — Physique : une composition sur une question de physique générale et une composition sur une question de physique médicale.

2e DIVISION. — *Médecine générale.*

Catégorie I. — Médecine générale : une composition sur la pathologie générale et une composition sur la pathologie médicale.

3e DIVISION. — *Chirurgie et obstétrique.*

Catégorie J. — Chirurgie : une composition sur la pathologie chirurgicale générale et une composition sur la pathologie chirurgicale.

Catégorie K. — Obstétrique : deux compositions sur l'obstétrique.

4e DIVISION. — *Pharmacie.*

Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique : une composition sur une question d'histoire naturelle et une composition sur une question de matière médicale.

Catégorie M. — Pharmacie : une composition sur une question de pharmacie chimique et une composition sur une question de pharmacie galénique.

Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie : une composition de chimie générale avec application à la pharmacie et une composition de toxicologie.

Art. 12. — Pour chaque composition, les questions à traiter sont tirées au sort parmi trois sujets proposés par le jury de chaque catégorie. Il est procédé à ce tirage au sort par une commission de trois membres désignés par le ministre et comprenant un représentant du ministre, le doyen de la faculté de médecine de Paris ou, à défaut, un professeur de cette faculté, et un professeur ou agrégé des facultés des départements.

Art. 13. — Les compositions ont lieu au siège de chaque faculté. Chaque composition doit être faite dans une séance particulière de quatre heures. Elle a lieu dans une salle fermée. Les candidats ne peuvent s'aider d'aucune note, ni d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. Toute communication est interdite. La surveillance est organisée et contrôlée par le recteur. Les copies doivent être anonymes.

Art. 14. — Toutes les copies sont corrigées successivement par chaque juge et notées de 0 à 20. Les notes définitives sont données par délibération du jury.

Art. 15. — Nul candidat ne peut être déclaré admis s'il n'a obtenu pour l'ensemble des compositions écrites un total de points au moins égal à 30.

Le nombre des candidats admis ne peut être supérieur au nombre prévu par l'arrêté d'ouverture du concours. Il peut être inférieur si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

Les notes des candidats admis sont rendues publiques.

Il n'est délivré ni diplôme, ni certificat constatant l'admission à la suite des épreuves du concours du premier degré.

Art. 16. — Les épreuves du concours du premier degré donnent accès aux épreuves du concours du second degré, suivant le tableau ci-après :

CATÉGORIE A. — *Anatomie.*

A la section 1. Anatomie (1).

CATÉGORIE B. — *Histologie.*

Aux sections 2. Histologie et 11. Anatomie pathologique.

CATÉGORIE C. — *Histoire naturelle médicale et parasitologie.*

Aux sections 3. Bactériologie ; 4. Histoire naturelle médicale et parasitologie et 12. Hygiène.

CATÉGORIE D. — *Bactériologie.*

Aux sections 3. Bactériologie ; 9. Pathologie expérimentale et 12. Hygiène.

CATÉGORIE E. — *Anatomie pathologique.*

A la section 11 Anatomie pathologique.

CATÉGORIE F. — *Physiologie.*

Aux sections 5. Physiologie ; 8. Pharmacologie et matière médicale et 9. Pathologie expérimentale.

(1) Les candidats reçus avant 1927 à la première épreuve de l'examen d'agrégation, 1re division, catégorie A (anatomie) auront exceptionnellement accès dans les deux prochains concours, aux épreuves du concours du second degré, section 11 (anatomie pathologique.)

Catégorie G. — *Chimie.*

Aux sections 5. Physiologie ; 6. Chimie médicale ; 8. Pharmacologie et matière médicale et 22. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Catégorie H. — *Physique.*

Aux sections 5. Physiologie et 7. Physique médicale.

Catégorie I. — *Médecine générale.*

Aux sections 3. Bactériologie ; 9. Pathologie expérimentale ; 10. Médecine générale ; 11. Anatomie pathologique ; 12. Hygiène ; 13. Médecine légale ; 14. Neurologie et psychiatrie ; 15. Dermatologie et syphiligraphie ; 17. Ophtalmologie et 18. Oto-rhino-laryngologie.

Catégorie J. — *Chirurgie.*

Aux sections 16. Chirurgie générale ; 17. Ophtalmologie ; 18. Oto-rhino-laryngologie et 19. Urologie.

Catégorie K. — *Obstétrique.*

A la section 20. Obstétrique.

Catégorie L. — *Histoire naturelle pharmaceutique.*

Aux sections 8. Pharmacologie et matière médicale et 21. Histoire naturelle pharmaceutique.

Catégorie M. — *Pharmacie.*

Aux sections 8. Pharmacologie et matière médicale ; 22. Pharmacie et 23. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Catégorie N. — *Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.*

Aux sections 22. Pharmacie et 23. Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Art. 17. — Les candidats admis ne peuvent se présenter qu'aux concours de trois sessions du second degré.

Concours du second degré. — Art. 18. — Les épreuves du concours du second degré ont lieu à Paris ; elles comprennent :

1° Une épreuve de titres consistant en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels ; la durée de cet exposé ne doit pas dépasser une demi-heure ;

2° Une leçon orale de trois quarts d'heure faite après vingt-quatre heures de préparation libre sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat concourt ;

3° *a*) Dans les sections suivantes une épreuve pratique suivie d'une leçon : 1° anatomie ; 2° histologie ; 3° bactériologie ; 4° histoire naturelle médicale et parasitologie ; 5° physiologie ; 6° chimie médicale ; 7° physique médicale ; 8° pharmacologie et matière médicale ; 9° pathologie expérimentale ; 11° anatomie pathologique ; 12° hygiène ; 13° médecine légale ; 21° histoire naturelle pharmaceutique ; 22° pharmacie ; 23° chimie générale pharmaceutique et toxicologie ;

b) Dans les sections ci-après, une épreuve clinique également suivie d'une leçon : 10° médecine ; 14° neurologie et psychiatrie ; 15° dermatologie et syphiligraphie ; 16° chirurgie générale ; 17° ophtalmologie ; 18° oto-rhino-laryngologie ; 19° urologie ; 20° obstétrique.

Les conditions de préparation et de durée de ces épreuves sont déterminées par chaque jury.

Art. 19. — Dès la première séance, et même si le jury n'est pas constitué définitivement, le président fait un appel de tous les candidats. Chaque candidat écrit lui-même sur un registre son nom et son adresse. Le registre est clos aussitôt après le par président.

Tout candidat qui ne s'est pas présenté à cette séance est exclu du concours.

Art. 20. — Les candidats sont tenus, sous peine d'exclusion, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués et dans l'ordre déterminé par le tirage au sort. Aucune excuse n'est reçue si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 21. — Chacune des épreuves est notée par le jury de 0 à 20, après délibération consignée au procès-verbal.

A la fin de chaque série d'épreuves, les notes attribuées aux candidats sont publiées par voie d'affiche.

Art. 22. — L'établissement des listes d'admissibilité et d'admission prévues ci-après a lieu par la voie du scrutin secret. Il est ouvert un scrutin pour chaque candidat à inscrire sur ces listes.

Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas la majorité absolue, il est procédé à un troisième tour où la majorité relative suffit. Dans ce dernier scrutin, la voix du président, en cas de partage, est prépondérante.

Art. 23. — Si le nombre des candidats est suffisant, il est établi après la leçon orale d'après les notes des deux premières épreuves, une liste d'admissibilité qui doit comprendre un nombre d'admissibles égal au double du nombre des emplois mis au concours.

Art. 24. — A la fin des épreuves, la liste des candidats admis est arrêtée par le jury. Elle est soumise pour ratification au ministre. Elle est dressée par ordre de mérite. Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a d'emplois mis au concours, mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

Art. 25. — Un délai de dix jours est accordé à tout candidat qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes proscrites.

Si le pourvoi est admis, il est procédé entre les mêmes candidats à un nouveau concours dont l'époque est fixée par le ministre.

Art. 26. — Il est dressé une liste unique pour chacune des secctions suivantes : 1° anatomie ; 2° histologie ; 3° bactériologie ; 4° histoire naturelle médicale et parasitologie ; 5° physiologie ; 6° chimie médicale ; 7° physique médicale ; 8° pharmacologie et matière médicale ; 9° pathologie expérimentale ; 11° anatomie pathologique ; 12° hy-

giène ; 13° médecine légale ; 21° histoire naturelle pharmaceutique ; 22° pharmacie ; 23° chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Les candidats portés sur cette liste unique choisissent, suivant leur rang d'admission, la faculté à laquelle ils seront attachés parmi celles où des emplois de leur section ont été mis au concours.

Pour chacune des autres sections il est dressé une liste d'admission pour chaque faculté.

Art. 27. — Les agrégés sont nommés pour 9 ans par le ministre.

Tout agrégé qui, à la date fixée, ne s'est pas rendu au poste auquel il a été appelé, ou qui l'abandonne sans autorisation du ministre, perd son titre d'agrégé et les droits qui y sont attachés.

Art. 28. — Le candidat à l'agrégation qui ayant été nommé à un emploi n'aurait pas accepté cet emploi, conserve le droit de se représenter aux concours de la même section, sous réserve des dispositions de l'article 17 ci-dessus.

Les agrégés ayant été en exercice, quelle qu'ait été la durée de l'exercice, ne peuvent se représenter au concours d'agrégation que dans une section autre que celle dans laquelle ils ont été nommés.

Les agrégés ayant été en exercice dans la section de « bactériologie et hygiène » ne pourront pas se présenter aux concours ouverts sous le présent régime pour les sections : 3e bactériologie ; 12e hygiène.

Les agrégés ayant été en exercice dans la section de « pharmacie et histoire naturelle » ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour les sections : 21e histoire naturelle pharmaceutique ; 22e pharmacie.

Les agrégés ayant été en exercice pour la section de « pharmacologie » ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour la section 8e pharmacologie et matière médicale.

Les agrégés ayant été en exercice pour la section de « médecine expérimentale » ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour la section 9e pathologie expérimentale.

Jurys. — Art. 29. — Les juges des concours d'agrégation du premier et du second degré sont tirés au sort parmi les professeurs titulaires et les professeurs sans chaire présentés par les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, suivant les dispositions déterminées par un arrêté pris après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique.

Toutefois, pour les concours des trois catégories de la division de pharmacie (1er degré) et pour les concours des sections de pharmacologie et matière médicale d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie et de chimie générale pharmaceutique et toxicologie (2e degré), les juges sont tirés au sort parmi les professeurs de pharmacologie présentés par les facultés de médecine et parmi les professeurs de pharmacie, de matière médicale, de chimie, de physique, d'histoire naturelle, de botanique et de zoologie présentés par les facultés mixtes de médecine et de pharmacie et par des facultés de pharmacie.

Art. 30. — Le ministre constitue les jurys en se conformant aux résultats du tirage au sort, ainsi qu'aux prescriptions des articles ci-après. Il en désigne le président.

Art. 31. — Pour chaque concours du 1er degré, le nombre des juges est de 3. Toutefois, pour les catégories de médecine générale et de chirurgie, il est de 5.

Pour chaque concours du second degré, le nombre des juges est de 5, 7, 9 ou 11, suivant les dispositions de l'article 41 du présent décret.

Art. 32. — Ne peuvent siéger dans un même jury deux parents ou alliés, jusqu'au degré de cousin germain inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié, jusqu'au même degré, d'un des candidats.

Art. 33. — En cas de défaillance, ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète à sa première séance en faisant appel à des juges suppléants tirés au sort parmi les agrégés dans les mêmes conditions et en même nombre que les juges titulaires. A chaque juge titulaire correspond un juge suppléant du même ordre d'enseignement et pris dans le même cadre (cadre de Paris, cadre des départements).

Art. 34. — Aucune faculté des départements ne peut être représentée dans un jury par plus d'un juge.

Toutefois cette disposition ne s'applique pas dans le cas où un ou plusieurs juges titutaires étant récusés ou empêchés, il y a lieu, de les remplacer par un ou plusieurs juges suppléants.

Art. 35. — Un juge peut faire partie simultanément ou successivement de plusieurs jurys des concours du 1er et du 2e degré.

Art. 36. — Cesse de faire partie du jury tout membre qui n'a pas assisté à toutes les épreuves du concours.

Art. 37. — Les juges suppléants ne sont pas tenus d'assister à la séance où le jury se constitue.

Le président du jury convoque par télégramme ceux qui sont appelés à siéger. Il renvoie la suite de la première séance au jour où le ou les juges suppléants sont présents.

Art. 38. — La direction et la police du concours appartiennent au président qui désigne, de concert avec les membres du jury les sujets de composition, de leçons et d'épreuves cliniques ou pratiques destinés à être tirés au sort par les candidats.

Art. 39. — Les jugements des jurys sont valablement rendus : par trois membres, quand ils sont composés de cinq juges ; par quatre quand ils sont composés de sept ; par cinq, quand ils sont composés de neuf ; par sept, quand ils sont composés de onze.

Art. 40. — Pour chaque catégorie du concours du 1er degré, les jurys doivent comprendre obligatoirement un spécialiste pour cha-

que matière faisant l'objet d'une composition. Les jurys de trois membres doivent comprendre un juge de la faculté de médecine de Paris et deux juges des facultés des départements ; ceux de cinq membres, deux juges de la faculté de Paris et trois juges des facultés des départements.

Art. 41. — Les jurys des diverses sections du concours du second degré sont choisis conformément au tableau ci-après :

Anatomie. — Histologie.
(7 membres du jury.)

Faculté de Paris :
1 professeur d'anatomie.
1 professeur d'anatomie médico-chirurgicale.
1 professeur d'histologie.

Facultés des départements :
2 professeurs d'anatomie ou d'anatomie descriptive.
2 professeurs d'histologie ou d'histologie normale ou d'anatomie générale et histologie.

Bactériologie, histoire naturelle médicale et parasitologie. — Hygiène.
(7 membres du jury).

Faculté de Paris :
1 professeur de bactériologie.
1 professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie.
1 professeur d'hygiène.

Facultés des départements :
1 professeur de bactériologie et de microbiologie.
2 professeurs d'hygiène ou d'hygiène et de bactériologie.
1 professeur de parasitologie et d'histoire naturelle médicale, ou de zoologie médicale, ou d'histoire naturelle médicale.

Physiologie. — Pathologie expérimentale.
(7 membres du jury).

Faculté de Paris :
1 professeur de physiologie.
1 professeur de pathologie expérimentale et comparée.
1 professeur de physique médicale.

Facultés des départements :
3 professeurs de physiologie.
1 professeur de chimie médicale.

Chimie médicale. — Physique médicale.
(7 membres du jury).

Faculté de Paris :
1 professeur de chimie.
1 professeur de physique médicale.
1 professeur de physiologie ou de pharmacologie.

Facultés des départements :
2 professeurs de physique médicale.
2 professeurs de chimie médicale, ou de chimie biologique, ou de chimie organique ou de chimie minérale.

Pharmacologie et matière médicale.
(5 membres du jury).

Faculté de Paris :
1 professeur de pharmacologie.
1 professeur de chimie.

Faculté des départements :
1 professeur de pharmacologie ou de matière médicale.
1 professeur de chimie ou de toxicologie.
1 professeur de physiologie.

Médecine générale.
(11 membres du jury).

Faculté de Paris :
2 professeurs choisis parmi les professeurs de clinique générale (y compris la clinique thérapeutique et la clinique propédeutique) et de pathologie interne.
2 professeurs de cliniques spéciales.
1 professeur choisi parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie expérimentale et comparée, d'anatomie pathologique, de thérapeutique, d'hygiène, de bactériologie, d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

Facultés des départements :
3 professeurs de clinique générale ou de pathologie interne.
2 professeurs de cliniques spéciales.
1 professeur de thérapeutique ou de pathologie générale.

Anatomie pathologique.
(5 membres du jury).

Faculté de Paris :
1 professeur d'anatomie pathologique.

1 professeur de bactériologie.

Facultés des départements :

3 professeurs d'anatomie pathologique.

Médecine légale.

(5 membres du jury).

Faculté de Paris :

1 professeur de clinique des maladies mentales.
1 professeur de médecine légale.

Facultés des départements :

2 professeurs de médecine légale.
1 professeur de clinique médicale.

Neurologie et psychiatrie.

(5 membres du jury).

Faculté de Paris :

1 professeur de clinique des maladies mentales.
1 professeur des maladies nerveuses.

Facultés des départements :

3 professeurs de clinique des maladies mentales, ou des maladies nerveuses.

Dermatologie et syphiligraphie.

(5 membres du jury).

Faculté de Paris :

1 professeur des maladies cutanées et syphilitiques.
1 professeur de clinique médicale.

Facultés des départements :

3 professeurs de dermatologie ou de syphiligraphie.

Chirurgie générale.

(9 membres du jury).

Faculté de Paris :

4 professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de clinique chirurgicale thérapeutique, d'anatomie médico-chirurgicale, de pathologie externe ou d'opérations et appareils.

Facultés des départements :

5 professeurs de clinique chirurgicale, de pathologie externe ou de médecine opératoire.

Ophtalmologie.

(5 membres du jury).

Faculté de Paris :

1 professeur de clinique ophtalmologique.
1 professeur de physique.

Facultés des départements :

2 professeurs de clinique ophtalmologique.
1 professeur de pathologie externe ou de clinique chirurgicale.

Oto-rhino-laryngologie.

(5 membres du jury).

Faculté de Paris :

1 professeur d'oto-rhino-laryngologie.
1 professeur de clinique médicale ou de clinique chirurgicale.

Facultés des départements :

2 professeurs d'oto-rhino-laryngologie.
1 professeur de clinique médicale ou chirurgicale (un professeur de clinique médicale si le professeur de la faculté de Paris est un professeur de clinique chirurgicale. Un profess ur de clinique chirurgicale si le professeur de la faculté de Paris est un professeur de clinique médicale).

Urologie.

(5 membres du jury).

Faculté de Paris :

1 professeur de clinique urologique.
1 professeur de pathologie externe ou de clinique chirurgicale.

Facultés des départements :

2 professeurs d'urologie ou de clinique des maladies des voie urinaires.
1 professeur de pathologie interne ou de clinique médicale.

Obstétrique.

(7 membres du jury).

Faculté de Paris :

2 professeurs de clinique obstétricale.
1 professeur de clinique gynécologique ou d'hygiène et clinique de la première enfance.

Facultés des départements :

3 professeurs de clinique obstétricale ou d'accouchements.
1 professeur d'hygiène et clinique de la première enfance, ou de clinique gynécologique, ou de pédiatrie et de clinique infantile

Historie naturelle pharmaceutique.

(5 membres du jury).

Faculté de pharmacie de Paris :

1 professeur d'histoire naturelle pharmaceutique.

Facultés de pharmacie des départements :

1 professeur de matière médicale.

Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des départements :

2 professeurs d'histoire naturelle pharmaceutique.
1 professeur de matière médicale.

Pharmacie, chimie générale pharmaceutique et toxicologie.
(5 membres du jury).

Faculté de pharmacie de Paris :
1 professeur de pharmacie.
Facultés de pharmacie des départements :
1 professeur de chimie ou de toxicologie.
Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des départements :
1 professeur de pharmacie.
1 professeur de chimie.
1 professeur de toxicologie.

Art. 42. — Tout professeur titulaire ou professeur sans chaire dont l'enseignement ne correspond à aucune des spécialités ci-dessus. peut cependant être présenté par sa faculté qui indique pour quelle spécialité elle entendn le proposer.

Dispositions transitoires. — Art. 43. — Les candidats reçus à la première épreuve de l'examen institué par l'arrêté du 14 mars 1924, avant la session ouverte en 1926 pour la deuxième épreuve, auront le droit de se présenter aux concours des deux premières sessions du second degré ouvertes sous le présent régime pour les sections auxquelles leur donne accès leur admission à la première épreuve.

Les candidats reçus à la première épreuve de l'examen précité postérieurement à la session ouverte en 1926 pour la deuxième épreuve auront le droit de se présenter aux concours des trois premières sessions du second degré.

Art. 44. — Sont dispensés des épreuves du premier degré et peuvent se présenter aux deux premiers concours du second degré qui s'ouvriront sous le présent régime.

1° Les candidats admissibles aux concours de 1923 ou aux concours antérieurs.

Sont considérés comme admissibles tous les candidats à l'agrégation qui auront ou auraient été classés par le nombre de points avant ou *ex-æquo* avec le dernier candidat déclaré admissible pour une faculté quelconque ;

2° Pour les sections ouvertes aux catégories : I-médecine, J-chirurgie, K-obstétrique, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux nommés au concours dans les villes de faculté avant la publication du présent règlement.

Art. 45. — Les candidats inscrits en 1926 sur la liste d'aptitude aux emplois d'agrégés, prévue par l'article 18 de l'arrêté du 14 mars 1924 auront le droit, sans avoir à subir les épreuves du concours du premier degré, de se présenter, sans limitation de durée, aux concours du second degré ouverts pour la section de leur spécialité.

Art. 46. — Un concours du premier degré sous le régime institué par le présent arrêté sera ouvert à la fin de l'année 1929. Un concours du second degré aura lieu en 1930 après le 15 mars et les concours des premier et second degrés auront lieu les années suivantes conformément à la périodicité prévue à l'article 4 du présent règlement.

Art. 47. — Jusqu'au 15 mars 1930, il pourra être pourvu aux vacances des emplois d'agrégés selon la procédure instituée par l'arrêté du 14 mars 1924.

Art. 48. — En outre, jusqu'au 31 décembre 1935, les candidats inscrits en 1926 sur la liste d'aptitude conservent le droit sans être astreints à subir le nouveau concours, de poser leur candidature au premier emploi vacant de leur spécialité dans la faculté de l'académie où ils se sont fait inscrire en vue de la deuxième épreuve de l'examen d'agrégation, sous la réserve que depuis l'établissement de ladite liste il ne se soit produit aucune vacance de cette spécialité dans ladite faculté.

A cet effet, tout emploi qui pourrait être postulé par un candidat se trouvant dans les conditions fixées au paragraphe précédent et qui ne serait ni transformé, ni supprimé, devra être déclaré vacant dans les formes prévues par l'arrêté du 14 mars 1924. S'il n'est pas pourvu à cet emploi à la suite de cette déclaration de vacance, il sera mis au concours.

Art. 49. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent règlement et généralement, sous réserve des dispositions transitoires ci-dessus, toutes dispositions antérieures relatives aux concours d'agrégation de médecine.

Tirage au sort des membres des Jurys des concours d'agrégation en médecine.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.
Vu le règlement du 6 avril 1929, relatif à l'agrégation de médecine ;
Après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique.

Arrête :

Art. 1er. — Il est procédé aux tirages au sort institués par le règlement du 6 avril 1929 pour la désignation des membres des jurys des concours d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie par une commission composée :

Du doyen de la faculté de médecine de l'université de Paris, président, ou, à défaut, de son assesseur.

D'un doyen d'une faculté de médecine ou d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie d'une université des départements et d'un agrégé désignés par le ministre.

D'un représentant du ministre.

Du secrétaire de la faculté de médecine de Paris.

Art. 2. — Le tirage a lieu en public à la faculté de médecine de l'université de Paris un mois au moins avant l'ouverture du concours aux jour et heure annoncés par un avis inséré au *Journal officiel* et affiché à la faculté.

Art. 3. — Pour chaque concours et pour chaque catégorie ou section, il est dressé deux listes de présentation : 1° les professeurs présentés pour les fonctions de juges titulaires ; 2° les agrégés présentés pour les fonctions de juges suppléants.

Art. 4. — Dans chaque liste chaque nom reçoit un numéro d'ordre.

Le tirage au sort pour chaque concours s'effectue de la façon suivante :

Des boules numérotées et en nombre égal au nombre des professeurs inscrits sont mises dans une urne.

Ces boules, une fois mêlées, le président les tire de l'urne une à une et jusqu'à la dernière en appelant à haute voix le numéro sorti et le nom du professeur ou agrégé correspondant à ce numéro.

Les résultats du tirage au sort sont publiés au *Journal officiel*.



NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux*. — Epreuve clinique : Séance du 15 avril : MM. Bernard 14. Reinhold 12, Huet 17.

Séance du 17 avril. — MM. Ameline 15, Bloch 16, Maurer 19.

Séance du 20 avril. — MM. Oberlin 17, Meillère 15, Leibovici 16, Wilmoth 19, Thalheimer 12, Chabrut 15.

Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 22 avril. — Questions traitées : Ligature de l'artère humérale au pli du coude. — Désarticulation tibio-tarsienne dite de Chopart. MM. Huet 28, Bloch 28, Ameline 25, Wilmoth 29, Meillère 26, Maurer 29, Leibovici 30, Oberlin 29.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — 1re épreuve écrite. Séance du 22 avril. Question donnée : Anatomie et physiologie de la glande mammaire. Questions restées dans l'urne. — Anatomie descriptive des ligaments larges à l'exclusion de l'embryologie et de l'histologie.

Physiologie du corps jaune.

2. Configuration antérieure et rapports du vagin. Sécrétion urinaire.

Concours de l'Assistance médicale à domicile. — Séance du 15 avril. — Questions données : Prophylaxie et traitement de l'infection puerpérale ; Pneumonie franche aiguë : symptômes, diagnostic, complications et traitement.

Ont obtenu : Mme Buquet 9 + 12 = 21 ; Ardin 13 + 18 = 31, Mlle Waynbaum 11 + 14 = 25, MM. Drudin 7 + 8 = 15. Kergoyan 6 + 7 = 13, Houlnick 10 + 14 = 24, Vidal 14 + 17 = 31. Néron 15 + 18 = 33. Mmes Péchenard 12 + 13 = 25, Ogliastri 13 + 19 = 32, M. Couturier 11 + 15 = 26.

Epreuve clinique : Séance du 21 avril : MM. Couturier 18, Drudin 17, Ardin 25, Kergoyan 16, Mmes Buquet 21, Péchenard 25, Ogliastri 24.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Composition du jury : MM les Drs Barret, Delherm, Bouchacourt, Duhem, Ribadeau-Dumas, Lapointe, Gosset.

14 candidats : MM. Ordioni, Foubert, Desgrez, Quivy, Bresy, Serrand, Moutard, Marchand, Delapchier, Pelizza, Le Goff, Beau, Porcher, Brennan.

Faculté de Médecine de Paris. *Thèses*. — 22 *avril*. — M. Pariente. Etude de la blennorragie dans ses rapports avec la gestation et la puerpéralité. — M. Raymond. Le gros enfant, signe d'hérédo-syphilis. — M. Lecourt. Etude des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieur. — M. Martin. Des symptômes oculo-orbitaires dans les tumeurs du sinus de la face. — M. Wagner. Laryngotomie intercrico-thyroïdienne et trachéotomie. — M. Brinc. La sclérose nodulaire du poumon.

23 *avril*. — M. Sicard. De la salicylo-résistance de certaines manifestations articulaires de la maladie rhumatismale. — M. Queuza Accidents de la ponction lombaire et leur traitement. — M. Boughard. Le crochet positif. — M. Chapon. Sur un nouveau traitement du bouton d'Orient par des traitements végétaux. — M. Rapaport. Traitement de la furonculose. — M. Roeder. Le traitement insuffisant au début de la syphilis. — M. Savigny. Accidents cutanés au cours du traitement arséno-bismuthique. — M. Détrieux. Les œuvres sociales dans la grande industrie en France. — M. Maksud. Du drainage dans les appendicites suppurées. — M. Asselin. Etude de la phlébite compliquant les fibromes de l'utérus. — M. Jagot. La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génitaux. — M. Cadinouche. La médecine dans l'œuvre de Géricault. — M. Seil-el Nasr. Etude de la splénomégalie égyptienne. — M. Ber. Recherches sur le pouvoir antivirulent au cours de la vaccine expérimentale chez le lapin.

25 *avril*. — Mme Barthes. Etude des sucres oxydés dans le traitement du diabète. — M. Christodoulos. Traitement de quelques cas de tuberculose externe par l'antigène méthylique de L. Nègre et Boquet. — M. Foucaud. Etude des lymphadénies aleucémiques. — Mme Parmentier-Bourdin. Thérapeutique des affections pleuro-pulmonaires de l'enfant par des injections paratrachéales de lipiodol. — M. Bouxin. Etude de l'ergostérine irradiée. — M. Cornier. A propos de quelques cas de paralysie cubitale par compression du nerf dans la gouttière épitrochléo-oléo-cranienne. — M. Zuniga-Pallais. Un procédé de cure radicale de la hernie inguinale. — M. Delaborde. Renseignements fournis par la cystoradiographie latérale dans l'étude de la miction chez les prostatiques. — M. Fleury. La mylolyse (fonte des couronnes dentaires). — Mlle Kessel. Ostéo-arthrite coxo-fémorale d'origine typhique et paratyphique. — M. Mayrargue. La linite plastique gastro-intestinale.

Association amicale des chefs de clinique de l'Ecole de médecine de Marseille. — Les chefs de clinique de l'Ecole de médecine de Marseille, réunis en assemblée générale à l'Hôtel-Dieu, le 20 mars 1929, ont fondé une « Association amicale des chefs de clinique de l'Ecole de médecine de Marseille ». Ont été élus à l'unanimité :

Président : M. le Dr Marcel Arnaud, chef de clinique chirurgicale ; secrétaire : M. le Dr Albert Crémieux, chef de clinique des maladies nerveuses ; trésorier : M. le Dr Jean Paoli, chef de clinique chirurgicale.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Le dimanche 28 avril 1929, à 10 h. très précises, le Dr Mathieu-Pierre Weil, médecin des hôpitaux, fera, à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique (entrée rue des Sainte-Pères (angle boulevard St-Germain) et hôpital de la Charité (47, rue Jacob), une conférence sur les rhumatismes infectieux et rhumatismes dyscrasiques.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1929) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 5 janvier 1930. — La première épreuve du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 26 juin 1929, à 9 heures.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 27 mai jusqu'au lundi 10 juin inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

La section d'art médical et pharmaceutique à la dernière foire de Lyon. — Cette exposition a obtenu son succès habituel pendant

toute la durée de la foire, elle fut inaugurée le lundi 4 mars par M. le professeur MOREL, délégué du doyen de la Faculté de Lyon, entouré de diverses personnalités médicales et pharmaceutiques.

Les stands réservés aux médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes ont reçu la visite de nombreux praticiens qui se sont intéressés aux nouveautés thérapeutiques, parmi lesquelles les produits irradiés et à base de chlorure de magnésium occupaient une place importante.

Le grand salon ouvert au public, dont la décoration d'un heureux modernisme a été très remarquée, offrait un bel exemple de tout ce qui touche à l'art de guérir et à l'hygiène. On y voyait même de fort jolis stands de parfumerie qui apportaient à cette exposition leur note d'élégance.

Cette manifestation organisée par l'Office commercial pharmaceutique, 71, rue du Temple à Paris, met en relief chaque année l'activité bienfaisante de l'industrie des spécialités pharmaceutiques et hygiéniques.

Nécrologie. — Dr Paul SALMON, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Dr F. MONESTIÉ, d'Albi, décédé 61 ans. — Dr Louis GUINON, médecin honoraire de l'hôpital Bretonneau. — M. Louis MORARD, de Lyon-Tassin, décédé dans sa 64e année.

ÉCHOS

L'inégalité devant l'impôt. — Dans *La Tendance*, M. Guy Amerongen, après avoir présenté six contribuables jouissant du même revenu, mais exerçant des professions différentes, conclut ainsi :

« Un député qui gagne 60.000 francs, payera 1.080 francs d'impôt ;

« Un fonctionnaire qui gagne 60.000 francs payera 4.608 francs d'impôt ;

« Un médecin qui gagne 60.000 francs payera 5.100 francs d'impôt ;

« Un commerçant qui gagne 60.000 fr. payera 9.660 francs d'impôt ;

« Un rentier qui touche 60.000 francs payera 15.578 francs d'impôt ;

« Un agriculteur lui, ne déclarant jamais 60.000 francs de revenu, ne payera jamais d'impôts sur ce chiffre.

« L'impôt sur le salaire et le revenu est basé sur ce juste principe inscrit dans la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen : chaque Français doit participer aux charges publiques dans la mesure de ses moyens.

« Dans les différents cas qui précèdent, les ressources sont identiques, et le prélèvement de l'Etat varie dans la proportion de 1 à 16 ! »

L'Ordre des médecins. — Un journal quotidien de Lyon, le *Nouveau Journal*, a demandé à quelques médecins lyonnais ce qu'ils pensaient du projet de création d'un Ordre des médecins. Nous reproduisons la réponse de M. le doyen Jean Lépine et celle de M. Mouisset, médecin honoraire des hôpitaux, parues dans le *Nouveau Journal* (18 avril 1929) :

« La création d'un Ordre des médecins intéresse, dites-vous, l'opinion publique ? Je sais qu'à ce propos, on parle de l'Ordre des Médecins comme s'il pouvait être calqué, par exemple, sur l'Ordre des Avocats. Eh bien ! mon avis est qu'il faut se défier de ces généralisations.

Vis-à-vis du client, la situation d'un médecin diffère profondément de celle d'un avocat. Quand un avocat commet une incorrection, le client n'est, la plupart du temps, que modérément lésé, puisqu'il ne souffre que dans ses biens. De plus, le cas apparaît, d'une manière générale, assez simple pour être apprécié sans erreur. Quand un médecin ou un chirurgien est en faute, c'est peut-être très grave, puisqu'en compromettant la santé ou la vie de son client, il encourt une responsabilité civile ou pénale. Il peut y avoir faute lourde ou malchance. Quel sera alors le rôle du Conseil de l'Ordre ? Position délicate. Pour se prononcer, il aura non seulement besoin de témoignages, mais souvent de résultats d'expertises. Son premier soin devra donc être de prendre les précautions nécessaires pour éviter d'entrer en conflit avec les autres juridictions ; peut-être ne pourrait-il statuer qu'après l'action de la justice.

Ainsi, ne faudrait-il pas que des esprits simplistes s'imaginent que la solution du problème ne souffre aucune difficulté.

Comme doyen de la faculté de médecine, il m'arrive de recevoir nombre de lettres d'accusation ou de plainte contre des membres du corps médical. On croit que, par ma fonction, je

suis une sorte de président du Conseil de l'Ordre. Jusqu'ici, ces lettres, qui ont trait à des questions d'honoraires ou de traitements inefficaces, ont toujours été injustes. Quand il existera effectivement un Conseil de l'Ordre des Médecins, celui-ci sera, saisi à chaque instant d'affaires de cette nature. La situation vous le voyez, ne sera pas simple.

Pour l'instant, il convient de regarder le problème dans son ensemble. Le mouvement ou la tendance dont nous parlons, n'est qu'un accident dans un fait social plus général. Ce fait social général tient à la commercialisation des professions libérales, il résulte des évènements contemporains, de l'état d'esprit, de la démoralisation qu'a engendrés la guerre. L'idée de créer un Ordre des Médecins correspond à la volonté d'ensemble que manifeste la société de se défendre, de retrouver son assiette.

Les abus qui se sont produits n'ont pas d'autre cause que les nouveaux besoins de luxe et d'argent, et exception faite d'étrangers indésirables, on a constaté que les fautes et les délits ont principalement pour auteurs des jeunes médecins qui, somme toute, se laissent aller aux mêmes faiblesses qu'on constate chez les hommes de leur génération qui exercent d'autres professions.

On oppose volontiers la conception ancienne du métier de médecin à la conception que s'en font aujourd'hui quelques-uns, en prononçant le mot de sacerdoce. Cette conception de la médecine, élevée à la hauteur d'un sacerdoce, était, en effet, toute naturelle à une époque où les jeunes médecins se recrutaient à peu près exclusivement dans le milieu des professions libérales où des traditions de désintéressement s'étaient instituées. Mais comment voudriez-vous que cette conception continue, subsiste actuellement ?

Nos étudiants sont, maintenant d'origines, très modestes. Notez bien, quand je dis cela, que je ne pense pas le moins du monde à l'argent, à la situation pécuniaire des parents. Je n'entends parler que du milieu social. Voici, par exemple, un fils de nouveau riche, qui a vu son père édifier une fortune par des profits successifs et constants. Il aura une instinctive tendance à vouloir tirer des bénéfices analogues de l'exercice de la médecine. L'idée du sacerdoce lui restera étrangère. Cela se comprend d'autant mieux que la médecine semble, pour l'instant, tendre à s'organiser en spécialités qui ont l'air de s'ignorer. En ce règne du bureau et de l'officine, le médecin finit par ressembler plus à un marchand qu'à l'antique et vénérable conseiller des familles.

Nous faisons, c'est entendu, des cours de déontologie. J'ai bien l'impression qu'ils ne sont pas suffisants. Ce qui nous manque, c'est un facteur moral important, l'influence de l'éducation familiale. Il tombe sous le sens qu'une seule génération n'y pourvoira pas. Il y aurait encore beaucoup à dire sur les récentes mesures universitaires qui ont pour tendance d'assimiler les études primaires pour l'accession aux professions libérales. On ne brûle pas impunément les étapes.

Ce dont nous avons besoin en France, c'est d'une bourgeoisie dans la belle acception du terme. Non pas d'une bourgeoisie d'argent, qui n'est qu'un simulacre de bourgeoisie, mais d'une bourgeoisie de traditions, pénétrée des vertus familiales qui ont fait notre force dans le passé.

A cet égard, je nourris un profond optimisme Peu à peu la crise de la guerre s'apaise et l'on finira bien par se rendre compte que la lutte des intérêts doit faire place au mouvement des idées. Qu'on songe à créer un Ordre des Médecins est une preuve que le stade négatif et dangereux est bien près d'être franchi.

« La publicité faite, ces temps derniers, sur des affaires très regrettables ne doit pas, a dit au rédacteur du *Nouveau Journal*, M. le docteur Mouisset, égarer l'opinion publique. Les médecins marrons sont des exceptions. Peu de professions donne, à l'égal du corps médical, des exemples aussi complets de travail et de dévouement, sans s'inquiéter de savoir si les bénéfices seront proportionnels aux efforts.

Mais venons-en à l'Ordre des médecins qui fait l'objet de votre visite. Il est question de créer une chambre des Médecins dans chaque département et d'établir un règlement. Les sanctions prévues seraient les suivantes : avertissement, réprimande, privation pour un an, ou privation définitive du droit d'exercer la médecine. Vous allez, sans doute, me trouver très sévère. Pourtant je pense que lorsque la sanction d'interdiction sera prononcée, il faudrait qu'elle fût toujours définitive. La gravité des actes qui l'auraient déterminée réclame, il me semble, autre chose qu'une demi-mesure.

En outre, quelle que soit la décision prise au sujet d'un Ordre des Médecins, et sans connaître le résultat qu'on en peut attendre, il importe d'éviter un mauvais recrutement. Pendant les années d'études médicales, les fautes contre la discipline peuvent avoir des circonstances atténuantes et bénéficier de la plus grande indulgence.

Il ne devrait pas en être de même pour certains actes qui dénotent l'amoralité de leurs auteurs. Or, dans des cas semblables, les sanctions consistent parfois en un retard d'inscription ou dans l'exclusion temporaire de l'Ecole. C'est, à mon avis, insuffisant : si la faute commise est assez grave pour justifier cette mesure, celle-ci devrait entraîner la radiation, c'est-à-dire l'impossibilité de devenir docteur en médecine. Le défaut de sens moral est sans remède et le corps médical n'a que faire de sujets capables ou de forfaire à l'honneur ou de manquer aux règles de la profession ».



TRAVAUX ORIGINAUX

Leçons sur les troubles de la tension artérielle (1)

Par M. le Professeur **Ch. Achard**.

II. L'hypertension artérielle permanente.

B. — Complications. Formes atypiques. Pronostic. Variétés étiologiques.

Je vous ai entretenus, dans notre dernière leçon, de l'hypertension artérielle permanente et des manifestations cliniques par lesquelles elle se révèle lorsque, après une période latente qui peut être de longue durée, survient ce qu'on appelle la période troublée. Les exemples que je vous en ai cités, d'après les observations que nous en avons recueillies depuis quelques mois, vous montrent que, parmi ces manifestations, les troubles nerveux, les lésions cérébrales en particulier, comptent parmi les plus communes et les plus sérieuses.

Les divers symptômes que je vous ai indiqués sont d'ordre artériel : ils sont sous la dépendance directe de l'excès de tension dans les artères. C'est, peut-on dire, la PHASE ARTÉRIELLE de l'hypertension permanente.

Mais à cette phase peut en succéder une autre dans laquelle se produit une défaillance du cœur et qui aboutit à la mort par asystolie. L'hypertension parvient alors à sa PHASE CARDIAQUE.

C'est d'abord le syndrome d'*insuffisance ventriculaire gauche* qui s'établit. Il se manifeste par une *dypsnée* d'effort plus accentuée, par une dyspnée paroxystique, due soit à une poussée d'œdème pulmonaire aigu ou subaigu, soit à une poussée de congestion pulmonaire qu'on appelait autrefois la congestion active pour la distinguer de la stase passive de l'asystolie.

Les *signes cardiaques* de l'insuffisance ventriculaire gauche sont d'abord l'abaissement du choc de la pointe, qui bat dans le 6e ou même le 7e espace, et l'agrandissement de l'ombre radioscopique du cœur qui déborde à gauche. En outre le rythme est accéléré, la tachycardie atteint 120 battements par minute. On entend à l'auscultation un bruit de galop et un bruit systolique d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Le *bruit de galop* est un bruit sourd, surajouté, qui se perçoit immédiatement avant le premier bruit. Il est d'abord intermittent, puis devient permanent. On l'attribue non à l'hypertension artérielle, mais selon Fraentzel, à la défaillance du cœur.

Il est très rare que l'atteinte cardiaque consiste en une insuffisance aortique, par dilatation de l'orifice. Ce fait a même été contesté, mais des démonstrations anatomiques en ont été fournies par Barié et par Vaquez.

Le plus souvent, c'est une *insuffisance mitrale* qui apparaît. Elle s'établit insidieusement soit par la propagation de la sclérose endocarditique à la valvule, soit par la dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire qui empêche l'occlusion valvulaire.

Dans quelques cas, dont Vaquez cite des exemples, les signes de cette insuffisance mitrale apparaissent brusquement à la suite d'un accès aigu d'hypertension paroxystique, consistant en un œdème aigu du poumon ou en une crise d'angine de poitrine avec dilatation subite du cœur.

Le pouls peut prendre les caractères du *pouls alternant* dans lequel une pulsation forte alterne avec une pulsation faible, ce qu'on attribue à la fatigue de certaines fibres du myocarde qui sont capables seulement de se contracter toutes les deux pulsations. Cependant le pouls alternant n'est pas toujours aussi grave qu'on le croyait d'abord. On l'observe particulièrement chez les syphilitiques selon Dehon et Heitz (1), et chez les hyperazotémiques selon Esmein et Heitz.

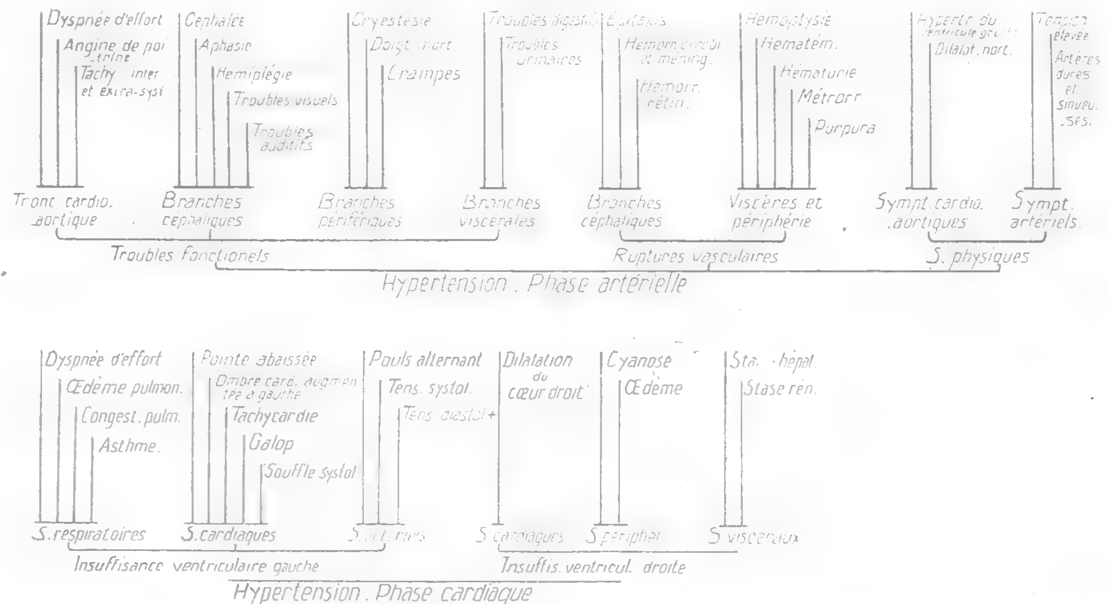


Schéma des troubles de l'hypertension permanente.

La *tension artérielle* s'abaisse par suite de la dilatation et de l'affaiblissement du cœur gauche. C'est la pression systolique qui subit cette diminution, tandis que la pression diastolique a plutôt tendance à remonter, ce qui a pour effet de diminuer la pression différentielle, c'est-à-dire l'écart entre les deux. La réduction des oscillations est un signe fâcheux.

L'abaissement de la tension peut être considérable et rapide. Heitz cite le cas d'une chute de 18 à 12 chez un angineux, avec apparition d'un souffle mitral; et un autre cas où la pression tomba de 24 à 15, en même temps que survenait la dilatation aiguë du ventricule gauche.

Cet abaissement pourrait induire en erreur un clinicien non averti, en lui faisant méconnaître la nature fonctionnelle des accidents cardiaques et l'hypertension

(1) Voir : *Progrès Médical*, 13 et 20 avril 192

(1) Dehon et Heitz. — Syphilis et pouls alternant. *Paris méd.*, juin 1911. — J. Heitz. *Congr. des méd. de langue franç.*, Bruxelles, mai 1920. Esmein et J. Heitz. De l'azotémie chez les sujets présentant le pouls alternant. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 février 1920, p. 173.

qui les cause. Toutefois l'association d'une aortite ou d'une sclérose rénale, qui est habituelle en pareil cas, doit le porter à écarter l'origine organique de l'insuffisance mitrale et lui faire soupçonner l'hypertension antérieure.

XIII. — Vous avez eu tout récemment l'occasion de voir un cas de cette insuffisance ventriculaire gauche chez un chef d'orchestre de 69 ans, amené à l'hôpital, salle Barth n° 8, le 21 mai 1928, à 10 heures du soir, en proie à une *dyspnée extrême* : il était haletant, angoissé, violacé. L'interne de garde lui fit aussitôt une copieuse saignée d'environ 400 grammes qui le soulagea. On put alors apprendre qu'après son déjeuner il s'était senti un peu gêné pour respirer et que, le soir, pour se rendre au cinéma où il exerçait ses fonctions, il avait jugé prudent de s'y faire conduire en taxi, accompagné de sa fille. A peine arrivé, il avait été pris d'une attaque dyspnéique extrêmement violente et s'était fait emmener à l'hôpital.

Après la saignée, il avait expectoré quelques crachats finement aérés et un crachat franchement sanglant.

Quand nous l'avons vu, la dyspnée n'existait plus au repos et le malade étant demi-assis, mais elle reparaissait à l'occasion des mouvements. Le facies était un peu rosé. Il n'y avait pas d'œdème. Le foie était très gros et dur et sa matité s'étendait sur 21 centimètres. Les urines étaient rares, mais non albumineuses et l'urée sanguine atteignait seulement 0 gr. 45 p. 1.000. Aux deux bases on entendait des râles sous-crépitants assez nombreux.

Le pouls, assez rapide, mais régulier, battait à 100. Les temporales étaient un peu sinueuses. La tension artérielle était de 20-8.

La pointe du cœur battait dans le 7e espace et très en dehors. On ne percevait pas de battements sus-sternaux. L'auscultation faisait entendre un *bruit de galop* et un *clangor* du second bruit sans souffle.

A l'examen radioscopique, le *cœur* apparaissait *très gros* avec un point G élevé et un arc inférieur très convexe ce qui indiquait l'augmentation du ventricule gauche. L'aorte était normale.

Ce n'était pas la première fois que survenaient les accidents dyspnéiques. Un an avant, cet homme avait été pris, à la gare Saint-Lazare, d'une oppression vive qui l'avait obligé à se reposer dans une pharmacie voisine. Un médecin avait trouvé une pression de 19 et un cœur défaillant et un peu gros. Le régime lacto-végétarien prescrit n'avait guère été suivi. Puis, en janvier 1928, au même endroit, était survenue une nouvelle crise. Traité à l'hôpital par une saignée et une injection d'huile camphrée, il se remit promptement, mais sa tension etait aux environs de 20.

Nous avons mis le malade au repos, au régime sans sel et aux injections quotidiennes d'ouabaïne (1/4 de mmgr.) Il s'est rétabli assez vite, conservant quelques râles thoraciques, son bruit de galop et sa tension élevée. Remarquez meme que cette tension s'est encore élevée davantage ; elle était à 22-9 le 26 mai, 22-10 le 29. C'est que, très probablement, la saignée l'avait momentanément abaissée.

Vous voyez, en résumé, que ce malade atteint d'hypertension permanente a été pris, 3 fois, de grands accès de dyspnée asthmatiforme, avec des signes d'insuffisance ventriculaire gauche, mais sans asystolie proprement dite.

Cette dernière étape est parfois franchie.

Au syndrome de la défaillance du cœur gauche fait alors suite le syndrome de la *défaillance du cœur droit* : c'est le tableau de l'*asystolie* avec ses stases viscérales et notamment la stase hépatique, avec ses œdèmes des membres inférieurs, sa cyanose, sa dypsnée, ses urines légèrement albumineuses. Toutefois on remarque que l'urine est souvent moins foncée que dans l'asystolie des cardiaques pendant une assez longe période, tant que la stase rénale n'est pas trop accentuée (1). C'est surtout chez les emphysémateux et les hépatiques que Castaigne et Heitz (2) ont décrit cette insuffisance ventriculaire droite, avec un cœur droit débordant à la radioscopie, un foie gros et dur, de la dypsnée, des œdèmes et des urines encore assez abondantes et pâles.

Mais le syndrome d'insuffisance rénale se constitue à son tour et les urines deviennent rares et foncées.

XIV. — Vous avez vu récemment un exemple de cette défaillance cardiaque au cours de l'hypertension permanente chez un homme de 62 ans, musicien, entré salle Barth, n° 3, le 17 avril 1928, avec de la dyspnée et de l'œdème des membres inférieurs.

Les premiers accidents dataient de 3 ans : pris dans la rue d'un *grand accès de suffocation*, il avait dû rentrer précipitamment chez lui et s'allonger sur son lit. Un médecin appelé lui fit une piqûre de morphine qui le soulagea. La tension était à 28. Depuis, il resta dyspnéique à l'état habituel, surtout à l'occasion des efforts et de temps en temps sous forme de paroxysmes pendant lesquels il devait ouvrir la fenêtre pour respirer l'air. Parfois aussi, à l'occasion d'un effort, il éprouvait une sensation *de barre rétrosternale*, douloureuse et angoissante. Il était, de plus, sujet aux vertiges, aux bourdonnements d'oreilles, à la toux accompagnée d'expectoration muco-purulentes.

Quelques semaines avant d'entrer à l'hôpital, ses chevilles avaient enflé le soir ; puis l'œdème avait gagne les cuisses et les bourses.

Cet homme avait un visage pâle sur lequel se détachaient les lèvres et les oreilles cyanosées. On remarquait ses temporales dures et sinueuses. Le pouls était un peu régulier et un peu rapide ; la tension artérielle à 20/13 et quand on regardait attentivement les oscillations à l'apparell de Pachon, au voisinage de la tension minima, on constatait nettement l'*alternance* de ces oscillations.

A l'auscultation, outre un *clangor* aortique, s'entendaient un *bruit de galop* et un souffle holosystolique siégeant à la pointe et se propageant peu.

On trouvait dans la poitrine un *épanchement de la base droite* et la ponction exploratrice donnait un liquide séro-fibrineux jaunâtre avec une égale proportion de lymphocytes et de cellules endothéliales.

Le foie débordait les fausses côtes de 6 travers de doigt et sa consistance était dure.

Les urines ne renfermaient pas d'albumine.

L'urée sanguine était de 0,80 p. 1000.

L'*œdème* envahissait les membres inférieurs et les bourses.

Dans l'étiologie de cette hypertension avec signes d'aortite on trouvait deux causes possibles : 1° une scarlatine grave à l'âge de 30 ans, compliquée de néphrite et de péricardite ; 2° une syphilis contractée à 33 ans, compliquée d'iritis traitée par le cyanure de mercure pendant plusieurs années.

Actuellement il n'y a pas de signes de syphilis nerveuse et la réaction de Wassermann dans le sang est négative.

A son entrée, le malade a été purgé ; on a évacué par la thoracentèse 600 gr. de liquide pleural et fait des injections de 1/4 de milligramme d'adrénaline pendant quelques jours. La dyspnée a diminué ; les urines ont monté de 500 cc. à 1 et 2 litres. Le cœur s'est ralenti et l'alternance du pouls a disparu. Mais les œdèmes ont persisté. Après une nouvelle purgation, le traitement digitalique a été institué.

Vous voyez qu'il s'agit d'une hypertension qui s'est manifestée d'abord par des accès de dyspnée avec angoisse du type asthmatique et des accès douloureux du type angineux, puis par de la défaillance cardiaque avec bruit de galop, pouls alternant cyanose, œdème, hydrothorax.

Je dois ajouter un incident survenu quinze jours après son entrée à l'hôpital. Le malade a ressenti brusquement dans la nuit du 4 au 5 mai une douleur derrière l'omoplate gauche, et le surlendemain a craché un peu de sang, signe d'infarctus du poumon. Le jour suivant, 8 mai, une douleur apparut au mollet gauche et l'on sentit un cordon phlébitique de la saphène interne. Il s'agissait donc d'une embolie non pas d'origine cardiaque, mais phlébitique, et se manifestant par des signes cliniques avant que la phébite devint évidente. C'est ce qu'on appelle l'embolie préphlébitique. Cette complication a promptement guéri.

Actuellement, depuis 3 semaines, toute médication diurétique et cardio-tonique étant cessée, mais le régime déchloruré étant maintenu, la diurèse est bonne et dépasse parfois deux litres. Il n'y a plus de dyspnée ni d'œdème, le souffle d insuffisance mitrale fonctionnelle a disparu. Enfin la tension artérielle, le 29 mai, est de 16-9.

Je viens de vous montrer l'évolution en quelque sorte

(1) Pierre Merklen. — Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur, 1908, p. 312. — Pougeaults. Thèse de Paris, 1912.

(2) Castaigne et Heitz. — Le gros foie des hypertendus. *Presse médicale*, 15 avril 1913.

régulière de l'hypertension artérielle permanente qui présente en résumé deux périodes : l'une latente et l'autre troublée, avec ses deux phases successives, artérielle et cardiaque. Mais diverses circonstances peuvent modifier ce tableau clinique et Gallavardin a distingué plusieurs sortes de FORMES d'hypertension permanente.

Il y a des *formes incomplètes*, où manque la phase de défaillance : les troubles sont légers, ou leur progression est très lente, ou même quelquefois ils régressent grâce à des soins appropriés. Mais, dans d'autres cas, c'est la phase artérielle qui manque, parce que d'emblée le cœur fléchit et les premiers symptômes apparents sont déjà ceux de cette insuffisance cardiaque.

Il y a des *formes interrompues*, dans lesquelles éclatent des accidents graves et plus ou moins rapidement mortels, tel que l'hémorragie cérébrale, l'urémie, la mort subite, une maladie aiguë intercurrente.

Il y a enfin des *formes compliquées* dans lesquelles le tableau clinique se trouve surchargé de celui de quelque autre état morbide. Les affections valvulaires du cœur, l'aortite syphilitique avec ses manifestations d'insuffisance aortique de type Hodgson et d'angine de poitrine, les troubles myocardiques auxquels on applique aujourd'hui le terme de myocardie, peuvent ajouter leurs symptômes à ceux de l'hypertension. Pareillement, on peut voir en même temps des arythmies, notamment l'arythmie extra-systolique, ou la tachycardie paroxystique, ou l'arythmie complète avec fibrillation auriculaire.

Envisagée en elle-même, l'hypertension, au cours de son évolution, peut présenter 3 types : 1° l'hypertension *stable*, relativement bien supportée ; c'est l'hyperpiésie constitutionnelle de Clifford-Albutt et Osler ; 2° l'hypertension *variable*, souvent associée à une lésion rénale ; 3° l'hypertension *avec accès*.

Le PRONOSTIC de l'hypertension permanente est difficile à préciser.

Ce n'est pas le degré de la tension artérielle qui peut servir de base unique ni même principale au pronostic. Sans doute les hypertensions extrêmes, approchant ou dépassant 30, si elles sont permanentes, comportent une gravité réelle ; mais il est certain aussi que des tensions élevées de 20 à 25, sont parfois remarquablement tolérées. C'est que l'organisme s'adapte à cette condition anormale et qu'il dispose de mécanismes régulateurs qui en atténuent les effets. Ce qui surtout est dangereux, ce sont les variations brusques de la tension, les coups de pression qui rompent brutalement la compensation.

La survie peut être longue, et d'ailleurs la période latente peut durer plusieurs années. Lian signale des survies de 6 à 8 ans et il est vraisemblable qu'il y en a de plus longues.

L'hypertension permanente des jeunes sujets paraît généralement plus grave. Il en est de même de celle qui est associée à une tuberculose rénale à marche progressive et fatale. Au contraire, celle qui est liée à des lésions syphilitiques peut être relativement curable.

La durée de la survie a un grand intérêt pour les compagnies d'assurances qui, pendant longtemps, ont négligé cet élément de l'examen médical des assurés. Fisher (1) a étudié cette question, d'après les données de la compagnie américaine « Northwern Mutual Life ». Le barème de la tension normale suivant l'âge peut être ainsi fixé :

(1) S. W. FISHER.— *Med. Rec.*, oct. 1911 et nov. 1914. — *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 14 nov. 1914.

15 à 20 ans	11,9
26 à 30 —	12,3
41 à 45 —	12,8
54 à 55 —	13,2
56 à 60 —	13,4

Il convient de refuser l'assurance à tout sujet dont la tension maxima dépasse de 1,5 celle de son âge. En prenant cette précaution, on note que, chez les sujets assurés de 40 à 60 ans, la mortalité n'est que de 49 % par rapport à la mortalité prévue par les tables. Pour les sujets de tous âges, elle est de 77 %. En revanche, la mortalité des refusés dépasse notablement la mortalité prévue, car elle atteint 121 %.

Les signes révélateurs d'une hémorragie cérébrale ou méningée, d'une insuffisance rénale, d'une défaillance cardiaque, sont des signes de gravité qui doivent toujours être recherchés avec soin chez les malades atteints d'hypertension permanente. En ce qui concerne la défaillance du cœur, le pouls alternant a une valeur dont l'importance a été mise en lumière par Gallavardin et Lian. Ce dernier auteur attache aussi beaucoup d'intérêt au rapprochement de la tension maxima et de la tension minima et il a proposé une formule un peu schématique, pour établir un signe de gravité, qui se révélerait quand serait dépassée la valeur suivante :

$$\text{Min.} = \frac{\text{max} + 2}{2}$$

Le plus souvent la mort est la conséquence de la défaillance cardiaque : c'est en quelque sorte la fin naturelle de l'hypertension permanente. Les antécédents cérébraux abrègent souvent cette évolution. Parfois ce sont des accidents d'œdème aigu du poumon, des infections intercurrentes, une syncope qui causent la mort. Janeway (1) a dressé le tableau suivant des principales causes de mort avec leur fréquence :

Insuffisance cardiaque	32 p. 100
Troubles cérébraux	25 —
Ruptures vasculaires	16 —
Infections intercurrentes	8 —
Mort subite	4 —

L'élévation de la pression minima n'est pas un signe favorable et les chiffres de 16 ou 17 sont d'un mauvais pronostic.

Il en est de même, comme l'a montré De Meyer, de la réduction de l'amplitude oscillatoire, exception faite des cas d'insuffisance aortique où l'amplitude des oscillations est toujours considérable.

L'ÉTIOLOGIE de l'hypertension artérielle permanente reste assez obscure, car les causes invoquées sont plutôt, à vrai dire, des conditions d'apparition que des causes efficientes.

Une part d'influence paraît devoir être accordée à l'*hérédité*. On peut rappeler à ce sujet que Dieulafoy avait admis l'hérédité de l'hémorragie cérébrale. Broadbent a vu mourir subitement à 45 ans 3 frères atteints d'hypertension. Vaquez a cité le cas de 2 frères morts à 55 ans d'aortite avec hypertension, alors que le troisième à 52 ans était également atteint.

On a fait jouer un rôle à l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de l'hypertension des jeunes sujets (2).

(1) T.-C. JANEWAY. — A study of the causes of death in one hundred patients with high blood pressure. *Journ. of the Amer med. Assoc.*, 14 déc 1912. vol. 59, p. 2106.

(2) J. GÉNÉVRIER et J. BRENNIEL. — Hypertension artérielle infantile et hérédo-syphilis. *Soc. de pédiatrie*, 8 juill. 1924. — J. GÉNÉVRIER. L'hypertension artérielle infantile stigmate d'hérédo-syphilis. *Bull. méd.*, 11-14 févr. 1925, p. 169.

Certaines *intoxications* pourraient engendrer l'hypertension, notamment le saturnisme qui provoque des crises hypertensives et des lésions de sclérose rénale. L'influence de l'alcoolisme est admise par Vaquez et Lian et interviendrait particulièrement chez les buveurs de bière, fréquemment atteints. Le rôle du tabac est des plus douteux.

L'abus des *aliments carnés* a été incriminé (1).

On a signalé des cas d'hypertension permanente apparue peu après l'éclampsie puerpérale et la scarlatine.

La *syphilis* n'est pas rare dans les antécédents des hypertendus. Amblard l'a même relevée dans 78 % des cas et Castaigne dans 60 %. Pellissier l'a trouvée chez 26 % des malades atteints d'hypertension pure, solitaire.

Le *diabète* s'accompagnerait souvent, selon Potain, d'hypertension artérielle ; mais la relation de coïncidence n'est peut-être pas aussi fréquente et il ne semble pas qu'il y ait une relation de dépendance entre ces deux troubles. Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de l'un et de l'autre et, dans le diabète juvénile, l'hypertension peut manquer. Mohler sur 46 malades à la fois hypertendus et glycosuriques, en compte douze atteints de vrai diabète et 34 de glycosurie simple (2). On en peut conclure qu'il y a dés cas d'hypertension associés à un faible degré d'insuffisance glycolytique.

Vous avez pu voir dans ces derniers temps à la Clinique 22 diabétiques dont la tension a été mesurée. Comme vous pouvez vous en rendre compte sur ce tableau, 7 seulement étaient hypertendus.

1. Homme, 85 ans. Diab. avec artérite et gangrène du pied	29-11
2. Femme, 76 ans. Diab. moyen. Plaie du pied	22-11
3. Homme, 58 ans. Diab. avec gangrène du pied	19-11
4. Homme, 72 ans. Diab. avec arythmie extrasystolique	19-8
5. Femme, 65 ans. Diab. et tuberculose	19-7
6. Femme, 72 ans. Diabète avec acidose. Plaie du pied	17-8
7. Femme, 48 ans. Diab. avec acidose. Syphilis. Aortite	17-7 1/2
8. Femme, 62 ans. Disparition de la glycosurie. Glycémie persistante	16-8 1/2
9. Homme, [illegible]5 ans. Diab. modéré	16-7
10. Homme, 51 ans. Diab. avec mal perforant plantaire	16-7
11. Femme, 67 ans. Diab. avec gangrène des deux pieds	15-10
12. Femme, 58 ans. Diabète avec acidose	15-8 1/2
13. Homme, 60 ans. Diab. ancien. Gangrène du gros orteil	15-8 15-8
14. Femme, 60 ans Diab. modéré	15-8
15. Homme, 20 ans. Grand diabète. Dystrophie adiposo-génitale	15-8
16. Femme, 58 ans	14 1/2-6 1/2
17. Homme, 41 ans. Petit diabète	14-8
18. Femme, 21 ans. Diabète avec dénutrition. Acidose	12-8 1/2
19. Femme, 36 ans. Diabète avec obésité	12-8
20. Femme, 67 ans. Diab. avec acidose. Gangrène du pied	11 1/2-4 1/2
21. Femme, 41 ans. Grand diab. avec acromégalie	11-7
22. Homme, 39 ans. Diabète et tuberculose	10-7

Il faut ajouter que dans le cas 4, la tension baissa de 19-8 à 17-8 et se fixa à ce dernier chiffre ; que dans le cas 16, elle se fixa aussi de 14 1/2-6 1/2 à 12-6 1/2 ; que dans le cas 15 il y eut des variations et qu'on observa des valeurs de 14-7 et 10 1/2 4 ; que dans le cas 12, la tension varia de 15-8 1/2 à 12-7 ; que dans le cas 5, elle tomba de 19-9 à 14-7.

(1) STROUSE et KELMAN. — *Arch. of internal med.*, 15 févr. 1923.
(2) KATZ-KLEIN. — *Med. Klin.*, 21 déc. 1925. — MOHLER, *Journ. of the med. Assoc.*, 24 janv. 1925.

On doit donc, à mon avis, tenir les deux syndromes du diabète et de l'hypertension comme indépendants l'un de l'autre, mais susceptibles de s'associer et de relever peut-être d'une cause commune chez certains malades.

La *goutte* ne paraît pas non plus agir directement par l'uricémie pour produire l'hypertension qui l'accompagne parfois, mais elle semble plutôt s'associer aux causes efficientes de l'hypertension.

Un certain nombre d'*obèses* ont une hypertension modérée (1) mais on ne saurait admettre que le trouble circulatoire dépende du trouble nutritif.

Les troubles des *glandes endocrines* ne pouvaient manquer d'être mis en cause (2). Avant tout, les altérations des capsules surrénales et notamment les *néoplasmes surrénaux* sont des causes indiscutables d'hypertension.

De plus, on a noté l'hypertension dans l'acromégalie ; mais vous avez vu que notre malade atteinte d'acromégalie avec diabète n'a qu'une tension de 11-7. On a signalé l'hypertension dans les dysthyroïdies, particulièrement dans le cœur goitreux et la maladie de Basedow, où elle reste modérée et fait souvent défaut.

On a mentionné l'action de l'hypertrophie prostatique.

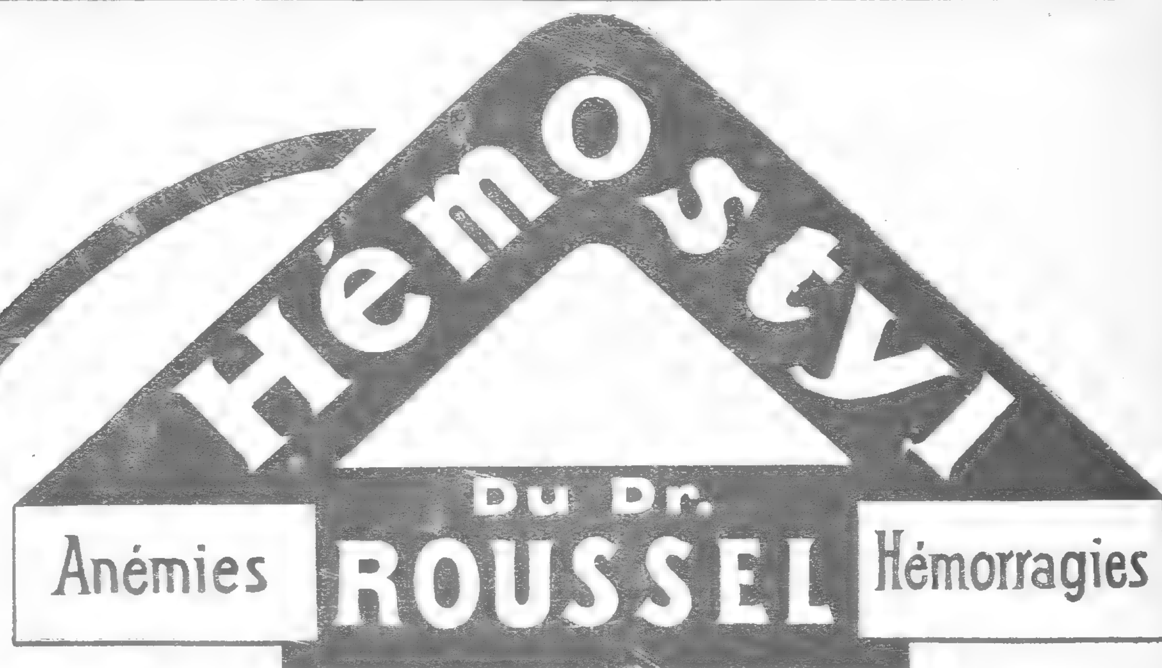
Celle de la *ménopause* (3), étudiée par Maranon, Giroux et Yacoel, G. Perrin, E. Sergent et R. Mignot, paraît s'exercer parfois avec le concours de tares cardiaques, aortiques ou rénales. Son existence est discutée par Schlesinger (4). Elle est souvent instable, oscillante, variable ; ou bien, si elle est permanente, elle est associée à la néphrite scléreuse. On la considère comme l'une des moins graves. Heitz a noté que même chez des femmes éprouvant des troubles circulatoires après la ménopause, la tension peut rester tout à fait normale.

L'hypertension a été observée en même temps que les *fibromes utérins* (5). Elle peut apparaître dès la période des hémorragies et reste ordinairement modérée. La tension monte davantage, jusqu'à 20, après l'hystérectomie pour fibrome qu'après l'hystérectomie pour salpingite. Elle augmente aussi chez des femmes guéries d'un fibrome spontanément ou par les rayons X, de sorte qu'il ne semble pas y avoir une relation de cause à effet entre l'arrêt des règles et l'hypertension, ni entre le développement de la tumeur et l'hypertension.

Ce sont les rapports de l'hypertension artérielle permanente avec les *néphrites chroniques* et particulièrement avec la sclérose rénale qui ont été le plus discutés dans ces dernières années.

Il y a longtemps que l'hypertrophie du cœur est connue dans les néphrites. Bright (6), l'avait observée et même il avait remarqué qu'elle peut exister sans albuminurie. Sa pathogénie avait fait l'objet de discussions. En ce qui concerne l'hypertension permanente, notée par Mahommed (7),

(1) Ch. AUBERTIN. — Obésité et hypertension. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 juin 1922, p. 977. — COURSIER. Contr. à l'étude de la tension artérielle chez les obèses. Thèse de Paris, 1922. — FERRY. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 13 oct. 1923. — F. PÉDRAZZINI. Obésité et hypertension. *Presse méd.*, 1er nov. 1922, p. 943.
(2) KERPPOLA. — *Acta med. scandin.*, 15 oct. 1924.
(3) C. PETITEAU. — L'instabilité de la pression artérielle minima en période de ménopause. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 11 mai 1924. — GIROUX et YACOEL. L'hypertension de la ménopause. *Bull. méd.*, 21 juin 1924, p. 703. — MARANON. L'hypertension de la ménopause. *Rev. d'endocrinol.*, déc. 1924. — G. PERRIN. L'hypertension de la ménopause. Thèse de Paris, 1926.
(4) SCHLESINGER. — *Berl. klin. Woch.*, 2 3 mai 1921.
(5) H. VAQUEZ et M. LECONTE. Le passé, le présent et l'avenir des hypertendus. *Paris méd.*, 2 juill. 1921.
(6) R. BRIGHT. — *Med. Gaz.*, 1833, vol. 12, p. 381.
(7) F.-A. MAHOMMED. — *Guy's Hosp. Rep.*, 1881, vol. 25, p. 295.


Hémostyl
Du Dr.
ROUSSEL
Anémies
Hémorragies

BIBLIOGRAPHIE

Les actualités physiothérapiques. I. électrothérapie, les courants continus et les courants faradiques, par MM L. DELHERM et A. LAQUERRIÈRE. Deuxième volume. Un volume in 8 68 pages, 29 figures ; 1929. 10 fr. Gauthier-Villars et Cie, 55, quai des Grands-Augustins. Paris (6e).

La première partie de ce deuxième volume s'occupe spécialement des usages de la faradisation qui ne mettent pas surtout en jeu l'excitation du muscle strié. La faradisation avait été très utilisée par le grand thérapeute qu'était Duchenne de Boulogne ; si elle est un peu délaissée aujourd'hui en raison de la vogue de procédés plus modernes, il ne faut pas oublier qu'elle possède des actions analgésiques circulatoires et trophiques pouvant être obtenues, en particulier au domicile du malade, avec un appareillage très facilement transportable ; c'est ainsi qu'on peut, entre autres multiples exemples, citer l'entorse, qui, à la condition de n'être pas compliquée d'arrachement osseux et d'être traitée dès les premières heures, guerit en deux ou trois jours. Mais, de plus, Duchenne avait créé la *révulsion faradique*, qui dans ses mains avait donné des résultats remarquables contre les algies diverses ; à ce point de vue, ce procédé a gardé toute sa valeur ; il est, de plus, devenu pour les neurologistes, dans les troubles pithiatiques, une méthode de rééducation armée n'ayant pas de succédané, tant par son efficacité que par son innocuité.

Dans la deuxième partie, les auteurs passent en revue tous les procédés electriques qui, en déterminant des contractions musculaires, permettent de réaliser une gymnastique *active quoique involontaire*.

Sémiologie oculaires. Statique et dynamique oculaires, par Félix TERRIEN. 1 volume de 224 pages avec 100 figures : 40 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après avoir décrit dans les trois premiers volumes de sa « Sémiologie oculaire » la « calotte cornéo-sclérale », le « diaphragme irido-ciliaires », enfin le « cristallin et son appareil suspenseur », « l'auteur envisage « les troubles de la statique et de la dynamique oculaire ». Ce quatrième et dernier volume complète la série d'études anatomiques, physiologiques et thérapeutiques consacrées par le professeur Terrien à ces régions.

Il étudie tout d'abord l'équilibre statique du globe : orthophorie et hétérophorie, avec les différentes variétés, puis son équilibre dynamique.

Celui-ci, à l'état normal, grâce aux mouvements réflexes de convergence et de latéralité suivant les lois d'extériorisation et de projection, permet les visions binoculaire et simultanée. Ses altérations donneront lieu aux *strabismes fonctionnels ou paralytiques*.

Le dernier chapitre est réservé aux déplacements du globe oculaire en totalité :*exophtalmie et énophtalmie*.

Mais comment comprendre les symptômes multiples et variés résultant des troubles de l'appareil moteur sans avoir présentes les notions fondamentales d'anatomie et de physiologie concernant les mouvements oculaires ?

Aussi, avant de décrire leurs altérations pathologiques : troubles fonctionnels et paralytiques, ces notions sont rappelées très rapidement.

Vie de Bianca Capello, par PIERRE-GAUTHIEZ, un volume in-8 écu, Bibliothèque « Historia », illustré de 16 hors-texte en héliogravure. Prix : 20 fr. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris (14e).

Toute la vie d'une femme, au siècle le plus brillant de la Renaissance italienne. Et cette histoire, aujourd'hui faite avec les documents vrais, que conservent les archives florentines, est plus étonnante que pas un roman fabriqué de toutes pièces.

M. Pierre Gauthiez, admirable connaisseur de cette époque, nous fait revivre en historien qui possède les plus beaux dons de l'écrivain et de l'artiste, l'histoire de la précoce fillette vénitienne enlevée à quinze ans par un jeune aventurier de Florence. Aventurière, elle aussi, elle échappe avec son amant, à la poursuite extravagante des lois vénitiennes. Après une fuite bizarre à travers mers et montagnes, elle parvient saine et sauve à Florence, qu'elle ne quittera plus jamais. Et là, elle se fait aimer du prince héritier, qui sera Grand Duc. Elle sait l'asservir au point que tous les obstacles s'effacent devant sa volonté féroce, et qu'elle devient, à la fin, Grande Duchesse de Toscane, reçoit la rose d'or du Pape, et un collier de diamants offert par cette même République de Venise qui avait voulu l'arrêter, l'emprisonner, la condamner à la réclusion éternelle.

Tout cela, d'étape en étape jusqu'au triomphe et à la mort prématurée, est raconté, d'après les textes originaux, dans le cadre des mœurs étranges et somptueuses, parmi les personnages magnifiques de ce temps-là. Scènes d'amour, scenes de sang, ruses et victoires, meurtres et complots, tout se mêle dans un ensemble qui fait penser à ces tapisseries mêlées d'or et de pourpre, qui décoraient les salles où vivaient de tels personnages.

certains admettent qu'elle a toujours pour origine une néphrite, même latente : c'est l'opinion soutenue par Ambard (1906). Mais il est certain que l'insuffisance rénale n'engendre pas forcément l'hypertension, car celle-ci fait souvent défaut alors même que les fonctions du rein sont complètement abolies, par exemple dans les néphrites aiguës avec anurie.

Reprenant la théorie de la fibrose artério-capillaire émise par Gull et Sutton (1) en 1872, Josué, Aschoff ont invoqué une artério-sclérose généralisée, frappant les artères du rein comme les autres. Mais on observe souvent, comme l'ont fait voir Dunin, Etienne et Parisot, Krehl, des lésions étendues d'artério-sclérose sans hypertension.

A défaut d'altérations des parois artérielles, Huchard, Russel (1907), Vaquez, Pal, ont invoqué un spasme artériolaire généralisé.

D'autres auteurs attribuent l'hypertension des néphrites chroniques à une hyperplasie surrénale, opinion défendue par Widal et Boidin, Gaillard, Parisot.

Gallavardin admet que la tension artérielle a une action régulatrice sur le débit urinaire et que, lorsque celui-ci est diminué par un obstacle rénal, un spasme général des artères survient pour élever la pression sanguine dans le rein. Mais combien ne voit-on pas d'oliguries sans élévation de la pression artérielle !

Nous aurons à revenir sur cette question lorsque nous étudierons la pathogénie de l'hypertension en général.

Mais un autre aspect du problème pour le clinicien est de faire le départ, chez les malades atteints de néphrite avec hypertension, entre les symptômes relevant de la néphrite et ceux relevant de l'hypertension.

Dieulafoy avait bien observé une série de symptômes qu'il appelait les petits signes de brightisme : cryesthésie, doigt mort, démangeaisons, crampes, vertiges. On les attribuait volontiers à des actions toxiques résultant de l'insuffisance rénale. Cependant, dès nos premières recherches avec J. Castaigne sur l'exploration de la perméabilité rénale au moyen du bleu de méthylène, nous constations chez certains malades l'intégrité de cette perméabilité et nous rattachions la plupart de ces accidents à des troubles circulatoires (2).

Aujourd'hui, l'on a pu préciser la nature de ces troubles circulatoires. C'est à l'hypertension qu'on les attribue. Ils reste cependant que quelques accidents relèvent parfois d'un autre mécanisme.

En ce qui concerne les troubles oculaires, on distingue ceux qui dépendent, chez les brightiques, soit de l'œdème, soit des lésions rétiniennes liées à l'hyperazotémie de la néphrite scléreuse ou à l'hypercholestérinémie. L'amblyopie, la diplopie, l'amaurose, apparaissant et disparaissant brusquement, sont attribués aux spasmes vasculaires, d'origine centrale, liés à l'hypertension.

Parmi les paralysies, il en est qui sont produites par des lésions organiques, dont certaines peuvent dépendre pour une part de l'hypertension. Les autres ne sont plus attribuées à l'œdème cérébral invoqué par Traube, ni à l'intoxication admise encore par Ascoli. C'est aussi à des spasmes vaso-moteurs liés à l'hypertension qu'on attribue, avec Pal, les paralysies limitées, transitoires, récidivantes des néphrites chroniques.

Il en est de même des attaques éclamptiques qui caractérisaient ce qu'on appelait l'urémie convulsive.

C'est encore à l'hypertension que se rattachent les accès d'œdème aigu du poumon qu'on observe chez les brightiques avec aortite, et pour lesquels on invoquait également une théorie toxique.

En somme, la clinique montre souvent associés le syndrome d'hypertension et le syndrome d'insuffisance rénale. Mais chacun d'eux possède son individualité et peut s'observer isolément. Aussi conviendrait-il de renoncer définitivement à donner le qualificatif d'urémiques ou de brightiques à des accidents qui relèvent de l'hypertension et qui peuvent se rencontrer en dehors de toute altération des reins. De même, il convient aussi de ne pas qualifier d'hypertensives les néphrites scléreuses dans lesquelles se rencontre l'hypertension, qui ne dépend point de cette lésion rénale.

Vous avez vu deux malades atteints de néphrite chronique avec hypertension.

XV. L'employé de librairie, âgé de 47 ans, qui est entré à la Clinique le 22 novembre 1927, avait depuis quelque temps de l'essoufflement, de la fatigue, de l'insomnie et ces troubles s'étaient aggravés, disait-il, à la suite d'un panaris. Il était pâle et somnolent. Ses *urines* étaient *rares* et fortement *albumineuses.* L'*urée sanguine* atteignait 3 gr. 15 p. 1000. Au cœur on percevait un *bruit de galop* et un *clangor* aortique. La tension s'élevait à 25-15.

La nuit suivante ce malade fut pris de deux *attaques convulsives* avec perte de connaissance et morsure de la langue ; puis, le matin une troisième attaque semblable se produisit et la mort survint dans le coma, avec une température basse de 36°7.

XVI. Le garçon de recette de 61 ans qui est entré le 16 mars 1928, salle Barth, n° 6, ne faisait remonter sa maladie qu'à un an. Ayant éprouvé de la *céphalalgie*, des *vertiges*, du *prurit* et des *épistaxis*, il avait alors consulté un médecin qui avait constaté de l'*albuminurie* et prescrit des diurétiques avec un régime sans sel. Mais la maladie n'en fit pas moins des progrès : l'urine diminua, les jambes enflèrent légèrement, la dyspnée survint, avec un amaigrissement de 14 kilos.

A son entrée à l'hôpital, il était dans un état de *torpeur* dont il ne sortait que lorsqu'on l'interpellait vivement. Sa peau était sèche et écailleuse, son teint pâle. Il n'y avait pas d'œdème des jambes, mais de la base gauche de la poitrine on retira un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant des placards endothéliaux. L'urine était rare, très pâle, mousseuse et fortement albumineuse. L'*urée sanguine* atteignait 2 gr. 70 p. 1000. L'urée de l'urine s'éliminait à la concentration maxima de 9 gr. p. 1000 ; soit en 24 heures, pour 200 gr. d'urine émise, 1 gr. 80.

L'auscultation du cœur révélait un *bruit de galop* et un *frottement péricardique*. La tension était de 22,5-13. L'examen ophtalmologique montrait de l'opacité cristallinienne, une *rétinite* brightique avec exsudats et hémorragies et une acuité visuelle réduite à 1/20. La réaction de Wassermann était négative.

Vous voyez qu'il s'agissait d'une néphrite scléreuse avec hyperazotémie, et que l'hypertension dans ce cas ne tenait qu'une place bien accessoire dans la symptomatologie.

Le malade devint de plus en plus soporeux dormant le jour, agité la nuit. Sa température oscillait entre 36° et 37°2, hypothermie en rapport avec l'hyperazotémie et, quand il s'éteignit, le 28 mars, elle était descendue à 35°2.

L'autopsie montra de *petits reins rouges granuleux* pesant chacun 170 gr., un *cœur très hypertrophié* avec l'aspect de langue de chat, des exsudats péricardiques, une rate dure, couverte de plaques de périsplénite, un *épanchement pleural* abondant à gauche, de la *congestion œdémateuse du poumon* droit et des surrénales hypertrophiées, pesant chacune 12 gr., c'est-à-dire 2 fois plus qu'à l'état normal. Celle du côté gauche est indurée. Examinée au microscope avec le concours de M. Héraux, elle montre, surtout dans la substance corticale, des formations plus ou moins arrondies, limitées par une masse de tissu conjonctif du type fibrillaire, contenant dans ses mailles de nombreux capillaires congestionnés.

Ces formations nodulaires tranchent nettement sur les parties avoisinantes par leur structure. A un fort grossissement, chaque nodule est formé d'un mince réticulum conjonctif découpant la plage nodulaire en un damier irrégulier où sont sont disséminées de grandes cellules à protoplasma clair, aux limites indécises, contenant au centre un noyau arrondi et fortement basophile.

Ces cellules si différentes des cellules surrénales étant groupées en nodules nettement circonscrits par du tissu conjonctif et n'offrant, d'autre part, aucun des caractères des cellules cancéreuses, on peut conclure qu'il s'agit d'une néoplasie bénigne à cellules claires, d'un *adénome surrénal* à cellules claires.

(1) W. Gull et H.-G. Sutton. — *Med. chir. Trans.*, 1872, vol. 55, p. 273.
(2) Ch. Achard et J. Castaigne. — Diagnostic de la perméabilité rénale. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 avril 1897, p. 647.

Si la sclérose rénale, quand elle cœxiste avec l'hypertension, n'en est pas la cause, il est encore d'autres lésions trouvées à l'autopsie d'hypertendus qui ne sauraient non plus être tenues pour génératrices d'hypertension. Bien plus, parmi les lésions trouvées à l'autopsie des hypertendus, certaines sont attribuées à l'hypertension plutôt que considérées comme la cause de l'hypertension ou comme l'effet de la même cause.

Je vous ai déjà signalé les altérations du rein dans l'éclampsie puerpérale, lésions étendues, analogues à celles que produit la compression expérimentale de l'artère rénale, c'est-à-dire une action mécanique. A vrai dire, de telles lésions ne s'observent pas dans tous les cas d'hypertension aiguë paroxystique, telle que celle du saturnisme ou de l'épilepsie vulgaire.

Dans l'hypertension chronique, la sclérose viscérale et celle du rein en particulier, seraient, selon Vaquez, une conséquence de l'hypertension. Cet auteur donne comme argument à l'appui que la sclérose de l'artère pulmonaire, lésion fort rare, s'observe surtout en cas de rétrécissement mitral qui augmente la pression dans la petite circulation.

On invoque aussi des faits expérimentaux : les altérations des parois vasculaires produites par Josué au moyen des injections d'adrénaline qui élèvent la pression ; l'hypertrophie du cœur et l'épaississement des tuniques aortiques obtenus par Krilow sur des agneaux qu'il suspendait par les extrémités postérieures, selon le procédé de Blatz pour élever la pression artérielle ; la sclérose artérielle provoquée par A. Carrel et Guthrie en dirigeant le sang d'une artère dans un réseau veineux de moindre capacité, ce qui augmente la pression dans l'artère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 avril 1929.

Un cas d'acromégalie sans tumeur de l'hyprophyse mais avec psammome comprimant le lobe frontal gauche. — *MM. P. Carnot, A. Lambling et Mlle M. Tissier* apportent l'observation et les pièces anatomiques concernant une femme de 76 ans qui succomba peu de temps après son admission dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu aux progrès d'une insuffisance cardiaque. Cette malade présentait, en outre, un syndrome acromégalique des plus caractéristiques dont les premières manifestations remontaient à 40 ans. Or, ni par l'exploration stéréoradiologique, ni ultérieurement à l'examen anatomo-histologique, il ne fut possible de déceler une tumeur ou des lésions de l'hypophyse. Par contre, il existait dans le tiers antérieur du sillon interhémisphérique un psammome presque totalement calcifié, très nettement visible d'ailleurs sur les stéréographies et se creusant une loge profonde dans le lobe frontal gauche. Cette tumeur intra-cranienne avait eu une évolution totalement latente et ne se traduisait par aucun signe d'hypertension cérébrale, ni troubles visuels, ni hémianopsie, ni stase papillaire notamment. Elle n'exerçait aucune compression directe sur le troisième ventricule, ni sur la tige pituitaire. Tout en marquant ce qu'une semblable coïncidence peut avoir de troublant, sans qu'on puisse d'ailleurs établir actuellement les rapports qui pourraient unir les troubles du développement osseux et la tumeur meningée, les auteurs se bornent à verser leurs constatations dans le dossier des observations d'acromégalie authentique sans lésions macroscopiques ou histologiques de l'hypophyse.

Quelques recherches sur l'état physico-chimique du sérum chez les hypertendus. — *MM. Pr. Merklen et J. Chaumerliac* font remarquer que les dosages des différents corps du serum sanguin au cours des néphrites visent à déterminer leur concentration moléculaire et n'ont par suite à faire qu'à des mesures chimiques. Ils ont eu recours à des procédés physico-chimiques de façon à déterminer l'état des électrolytes du sang. Après avoir rappelé que le courant électrique passe d'autant plus facilement dans une solution que celle-ci est plus riche en ions et que sur cette donnée repose la notion de conductivité ; après avoir rappelé d'autre part que le degré de dissociation exprime le rapport des molécules dissociées dans une solution au nombre des molécules primitivement introduites dans cette dernière, les auteurs se sont proposés d'étudier l'état physico-chimique du sérum sanguin chez les hypertendus et d'y rechercher le rôle joué par l'ion Cl. Le point émergent de leurs recherches réside dans la grande augmentation du degré de dissociation du sérum des hypertendus. Ce degré, de 55 à 60 % à l'état normal, augmentait dans leurs observations jusqu'à 95 % en moyenne. Ils ont même noté le chiffre de 100 %. Cette élevation ne peut s'expliquer uniquement par des modifications au niveau des électrolytes ; il y a tout lieu d'admettre l'intervention de variations de l'état physico chimique des protéines, comme le prouvent au surplus les changements de la vitesse de sédimentation, de la viscosité et de l'indice réfractométrique. Par ailleurs, la chlorémie plasmatique était généralement un peu élevée. Ses variations ne se sont pas toujours montrées, après chloruration, parallèles à celles de la conductivité. Il semble donc que l'ion Cl ne joue pas un rôle prépondérant dans la pathogenie de l'hypertension. Chez trois malades qu'ils ont chlorurés, les auteurs ont noté une élévation de la chlorémie plasmatique, deux fois avec élévation de la tension artérielle, une fois sans modification de cette tension. Dans les deux premiers cas, la conductivité est restée constante, le degré de dissociation ayant suivi une baisse importante. On a l'impression que dans l'une et dans l'autre circonstances les variations des protéines ont été différentes. Le degré de dissociation est un des facteurs qui doit entrer en jeu dans la régulation de la pression osmotique.

Remarques sur un cas d'endocardite maligne lente. — *M. Langeron* rapporte un cas ayant évolué en déterminant successivement une néphrite, une synovite, une réaction méningée, puis de nouvelles poussées de néphrite et enfin des anévrismes des artères poplitées, droite et gauche. Toutes les recherches de laboratoire sont restées négatives. Le diagnostic a pu être posé par l'apparition d'un souffle diastolique au foyer aortique est confirmé par l'examen anatomique qui a montré une endocardite ulcéreuse des valves aortiques qui etaient déchiquetées. Il existe, en outre, des infarctus, notamment de la rate.

Sur un accident de la transfusion sanguine. — *M. Dufour* rapporte l'histoire curieuse d'une jeune femme atteinte d'anémie prononcée qui, deux mois après une transfusion sanguine, a présenté une éruption dont la nature syphilitique n'était pas douteuse. L'auteur insiste sur le fait que le donneur semblait être en très bonne santé.

M. Marchal cite un cas de roséole typique apparue quatre semaines après une transfusion. Le donneur était syphilitique.

M. Tzanck cite un cas semblable à celui rapporté par M. Marchal, mais fait des réserves sur celui de M. Dufour, dans lequel la preuve de l'étiologie syphilitique du donneur n'est pas faite.

M. Pinard considère l'observation de M. Dufour très intéressante et confirme l'existence de syphilis sans chancre.

M. Pagniez cite une observation américaine semblable à celles rapportées par les auteurs.

René GIROUX.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Syphilis héréditaire et endométrite. Avortements multiples,

Par le Dr **Henri VERMELIN**,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Nancy.

Je vis Madame C. pour la première fois en juin 1926. De constitution robuste, cette jeune femme présente toutes les apparences de la santé. D'une famille de neuf enfants tous vivants, elle n'a jamais été malade. Réglée de façon régulière depuis l'âge de 14 ans, elle s'est mariée en 1922, acceptant avec joie, les quelques ennuis des débuts d'une gestation tôt survenue. L'accouchement s'effectue à terme sous la surveillance d'un médecin ; l'enfant qui se présente p ar le sommet succombe au cours de l'expulsion sans que, dit-elle, on ait pu donner d'explication plausible à cet accident.

Désireuse d'effacer le souvenir pénible laissé par cet évènement, elle redevient enceinte cinq mois après pour la seconde fois : dès la sixième semaine apparaissent des douleurs et des écoulements sanguins qui entraînent l'avortement dans les jours suivants.

Une troisième gestation se développe quelques mois après ; mais dès la seconde absence de règles, à nouveau des écoulements sanguins précèdent de peu l'expulsion d'un œuf de quelques semaines.

Une consultation médicale conclut alors à l'existence d'endométrite et cette jeune femme est soumise au traitement classique : repos étendu, grandes irrigations vaginales chaudes que l'on doit cesser au bout de six semaines en raison de la fatigue qu'elles entraînent.

En juillet 1925 la quatrième gestation ne dépasse pas le deuxième mois et a le sort des précédentes. A l'occasion d'une nouvelle consultation médicale, il semble que l'idée d'endométrite ait été écartée ; les recherches se dirigent vers la possibilité d'une tare syphilitique. La réaction de Bordet-Wassennann faiblement positive de la femme est négative chez le mari. Après un traitement anodin de quelques semaines, la réaction est franchement négative ???

Néanmoins une sixième gestation est interrompue dès ses débuts et c'est peu après que cette jeune femme vient me voir désolée ne pouvoir mener à bien aucune grossesse.

L'examen génital que je pratique alors me montre que l'utérus légèrement augmenté de volume est en rétroflexion, mobile, non douloureux et facilement réductible ; le col est gros à muqueuse éversée et présente à ce niveau une légère exulcération suintante.

Je pratique alors à quelques jours d'intervalle des attouchements de l'ulcération à la teinture d'iode et au début d'août l'amélioration est telle que je conseille l'épreuve d'une nouvelle gestation, après qu'une consultation d'un syphiligraphe autorisé a écarté momentanément l'idée de syphilis héréditaire.

L'endométrite me parait être en effet la lésion dominante et dès cette époque, il est convenu qu'en cas de nouvel accident on profitera de la facilité d'accès sur la muqueuse utérine pour l'abraser complètement par un curettage léger.

La septième gestation débute vers la fin d'octobre et le 7 décembre l'avortement se produit malgré le repos absolu au lit observé depuis novembre. Le curettage est pratiqué le 8 décembre à la curette mousse et suivi d'une injection intra-utérine iodée à la solution de Tarnier. La rétroflexion se reproduit malgré la surveillance et les soins apportés à l'empêcher.

Les règles sont nettement régularisées à la suite le l'intervention.

En juillet 1927 une huitième gestation se précise et évolue de façon tout à fait normale. Je fais observer le repos aux époques correspondant aux règles, date à laquelle j'ordonne jusqu'au 4e mois et pendant cinq jours « d'Aphloïne » de Trouette-Perret à raison de deux cuillères à café matin et soir.

Ne pouvant, néanmoins, complètement écarter les possibilités d'une hérédité syphilitique, je fais faire un traitement arsenical qui consiste en trois séries de sept injections intraveineuses d'arséno-benzol à doses faibles : la plus forte dose employée est de 0,45 centigrammes.

Dans l'évolution de la gestation je ne constate *aucune anomalie* : pas le moindre exès de liquide et c'est sans appréhension que j'attends l'accouchement qui se produit à terme le 25 avril 1928, les dernières règles étant du 2 au 6 juillet précédent.

L'accouchement est lent, les contractions irrégulières, l'expulsion toutefois est rapide et se termine par la naissance d'un enfant de belle apparence et qui pèse 3.800.

Le placenta pèse 600 grammes et n'offre aucune particularité, son aspect est en tous points normal, il est régulier peu épais, de consistance ferme et de coloration rouge.

Les suites de couches sont apyrétiques et je profite de la malléabilité spéciale de l'utérus à ce stade de la puerpéralité, pour réduire la rétroflexion qui se produit vers le 16e jour. Pendant une semaine je fais chaque jour un massage utérin léger, l'utérus garde la bonne position qui lui est donnée et après le retour de couches est trouvé en anté-position normale.

A cette époque j'étais persuadé que, seule, l'endométrite avait été l'origine des avortements successifs et j'avais tedance à croire que la mort du fœtus au premier accouchement était d'ordre mécanique, passé inaperçu. Il me semblait que l'idée de syphilis héréditaire pouvait être laissée de côté.

Or tout récemment à l'occasion d'un incident d'allaitement, j'ai revu l'enfant. Nourri au sein de sa mère sa progression en poids a été régulière, mais son aspect extérieu est caractéristique : la tête volumineuse, les bosses frontales saillantes, les fontanelles incomplètement ossifiées, l'allure générale est celle d'un arriéré, manifestement il s'agit d'un hérédo-syphilitique.

L'histoire de cette jeune femme s'éclaire de ces constatations nouvelles :

C'est à la syphilis héréditaire qu'il faut attribuer la fragilité et la mort du fœtus au premier accouchement et c'est alors seulement qu'intervient l'endométrite responsable des avortements successifs. Le succès du curettage vient confirmer cette manière de voir.

Dès à présent le traitement spécifique s'impose chez l'enfant ! Faut-il l'établir chez la mère ? Je ne le crois pas en raison de sa belle santé et de la négativité de sa sérologie plus ieurs fois controlée. Elle appartient à cette catégorie de femme chez qui la tare ancestrale n'apparait qu'à l'occasion de la gestation ! C'est donc au cours de la gestation que le traitement devra être établi : traitement intensif où se combineront les médications mercurielles et arsenicales suivant les tendances actuelles.

Ce cas montre les hésitations et les difficultés d'un diagnostic de syphilis héréditaire et c'est pourquoi toujours le traitement spécifique s'impose chez la femme enceinte alors que son passé obstétrical est douteux. Notre devoir social est de dépister la syphilis dans ses moindres manifestations et nous avons dans la gestation le moyen de mettre en évidence cestains stigmates qui n'apparaissent qu'à son occasion.

VARIÉTÉS

J'en appelle au monde civilisé

Lettre ouverte aux membres de la S. D. N.

Sous ce titre, notre confrère le Dr G. Espé de Metz, va publier un ouvrage dans lequel il étudie le problème de la paix et expose les raisons pour lesquelles il ne croit pas à la possibilité de supprimer la guerre qu'il considère comme une *fonction planétaire*. Selon lui, il serait, en tout cas, d'une extrême importance de faire tout le possible pour humaniser la guerre et pour sauver, dans le cas où celle-ci devrait encore survenir, le plus grand nombre possible de non-combattants.

Il fait à ce sujet un certain nombre de propositions. Nous extrayons le passage consacré à ce qu'il appelle le *lieu de Genève*.

Le lieu de Genève.

Si la guerre doit encore survenir, qu'il y ait *ou non* emploi de gaz toxiques, que de vastes souterrains aient été ou non aménagés sous les villes exposées aux bombardements, *je demande que soit assurée dans la limite du possible la sécurité du plus grand nombre possible de non-combattants.*

Je demande qu'à *tout le moins* les mères avec leurs enfants en bas âge, les jeunes enfants, les vieillards, les infirmes, soient soustraits aux affres et aux dangers du bombardement, ne soient pas exposés à être blessés ou tués soit à l'air libre, soit comme les rats, dans des trous.

Je demande que les mesures nécessaires soient prises pour qu'au cours des hostilités, ces non-combattants puissent mener une vie sinon normale, sinon confortable, du moins exempte de dangers et d'angoisses pour leur sécurité personnelle et pour celle de leurs jeunes enfants.

Quelles sont les mesures à prendre ?

J'en vois une qui, à mon avis, doit faire l'objet d'études immédiates.

Laquelle ?

Déterminer *dès le temps de paix* dans le territoire de chacune des nations susceptibles de devenir belligérantes (quelle nation n'est susceptible de devenir belligérante ?) et faire connaître en tous pays les emplacements délimités avec précision où les non-combattants (mères et jeunes enfants, vieillards, infirmes.....) seraient rassemblées en cas d'hostilités.

Ces emplacements dont le nombre et l'étendue pourraient être attribués au prorata de la valeur numérique de la population des nations intéressées, feraient l'objet d'accords internationaux destinés à leur conférer la qualité de *lieux de Genève* c'est-à-dire de lieux neutres devant être soustraits, en cas d'hostilités, à toutes fins, comme à tous buts, à tout objectif militaire.

Que seraient, en réalité, ces lieux de Genève ?

C'est ce dont l'étude conjointe des représentants de deux nations exposées à se trouver en guerre l'une contre l'autre pourrait, au mieux des intérêts réciproques de ces deux nations, établir et préciser les déterminations.

Déterminations qu'un organisme international, conseiller, aide, régulateur en quelque sorte des tractations particulières, serait appelé à enregistrer, à authentiquer, à rendre valides et valables au regard de toutes les nations.

Camps de Genève, endroits de Genève ou même *villes de Genève* (1) *zones de Genève*, ces lieux neutralisés devraient répondre aux conditions suivantes :

— *Etre situés loin de toute agglomération exposée au bombardement, loin aussi de tout ouvrage destiné à des fins militaires ou devant nécessairement de par sa situation ou par son rôle éventuel se présenter aux yeux de l'ennemi comme un objectif à atteindre.*

(1) Je dis *ville* avec intention. Pourquoi certaines villes ne seraient-elles pas neutralisées et placées, durant la guerre, sous le contrôle de neutres agréés par l'un et par l'autre des belligérants ?

— *Offrir des garanties suffisantes d'ordre hygiénique : se prêter sans difficulté aux installations de fortune, aux aménagements que nécessiterait l'arrivée subite d'un nombre élevé de non-combattants ; dans le cas où ces installations et aménagements n'auraient pas été faits durant la paix.*

— *Etre pourvus de limites indiquées avec beaucoup d'exactitude sur des cartes mises dans le commerce et communiquées dès le temps de paix à tous les gouvernements étrangers.*

— *Etre placés, au cours des hostilités sous le contrôle de neutres agréés par chacun des gouvernements belligérants; neutres dont le rôle serait de dénoncer sans délai toute infraction aux conventions : ainsi l'attaque du lieu de Genève par l'ennemi, ainsi l'utilisation du lieu de Genève à des fins militaires.*

En ce qui a trait aux infractions, observons qu'elles exposeraient aux sanctions les plus sévères : l'attaque par l'ennemi donnerait droit à des représailles de gravité au moins égale à celle de l'offense ; l'utilisation d'un lieu de Genève à des fins militaires entraînerait le déclassement du lieu, c'est-à-dire la perte du bénéfice de la neutralité.

Quant au symbole du drapeau destiné à permettre de reconnaître au loin le camp, le lieu, la zone de Genève, il me semble que le plus simple serait d'adopter la Croix de Genève à deux ou trois croisillons.

Tout ce que j'ai dit au chapitre précédent se peut appliquer au *lieu de Genève* à aménager dès le temps de paix.

La conception satisfait aux besoins de la sensibilité ; disons même non pas seulement de la plus noble, mais de la plus douce, de la plus profonde sensibilité : celle qui part d'un sourire des lèvres les plus dures à la vue de la mère entourée de ses petits, du nouveau-né dans ses langes, celle qui incline les têtes les plus orgueilleuses sur le passage d'un vieillard.

Elle ne s'appuie pas seulement sur la sensibilité. Ici encore elle tire sa solidité de l'emploi avantageux d'un *do ut des*. Car, si le lieu de Genève n'existe pas, si rien, absolument rien n'est à l'abri du projectile ennemi, quel belligérant, de quelque supériorité qu'il se croie assuré, n'est exposé à la perte par le bombardement de ses enfants les plus chers, par exemple à la perte, en pays monarchique, de tout jeunes princes idolâtrés de leur peuple.

Sauver des non-combattants n'est pas seulement l'intérêt des non-combattants, il est l'intérêt de tous.

Intérêt des Gouvernants belligérants, intérêt moral et même pécuniaire car une vie humaine est un capital, tandis qu'une mort à l'ennemi, une mutilation sont des pensions à payer.

Intérêt des combattants tranquillisés au feu de savoir hors de danger ceux des leurs qui leur sont les plus chers parce que les plus faibles, les plus fragiles, la femme et son nouveau-né, la vieille maman, le grand-père infirme..... soulagés aussi, je veux le croire, de penser que les projectiles partis de leurs lignes ne risqueront pas désormais de détruire des nids, d'anéantir des berceaux.

Intérêt des nations neutres elles-mêmes, je veux dire de celles des nations voisines des belligérants qui grâce à la création de *lieux de Genève* subiront moins lourdement la charge de recueillir des flots de réfugiés.

L'aménagement des lieux de Genève soit au cours des hostilités, soit, ce qui vaudrait beaucoup mieux, dès le temps de paix, ne semble pas devoir rencontrer d'objections valables.

Il n'est que de renvoyer à leurs études ceux des spécialistes qui invoqueraient contre la réalisation du projet des exigences d'ordre tactique. Les fiefs de Genève, c'est-à-dire les formations sanitaires n'ont pas laissé que d'exister — d'exister même dans les premières lignes — au cours des dernières guerre et nul n'oserait soutenir que leur présence a pesé sur le sort des batailles. Que ceux de messieurs les militaires qui tenteraient d'opposer à la désignation d'endroits neutralisés à l'usage des non-combattants des arguments d'ordre militaire veuillent bien se persuader de ce que l'étendue relativement infime de ces endroits n'eut pas occasionné de préoccupation à César ou à Napoléon,

qu'à l'avenir elle n'en sera pas davantage aux chefs qui savent leur métier.

Une critique qui sera vraisemblablement faite est qu'un lieu de Genève pourrait être utilisé clandestinement pour d'autres desseins encore que celui auquel il est destiné, servir à des préparations, à des réalisations d'ordre militaire.

Je réitère que le lieu de Genève devra être placé sous le contrôle de neutres, au besoin assermentés, nantis, en tout cas, des droits d'investigation les plus étendus.

Il sera loisible à ces contrôleurs de s'informer avec précision de tout ce qui se passe dans la zone neutralisée, le cas échéant, de dénoncer les supercheries.

Rien d'autre part ne sera plus malaisé que d'usurper la qualité de non-combattant autorisé à se réfugier *dans un lieu de Genève* dans une zone de Genève, puisque, en outre de l'attestation individuelle, qui dès le temps de paix, pourra être délivrée par les autorités aux intéressés, ceux-ci seront gens reconnaissables à vue d'œil : femmes gravides, mères allaitant, nourrissons, enfants jeunes, vieillards, infirmes......,

Et qui plus que cette population de malheureux et de malheureuses sera convaincue des avantages de la neutralité et sincèrement décidée à la faire observer puisque le manquement serait suivi de la plus redoutable des sanctions : le déclassement du lieu, c'est-à-dire la fin de la neutralisation, la menace du bombardement coercitif ?

Les objections contre le lieu de Genève n'ont pas plus de valeur que celles qui se sont élevées contre la Croix de Genève.

Dr G. Espé de Metz.



NOUVELLES

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête, du cou et du thorax), en dix leçons, par M. le Dr Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 6 mai 1929, à 13 heures et continuera les jours suivants à la même heure. Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription ; 300 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer à-Moulin, Paris (5e.)

Programme du cours. — 1° Chirurgie du corps thyroïde : Ligature des artères thyroïdiennes, énucléations, intra-glandulaires, thyroïdectomies partielles. — 2° Chirurgie du cancer de la langue : Amputations de la langue. Ligature de la carotide externe. Exérèse des ganglions du cou. Opérations combinées avec la curiethérapie ; —3° Chirurgie des glandes salivaires et de l'œsophage cervical : Enucléation des tumeurs mixtes de la parotide. extirpation de la parotide. Extirpation de la sous-maxillaire. Œsophagotomie externe cervicale ; —4° Chirurgie de plaies de poitrine : Voies d'abord et traitement des plaies du cœur et du poumon. Chirurgie transpleurale, — 5° Chirurgie thoraco-abdominale : Mobilisation du rebord thoracique, thoraco-phréno-laparotomie. Traitement des plaies thoraco-abdominales. Traitement des hernies diaphragmatiques. Thoraco-médiastino-laparotomie postérieure extraséreuse. — 6° Chirurgie des suppurations pleuro-pulmonaires : Pleurotomie avec résection costale. Thoracectomies. Thoracoplasties. Pleurectomies. Décortication pulmonaire. Décollement pleuro-pariétal. — 7° Chirurgie cranio cérébrale. Technique générale des trépanations et de l'exploration du cerveau. Traitement particulier des fractures de la voûte et de la base et des hémorragies méningées. — 8° Chirurgie des nerfs craniens : Chirurgie du trijumeau : neurotomie rétro-gassérienne. Découverte du facial et du spinal ; — 9° Chirurgie des nerfs du cou : Chirurgie, du sympathique cervical : section des rameaux communicants ablation des ganglions cervicaux, sympathectomie péri-artérielle. Phrénicectomie. — 10e Chirurgie du rachis et de la moelle : Opérations a kylosantes dans le mal de Pott (Albee, Hibbs.) Laminetomie. Section des racines postérieures. Cordotomie.

Société internationale de chirurgie. VIIIe Congrès. (Varsovie, 22-25 juillet 1929). — Voici le programme scientique du Congrès : Première question : Embolie postopératoires (causes et mécanisme). Rapporteurs : MM. CHIASSERINI (Rome), FORGUE (Montpellier), GOVAERTS (Bruxelles), MATAS (New-Orléans), RITTER (Zurich). — Deuxième question : Résection de l'estomac. Rapporteurs : MM. BATRINA (Barcelone), BALDO ROSSI et SCALONE (Milan), LARDENNOIS (Paris), RIBAS-RIBAS (Barcelone), SCHOEMAKER (La Haye), PUIG SUREDA (Barcelone). — Troisième question : Maladie de Basedow. Rapporteurs : MM. BERARD (Lyon), CRILE (Cleveland), NOGUCHI (Beppu Japon), TROELL (Stockholm). — Quatrième question : Chirurgie réparatrice de la hanche. Rapporteurs : MM. ASHHURST (Philadelphie), HYBBINETTE (Stockholm), MATHIEU (Paris), PUTTI (Bologne).

Asile National des Convalescents de Saint-Maurice. — *Concours d'internat.* — Les inscriptions sont reçues à l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), jusqu'au 16 mai 1929. Les épreuves auront lieu le jeudi 23 mai 1929. Les candidats déclarés aptes à l'emploi d'interne seront nommés aux places vacantes suivant l'ordre de leur classement.

Les internes de l'Asile national des convalescents sont logés et nourris dans l'établissement et reçoivent une nouvelle indemnité annuelle fixée à 3.000 fr. pour la première année, à 3.300 fr. pour la deuxième année, à 3.600 fr. pour la troisième.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1928-1929, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saint-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saint-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE TROISIÈME TRIMESTRE 1928-1929. — 28 avril, M. M.-P. WEIL : Rhumatismes infectieux et rhumatismes syscrasiques. — 12 mai, M. QUEYRAT : Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire larvée du premier âge. — 26 mai : M. HEUYER : Les principes de neuro-psychiatrie infantile. — 2 juin : M. MONBRUN : La diathermie médicale et chirurgicale dans la thérapeutique optalmologique journalière. — 9 juin : M. LEVEUF : Les fractures du col du fémur. Etat actuel de leur traitement. — 16 juin : M. GRENET : Etude clinique de la fièvre typhoïde chez les enfants. — 23 juin : M. LÉVY-VALENSI : L'abbé Bourdelot, médecin des Condé.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : un an, France : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

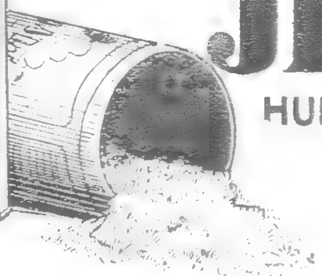
Sommaire du N° du 15 avril 1929 : F. Baldensperger : Les années 1927-1928 en France et en dehors (XI) ; Le conflit des idées historiques. — J. Chevalier : L'habitude (III) ; La vie et l'adaptation. — H. Hauvette : La France et la Provence dans l'œuvre de Dante (V) ; Dante et la poésie provençale. — M. Poète : L'évolution des villes (XVII) ; Douro-Europos et Palmyre. — A. Jolivet : Les drames de Strinberg (XIV) ; Inferno. — S. Silvestre de Sacy : Variétés ; Balzac et le livre mystique (*fin*). — P. Josserand : Prosper Mérimée de 1834 à 1853, par P. Trahard.




PRURIGO INFANTILE
URTICAIRES
MIGRAINES
DRAGÉES INALTÉRABLES
GRANULÉS
PEPTALMINE
4
PEPTO.ALBUMINES
et
FARINE DE BLÉ
dans
l'enrobage
TROUBLES DIGESTIFS
STROPHULUS.ECZÉMAS


CONGESTIONS DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
en Granulés
PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE
4 PEPTO ALBUMINES
et Sulfate de Magnésie
COLITES
MIGRAINES
TROUBLES HÉPATO.BILIAIRES


JEMALT
WANDER



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Hygiène sociale. Fascicule du Traité d'hygiène. MARTIN et BROUARDEL. 2 vol.. 160 fr. (Baillière).

Le biotropisme. par le Dr G. MILIAN. In-8, 263 p. : 36 fr. (Baillière).

Consultations infantiles, par le Dr PAISSEAU. In-16, 174 p. : 15 fr. (Baillière).

Leçons d'embryologie humaine avec notions élémentaires sur les principales malformations congénitales, par G. DUBREUIL. In-8, 386 p., 334 fig. : 60 fr. (Vigot).

Les religions révélées, par le Professeur Henri ROGER. 2e éd. 2 vol. : 60 fr. (Œuvres représentatives).

Les courants continus et les courants faradiques, par L. DELHERM et A. LAQUERRIÈRE. Vol II. In-8, 68 p., 29 fig. : 10 fr. (Gaultier-Villars).

Physiologie gynécologique et médecine des femmes, par H. VIGNES. 568 p., 75 fig. : 65 fr. (Masson).

Qu'est-ce-que la médecine. suivi de six autres essais, par E. RIST. 136 p. : 25 fr. (Masson).

Le métabolisme basal, par M. LABBÉ et H. STEVENIN. 344 p., 31 fig. : 40 fr. (Masson).

Les maladies typhoïdes. Etudes cliniques, pathologiques et thérapeutiques, par Ch. ACHARD. 306 p. : 36 fr. (Masson).

Phlébites, thromboses et embolies post-opératoires, par J. DUCUING. 512 p., 65 fig. : 60 fr. (Masson).

Les otites moyennes, par G. PORTMANN et Karl KISTLER. 212 p., 77 fig., 8 pl. en couleurs : 70 fr. (Masson).

Les anomalies du complexe ventriculaire électrique. Leur importance en clinique, par J. ROBERT-LÉVY. 204 p. : 30 fr. (Masson).

Précis de l'ionothérapie électrique, par le Dr F. GIDON. In-8. 96 p. avec tableau : 15 fr. (Presses Universitaires).

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Consultation écrite : Séance du 23 avril : MM. Maurer 20, Oberlin 20, Leibovici 19, Wilmoth 20.

Les autres candidats se sont retirés. A la suite de ce concours sont nommés : MM. Maurer et Wilmoth.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — 2e épreuve écrite : Séance du 23 avril. Question traitée : Hémorragies utérines du post-partum à l'exception des hémorragies immédiates de la délivrance.

Questions restées dans l'urne : Colibacillose pendant la grossesse et les suites de couches ; — Les déchirures du vagin pendant l'accouchement.

Concours de médecin des hôpitaux. — Consultation écrite : Séance du 22 avril : MM. Lelong 18.27, Debray 20, Levesque 18.27.

Séance du 23 avril : MM. Hagueneau 20, Bith 19,72, Mme Bertrand-Fontaine 28.

Séance du 24 avril : MM. Coste 20, Turpin 20, Chevalley 19.54.

Epreuve clinique : MM. Turpin 19.80, Hagueneau 20, Debray 20, Coste 19.20, Mme Bertrand-Fontaine 19.70. Les autres candidats se sont retirés.

A la suite de ce concours sont nommés : MM. Hagueneau, Debray et Turpin.

Concours de médecin suppléant de l'assistance à domicile. — Epreuve clinique. — Séance du 22 avril : MM. Vidal 21, Houlnick 24, Néron 20, Mlle Vaynbaum 29.

A la suite de ce concours sont nommés : M. Ardin 56 pts. Mlle Ogliastri 56, Mlle Vaynbaum 54, MM. Néron 5?, Vidal 52, Mlle Péchenard 50, MM. Houlnich 48, Couturier 44, Mme Buquet 42, M. Dudin 32.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 26 avril. — Thèses vétérinaires. — M. PAIREMAURE. Le diagnostic de la morve par des méthodes biologiques.

30 avril. — M. BENOIST. Recherches cliniques d'une nouvelle pompe à lait électrique. — M. PRAT. Un chirurgien au XVIIIe siècle (J.-P. Desault, 1738-1795). — M. PICARDEAU. Prophylaxie des maladies vénériennes au XVIIIe siècle.

1er mai. — M. JARRIER. Etude sur le traitement du cancer du col utérin opérable. — TRAKNIS. Les pédicules vasculaires de la vessie et son péritoine chez l'homme. — M. BÉLANGER. Physiopathologie de la cystostomie sus-pubienne.

Thèses vétérinaires. — M. CHRISMENT. Expériences lors d'une épizootie de fièvre aphteuse. — M. MENOU. Etude de la biologie et du rôle pathogène des principaux muscoïdés créophiles.

Faculté de médecine de Paris. — M. Labbé (Marcel), professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite faculté (chaire non occupée : MM. Widal, dernier titulaire).

— La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 24 avril 1929.)

Dans le personnel des hôpitaux. — M. Couteaux, directeur de l'hôpital Ambroise-Paré, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Cochin ; M. Reithmuller, économe de l'hospice de Bicêtre, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Ambroise-Paré ; M. Brunot, directeur de l'hôpital Bretonneau est chargé des fonctions de l'hôpital Tenon ; M. Guiol, économe de l'hôpital Trousseau, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Bretonneau ; M. Le Brigand est chargé des fonctions d'économe de l'hospice de Bicêtre, et M. Mattéi de celles d'économe de l'hôpital Trousseau.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante, dans la catégorie des bactériologistes, par suite de la nomination comme membre de M. le professeur Nattan-Larrier.

Facultés de médecine. — L'article 1er du décret du 27 août 1927, portant fixation des traitements et des classes du personnel enseignant des facultés des universités des départements, est modifié ainsi qu'il suit : agrégés chargés d'enseignement et pérennisés : facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie, 30.000 fr.

— Les assistants (facultés des sciences) et les préparateurs (facultés de médecine, facultés mixtes de médecine et de pharmacie, facultés de pharmacie) en fonctions au 27 août 1927 seront reclassés, à compter du 1er janvier 1928, dans les cinq premières classes de leur emploi, conformément aux dispositions de l'article 4 du décret susvisé du 27 août 1927.

Les fonctionnaires nommés à un emploi de cette catégorie postérieurement au 27 août 1927 resteront rangés dans la classe à laquelle ils appartiennent actuellement.

— Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er janvier 1928.

Bourses de cure thermale et de séjour en montagne offertes à des enfants de médecins ou d'universitaires. — Le Dr Pierret, de La Bourboule, prendra à sa charge au cours des mois de mai, juin ou septembre 1929, les frais de séjour, d'établissement thermal, de soins médicaux, pour une cure dans cette station, offerte à deux enfants appartenant à une famille nombreuse ou digne d'intérêt dont les parents seraient professeur d'enseignement secondaire ou supérieur (d'Etat ou libre) ou médecin.

Il dispose également de bourses de séjour en montagne de quatre à cinq semaines à l'établissement de l'Adret (Villard-de-Lans), à certaines époques de l'année, offertes à des enfants répondant aux mêmes conditions. Les bourses de Villard-de-Lans et de la Bourboule peuvent être cumulées par un même enfant.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Pierret, 7 bis, rue Raynouard, Paris jusqu'au 15 mai et ensuite à la Bourboule (Puy-de-Dôme).

IVe conférence des psychanalystes de langue française. — La Société psychanalytique de Paris organise la IVe conférence des psychanalystes de langue française, sous la présidence du Dr A. BOREL (de Paris).

Les séances auront lieu à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, à l'Asile clinique Ste-Anne, 1, rue Cabanis, (Paris, XIVe), le lundi 3 juin 1929, à 9 heures 30 et à 14 heures 30.

Deux rapports seront présentés, l'un sur l'homosexualité féminine, par le Dr R. DE SAUSSURE (de Genève), l'autre sur la technique psychanalytique, par Mme E. SOKOLNICKA (de Paris).

Hôpital de la Pitié. — *L'Aide aux cardiaques.* — Le 20 avril, s'est réunie à l'hôpital de la Pitié, l'assemblée préparatoire d'une nouvelle association d'assistance sociale « L'Aide aux cardiaques ». Cette association portera également le nom de « Fondation Dike » en souvenir de la femme éminente qui, la première, a eu l'idée de cette œuvre.

M. le professeur Vaquez a exposé dans un rapport particulièrement documenté le but de la nouvelle association. Ce but est, pour les sujets jeunes, atteints de maladie organique du cœur, de les diriger vers les carrières convenant à leurs capacités physiques, de s'occuper au besoin de leur apprentissage et de leur placement ; pour les sujets plus âgés, de venir en aide à leur famille pendant le temps de l'hospitalisation, de leur trouver un emploi qui ne soit pas trop fatigant et, pour cela, de se mettre en rapport avec les chefs d'industrie susceptibles de leur procurer du travail.

Ces malades seront pourvus d'un carnet de santé, afin que les médecins qui les soigneraient par la suite soient au courant des accidents qu'ils ont présentés et du traitement qui leur a été appliqué. Ils auront donc ainsi, avec les soins qui leur sont donnés, le réconfort moral de savoir leur famille à l'abri de la misère et qu'ils ne seront pas, du fait de leurs lésions, condamnés à une existence précaire et misérable.

L'Association se composera de : membres fondateurs (cotisation annuelle : 500 fr., rachat 3.000 fr.), de membres donateurs (cotisation annuelle : 100 fr., rachat : 600 fr.) de membres adhérents (cotisation annuelle : 10 fr., rachat 100 fr.)

Les adhésions peuvent dès maintenant être envoyées à M. le Professeur Vaquez, président de l'Association, à l'hôpital de la Pitié, ou à M. Bouchet, trésorier, directeur de cet hôpital.

Nécrologie. — Dr Etienne COLAS, de Lille.

GLANURES

Les ennemis du tabac. — Les ennemis du tabac, réunis en congrès ces jours-ci, ce sont livrés à un formidable éreintement de la plante à Nicot, comme on l'appelle parfois encore, en souvenir de l'ambassadeur de Catherine de Médicis, Jean Nicot, qui en introduisit l'usage en France. Ces congressistes ont eu des prédécesseurs ; le pape Urbain VIII excommuniait les fumeurs, le roi d'Angleterre Jacques Ier faisait mieux : il les envoyait à la potence. Ce fut en vain ; le tabac triompha de ses ennemis, et lorsqu'en 1626 deux capitaines de vaisseau, Descambuc et du Rossey, en apportèrent de grandes quantités à Paris, la marchandise trouva immédiatement des preneurs, bien que, vendue chez les apothicaires, elle coûtât 12 francs la livre.

En présence de cette vogue, Richelieu pensa que le mieux était d'en tirer profit pour l'Etat, et il frappa le tabac d'un impôt de trente sols par livre.

Petit impôt est devenu grand ; il rapporte actuellement de deux à trois milliards par an au Trésor.

(*Figaro.*)

Faut-il fonctionnariser les médecins ? — Une controverse est ouverte dans le journal *l'Œuvre*, au sujet de la fonctionnarisation de la médecine.

Ce journal publiait il y a quelques jours la lettre d'un médecin qui demandait que l'on fît de ses confrères des fonctionnaires et exposait les avantages que cette « fonctionnarisation » procurerait, à son avis, à l'Etat, au public et aux médecins eux-mêmes. *L'Œuvre* du 5 avril publie la lettre d'un médecin d'un dispensaire parisien, qui tout en se montrant l'adversaire de la fonctionnarisation intégrale propose une fonctionnarisation partielle de la médecine. Nous reproduisons cette lettre.

« Je suis médecin et fils d'un fonctionnaire de l'Etat et ce souvenir suffit pour me faire repousser avec horreur et dégoût, la perspective de devenir un fonctionnaire de l'Etat.

« Les malades seraient les premiers à ne pas vouloir du médecin-fonctionnaire. La moitié des malades qui viennent chez moi auraient droit aux soins gratuits de médecins, fonctionnaires de l'Etat ou d'administrations privées : ils préfèrent payer, du moins quand ils sont vraiment malades. Le public a assez de bon sens pour comprendre que les médecins ne sont pas des êtres surnaturels et que, pour qu'ils soignent cons-

ciencieusement, il faut qu'ils soient payés consciencieusement... Inévitablement le médecin-fonctionnaire, qui est sûr de passer à la caisse à la fin du mois, se laisse insensiblement glisser à la loi du moindre effort.

« Il y a cependant une réforme qui pourrait se faire. Les études de médecine sont fort longues et demandent de lourds sacrifices de temps et d'argent et elles ne préparent guère à autre chose qu'à faire de la médecine. Il faut coûte que coûte que le médecin arrive à vivre d'un métier pour lequel il a sacrifié dix années de sa vie.

« Or il y a un budget médical de l'Etat, des départements et des communes qui, s'il était bien réparti, pourrait éviter les défaillances de certains médecins, de ceux qui, ne pouvant arriver à gagner leur vie en suivant la ligne droite, se laissent aller à prendre les chemins de traverse. Il y a 22.000 médecins en France, mais si l'on compte seulement ceux qui pratiquent réellement, ce nombre serait facilement réduit à 15.000. Il suffirait donc d'une somme de 150 millions pour que chacun de ces médecins reçût une allocation de 10.000 francs par an. En échange de cette allocation, les médecins seraient obligés d'assurer le service des institutions de médecine sociale. Cette fonction serait obligatoire par exemple jusqu'à l'âge de 55 ans. Ainsi l'Etat aurait un droit de contrôle sur les agissements de ces médecins qui, en cas de « manquement professionnel », seraient révoqués. La perspective d'une perte de 10.000 francs par an serait déjà un frein. Mais en outre cette révocation étant rendue publique serait une indication pour les malades, une manière de leur dire : « N'allez pas là-bas ! »

« En somme ce que je propose, c'est tout de même une fonctionnarisation, mais partielle, limitée aux gens qui, ayant droit à des soins gratuits et à des repos payés, ont une tendance qui n'est que trop naturelle à tirer sur la ficelle. Mais si le système était généralisé ce serait le pillage et la gabegie. »

A propos de la création d'un Ordre des médecins. — Continuant son enquête auprès des médecins lyonnais, le *Nouveau Journal* a demandé à M. le Professeur Etienne Martin, ce qu'il pensait du projet de création d'un Ordre des médecins.

Nous reproduisons ci-dessous sa réponse (*Nouveau Journal*, 23 avril 1929) :

« Vous me voyez maintenant moins affirmatif que je ne l'ai été naguère. Il y a du pour et du contre. Aussi bien, ne vous étonnez pas si j'évite les conclusions précises. Si l'on reparle aujourd'hui de l'Ordre des médecins, c'est que nous traversons une période de crise. Mais à quoi ou plutôt à qui tient cette crise ? Aux médecins d'une part, et encore à la clientèle.

Les médecins sont harcelés par les nécessités de la vie ; la profession s'encombre tous les jours et, de ce fait, la clientèle se raréfie. Quant à la clientèle, à la clientèle ouvrière principalement, elle se détourne du médecin consciencieux qui se montre un peu difficile quand il faut délivrer un certificat d'incapacité de travail. Elle l'accuse de collusion avec les patrons et les compagnies d'assurances. Elle va donc, de préférence, au médecin complaisant, ce qui est de nature à engendrer chez le praticien un mauvais état d'esprit.

Or, à la veille qu'entrent en vigueur les assurances sociales, ce n'est pas sans inquiétudes que nous constatons de telles dispositions. Si nous voulons tirer tous les bénéfices que comporte la véritable médecine sociale qui est sur le point de s'instituer, il va falloir lutter. Qu'avons-nous actuellement pour soutenir cette lutte ?

On répondra que nous avons les syndicats de médecins. Mais ce sont là des groupements qui organisent l'exercice de la profession sans disposer de l'autorité suffisante pour appliquer les lois déontologiques, c'est-à-dire les dispositions relatives aux devoirs du médecin. Le syndicat prononce-t il un blâme ? Le médecin visé n'a qu'à donner sa démission du syndict et continuer comme si rien n'était. Pour que l'action du syndicat fût efficace, il faudrait faire de l'adhésion au syndicat une condition obligatoire pour l'exercice de la médecine. La loi de 1892 ne va pas jusque-là.

Dans l'inefficacité pratique de la discipline syndicale, on a parlé d'instituer un Conseil de l'Ordre des médecins qui serait le complément du syndicalisme médical, et à qui l'on conférerait les pouvoirs disciplinaires qui manquent au syndicat. On a même préconisé plusieurs formules du Conseil de l'Ordre. Mais, dans l'hypothèse la meilleure, c'est-à-dire au cas où l'inscription au Conseil de l'Ordre deviendrait obligatoire pour exercer la médecine, croyez-vous que l'Ordre des Médecins jouirait d'un pouvoir disciplinaire égal à celui des avocats ?

Je crois que non. Quand un avocat est frappé de l'interdit, il se trouve *ipso facto* incapable d'enfreindre la règle : s'il se présente à une barre quelconque, les magistrats refuseront de l'entendre. Tandis que le médecin devenu marron continuera de faire sa clientèle de façon normale. Le blâme le trouvera indifférent. Quant à l'interdiction d'exercer, elle me paraît une

sanction si formidable qu'elle semble inapplicable. Un avocat suspendu se débrouille dans les affaires. Que fera le médecin ? Rien qui vaille.

De plus, si vous voulez arriver à faire du Conseil de l'Ordre un organisme répressif il faudra créer une organisation judiciaire nouvelle. Au Conseil de l'Ordre départemental, se superposera un Conseil de l'Ordre régional pour les appels, présidé par un Conseiller à la cour, ce qui entraînera d'interminables procédures pendant lesquelles les médecins fautifs resteront libres d'agir comme devant. Atteindra-t-on le but ? Hélas ! des exemples ne montrent-ils pas que des médecins condamnés jouissent d'un prestige supérieur à celui de leurs confrères honnêtes ? Déplorable publicité !

Si bien que je finis par douter. Cependant besoin est de faire quelque chose. A mon sens, il faut d'abord réformer les mœurs et revenir aux bonnes traditions, et puis il importe encore de comprendre l'évolution sociale et de s'adapter au progrès. Ici joue le facteur temps et c'est tout ensemble affaire au corps médical et à la clientèle.

***

Le président du Syndicat des médecins du Rhône, le docteur Frappaz, croit à la possibilité d'organiser plus effectivement la discipline médicale :

— Certes, nous dit-il, l'idée de l'Ordre des médecins n'a pas encore rallié tous les suffrages. Il faut compter avec l'individualisme. Beaucoup d'entre nous redoutent d'être assujettis, sans utilité, pensent-ils, à des règles trop strictes. Ils n'ont pas fo dans la vertu de l'Ordre des médecins qui, selon eux, ne saurait être assimilé à l'Ordre des Avocats, et qui n'aura pas une action plus efficace que le Syndicat.

Pour ma part, j'attends de réels avantages d'une institution qui nous permettra de disposer d'une procédure discrète et sûre, d'une autorité morale et aussi de sanctions d'autant plus efficaces qu'elles seraient moins tapageuses.

La naissance du Prince impérial. — Dans quelques semaines, le 1er juin prochain, tombe le cinquantième anniversaire de la mort du petit prince.

La légende et l'histoire ont tout dit sur sa fin tragique, célébrant à l'envi son intelligence, sa bonne grâce et son âme fière. Sur sa naissance, le grand historien Ernest Lavisse a donné quelques détails savoureux qu'il tenait de l'Impératrice elle-même :

« En 1855, j'étais à Biarritz. Une nuit, je fus éveillée par le tocsin qui annonçait un incendie ; je me levai en hâte et j'allai faire la chaîne : je sentis alors pour la première fois tressaillir mon enfant. L'idée me vint qu'il était destiné à mourir de mort violente. »

Une souveraine n'accouche pas comme une simple mortelle : il ne faut pas qu'on puisse supposer que l'héritier de la couronne ait été apporté du dehors. Des témoins qualifiés sont donc nécessaires. Sous l'ancienne monarchie, la cérémonie était consacrée par l'usage ; sous les Napoléons, il fut réglé par des sénatus-consulte. En vertu de ces actes, le 16 mars 1856, vers trois heures du matin. les douleurs ayant commencé, le prince Napoléon, le prince Louis Murat, le ministre Achille Fould, le garde des sceaux Abbatucci, furent introduits dans la chambre de Sa Majesté.

L'Impératrice se sentait observée surtout par le monocle brillant du prince Napoléon, préoccupé de savoir s'il allait rester l'héritier de la couronne impériale. L'enfant vint au monde. L'Empereur se pencha vers l'impératrice, qui d'une voix faible et inquiète lui demanda : C'est une fille ? L'Empereur répondit : Non. Alors l'impératrice, souriante : C'est un garçon ! Mais l'Empereur, craignant une émotion trop vive, répondit encore : Non. — Mais alors, qu'est-ce que c'est ?

La vérité sans doute, c'est que l'Empereur, très ému, balbutia des paroles inintelligibles et que l'imagination de l'impératrice fit le reste.

Sur sa propre naissance, l'impératrice Eugénie aimait à conter l'aventure : « Je suis venue au monde pendant un tremblement de terre ; ma mère accoucha sous une tente dans le jardin. Qu'est-ce que les anciens auraient dit d'un tel présage ? Que je venais bouleverser le monde. »

Dr E. Callamand.

TRAVAUX ORIGINAUX

Leçons sur les troubles de la tension artérielle (1)

Par M. le Professeur Ch. ACHARD.

II. — L'hypertension artérielle permanente.

C. — Pathogénie.

Deux ordres de conditions peuvent agir sur la pression du sang dans les vaisseaux : l'état du contenu et l'état du contenant, c'est-à-dire les qualités du sang et celles de l'appareil vasculaire.

Dans le SANG il faut considérer surtout le volume et la viscosité.

L'augmentation de la *masse* du sang est de nature à élever la pression. Mais cette augmentation est empêchée le plus souvent par l'activité des éliminations glandulaires, principalement de l'excrétion urinaire, et au besoin, par la transsudation de liquide dans les espaces lacunaires, ce qui, à l'état pathologique, constitue l'œdème.

La *viscosité* du sang, quand elle augmente, tend à rendre plus difficile et moins rapide la traversée des capillaires par le sang et par conséquent à distendre davantage le système artériel. C'est une condition accessoire, car les artères étant saines, dans la polyglobulie, la pression reste normale.

C'est principalement dans les modifications de l'APPAREIL CIRCULATOIRE que résident les conditions de l'hypertension artérielle.

L'hypertrophie cardiaque, celle du ventricule gauche surtout, agit puissamment pour chasser plus violemment le sang dans les artères et mettre en tension leurs parois. Mais cette hypertrophie n'est pas un phénomène primitif : c'est une réaction secondaire à un obstacle qu'apporte à l'évacuation des artères une résistance périphérique.

L'augmentation des résistances périphériques peut résulter d'abord d'altérations artérielles.

L'athérome, la *sclérose des artères*, en diminuant leur élasticité, en rétrécissant leur calibre, nécessitent une augmentation de travail du cœur pour assurer dans les organes une irrigation suffisante. Cet effet se produit même, comme l'a montré Fr. Franck, quand les lésions sont limitées aux artères d'un organe important. Il est très fréquent d'observer, dans l'hypertension dite essentielle, des lésions des petites artères (2). Fishberg les a trouvées constantes dans 72 autopsies ; O'Hare et Walker les ont notées chez les malades à l'ophtalmoscope d'une façon ordinaire.

En fait de lésions d'artères viscérales, J. Teissier, de Lyon (3), attribuait une certaine importance à celles de l'estomac et de de l'intestin. Cependant on connaît des cas où des lésions d'artério-sclérose viscérale existaient sans hypertension. Pal et von Monakow (4) ont signalé leur absence dans quelques autopsies et Jores (1) les a trouvées parfois si légères qu'on ne pouvait leur attribuer aucun rôle. Brogsitter ne les a notées que dans la minorité des cas. Il faut donc que d'autres conditions interviennent encore.

C'est surtout aux lésions artérielles des *reins* qu'on a depuis longtemps attaché un rôle pathogénique. Tandis, en effet que Senhorouse Kirkes (1853), Traube, Clifford Albutt, Huchard, faisaient dépendre l'hypertension artérielle d'une affection primitivement vasculaire, d'autres auteurs, suivant la conception de Bright, qui avait vu le lien rattachant l'hypertrophie cardiaque aux lésions des reins contractés, ont considéré toute hypertension artérielle permanente comme la conséquence d'un trouble des fonctions rénales. Telle est l'opinion soutenue par Ambard, Géraudel, Pasteur-Vallery-Radot. Ces auteurs invoquent notamment les cas où, en l'absence de signes cliniques de néphrite chronique, l'exploration fonctionnelle révèle des indices d'insuffisance rénale (élévation de la constante uréo-sécrétoire, retard dans l'élimination provoquée, rétention chlorurée en échelons) chez des hypertendus.

Fischer (2) sur 42 cas d'hypertension, note 28 cas où les signes de néphrite étaient manifestes, alors que dans presque tous les autres, des lésions rénales se révélaient à l'autopsie.

Mais d'abord il y a des cas d'hypertension latente où l'exploration fonctionnelle des reins, faite par Vaquez avec les éliminations provoquées, et par Castaigne avec la concentration maxima, n'indique aucun trouble décelable.

D'autre part, dans nombre d'autopsies, les lésions des reins étaient absentes ou si discrètes qu'on ne pouvait guère leur accorder quelque importance (3). Et puis, ne peut-on se demander si ces lésions étaient bien primitives et si elles ne s'étaient pas développées en même temps que l'hypertension ou même après elle ? En effet, suivant la remarque de Vaquez, dans l'éclampsie puerpérale, les reins présentent des lésions récentes, comparables à celles qu'on obtient expérimentalement en comprimant l'artère rénale. On peut encore, à l'autopsie de sujets qui succombent à des crises hypertensives de l'éclampsie puerpérale (4) ou du saturnisme (5), ne trouver aucune lésion des reins.

Aussi Vaquez est-il porté à penser que c'est l'hypertension qui entraîne secondairement la sclérose rénale. Et von Monakow, observant les lésions des artérioles du rein chez les hypertendus, les attribue aussi à l'hypertension.

On a souvent signalé, dans des cas d'hypertension, l'absence de lésions fibreuses des glomérules. Contrairement aux assertions des auteurs qui, avec Volhard, Herxheimer, Fahr, Braun Ludwig (4 *bis*), faisaient dépendre l'hypertension de lésions des artérioles rénales, d'une

---

(1) Voir : *Progrès médical*, 13, 20 et 27 avril 1929.

(2) A. FISHBERG. Anatomic Findings in essential Hypertension. *Arch. of int. Med.*, 1925, vol. 35, p. 650. — O'HARE et WALKER. Arteriosclerosis and hypertension. *Ibid.*, 1924, vol. 23, p. 343.

(3) J. TEISSIER. — Valeur séméiologique des hypertensions partielles dans leurs rapports avec les symptômes et les complications de l'artério-sclérose et interprétation pathogénique. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 25 févr. 1908.

(4) PAL. — Ueber Herzthypertrophie und Hypertonie. *Med. Klin.*, 1919, Bd. 15, p. 662. — VON MONAKOW. Blutdrucksteigerung und Niere. *Arch. f. klin. Med.*, 1920, Bd. 133, p. 129. — BROGSITTER. *Münch. med. Woch.*, 1er août 1924.

(1) L. JORES. — Ueber die Arteriosclerose der kleinen Organarterien und ihre Beziehungen zur Nephritis. *Virchow's Arch.*, 1904, Bd 178, p. 367.

(2) FISCHER. — *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1913, Bd 109.

(3) WIDAL et BOIDIN. — Adénomes des capsules surrénales. Hypertension et athérome généralisé. Ramollissement cérébral et ulcères de l'estomac par oblitération artérielle. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 juill. 1905, p. 696. — J. PARISOT. Hypertension artérielle, hypertrophie cardiaque, hyperplasie hypophysaire et surrénale. *Arch. des mal. du cœur*, 1908, p. 426. — GAILLARD. De l'hyperplasie surrénale dans ses rapports avec la néphrite chronique, l'hypertension artérielle et l'athérome. Thèse de Paris, 1907. — BRET et DEVIC. *Lyon méd.*, 8 févr. 1914.

(4) AUBERTIN. — *Paris méd.*, 5 juill. 1919.

(4 *bis*) BRAUN LUDWIG. *Wien. med. Woch.*, 22 nov. 1920, déc. 1924, 31 janv. et 14 févr. 1925.

(5) P. MÉNÉTRIER. — Encéphalopathie saturnine et hypertension artérielle. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 févr. 1904, p. 141.

sclérose artério-capillaire des reins, Wallgren (1) a constaté dans certains cas d'hypertension l'absence de ces lésions artériolaires. Il faut ajouter que si Oberling et Hickel (2) ont rapporté des observations d'hypertension avec lésions artériolaires des reins, ces mêmes lésions vasculaires existaient aussi dans d'autres organes, de sorte qu'on ne serait pas autorisé à limiter à l'atteinte rénale le mécanisme de l'hypertension. Pélissier, d'autre part, note l'absence de lésions dans les glomérules, les tubes et les artérioles.

Inversement l'hypertension peut manquer dans certains cas de néphrite scléreuse avec lésions glomérulaires étendues (3); elle manque aussi généralement dans l'amylose rénale ; elle manque de même dans nombre de cas de néphrite aiguë avec anurie. Elle n'existait pas non plus dans notre cas de reins polykystiques avec hyperazotémie où la tension n'était que de 15-6 (4), ni dans un autre semblable, rapporté par Izod Bennett (5), où la tension systolique était de 15.

XVII. — Vous avez observé un cas d'urémie par néphrite scléreuse dans lequel la tension était bien loin d'être élevée.

C'était une femme de 55 ans, entrée salle Louis, n° 15, le 17 avril 1928, dans un état de cachexie et d'amaigrissement prononcé, datant d'environ deux mois.

Opérée à l'âge de 0 ans d'une salpingite double, elle avait été jusque là en bonne santé. Très pâle, elle avait une température normale entre 36°8 et 37°4, un pouls régulier à 80. Ses urines, rares, au taux d'un demi litre environ par jour, étaient pâles et renfermaient une forte quantité d'albumine, entre 5 et 7 grammes. Il n'y avait point d'œdèmes ni de lésions du fond de l'œil.

La réaction de Wasserman était complètement négative. Le sang renfermait 2 gr. 30 d'urée p. 1000 et ce taux ne tarda pas à monter à 3 gr. 50, puis à 5 gr. 10. Dans l'urine, l'urée, à sa concentration maxima, était à 15 gr. p. 1000.

Des symptômes d'urémie digestive, vomissements tenaces et diarrhée, apparurent. Puis le 1er mai la température se tint au-dessous de 37°, l'intelligence s'obscurcit, la malade tomba dans le coma et la mort survint le 7 avec une température de 35°8.

A l'autopsie, on trouva les reins d'un volume à peu près normal et pesant 140 gr., mais ils étaient scléreux et leur substance corticale était très réduite. Il n'y avait nulle hypertrophie cardiaque et l'aorte était saine et parfaitement souple.

Voilà donc un cas de néphrite scléreuse avec grande urémie, hyperazotémie, cachexie, urémie digestive, hypothermie et coma. Or la tension artérielle plusieurs fois mesurée était d'abord à 9-6, puis 11-7, 10-6 et enfin 8-4.

L'hypotension, vous le voyez, peut donc se rencontrer dans la néphrite scléreuse avec hyperazotémie et urémie.

Au demeurant, les auteurs qui rattachent l'hypertension aux lésions des reins ont invoqué des mécanismes différents.

Traube pensait que le barrage opposé par les lésions des reins à la circulation sanguine dans ces organes provoquait l'hypertrophie du cœur. On a objecté que le territoire rénal était trop restreint pour diminuer notablement le champ de la circulation périphérique,

Mais on a fait remarquer que le débit du sang dans le parenchyme rénal est beaucoup plus considerable que dans la pluprt des autres tissus : 150 cc. par minute, contre 12 cc. dans les muscles, 31 dans l'intestin, 136 dans le cerveau ; c'est seulement dans le corps thyroïde qu'il est plus important, atteignant 560 cc (1). Toutefois, la ligature des artères rénales, dans les expériences de Katzenstein, n'élevait pas la pression artérielle, non plus que l'obstruction par embolies de paraffine (Sénator, Müller et Maas), ce qui ruine cette interprétation.

La réduction du parenchyme rénal, par des résections partielles, n'a pas produit d'hypertension dans les expériences de Barrington ; elle n'en a produit qu'après résection des trois quarts dans celles de Heineke ; Cash (2) n'a obtenu qu'une hypertension passagère en réséquant la moitié du parenchyme.

On ne saurait non plus accepter l'hypothèse d'Alvens (3) qui, en exerçant sur les reins une compression, a provoqué une hypertension immédiate, qu'il attribue à une vaso-constriction réflexe, généralisée à toutes les artérioles. Au surplus, la section des splanchniques n'empêche pas l'hypertension et, comme l'a fait voir Fr. Franck, une vaso-constriction localisée est rapidement compensée par une vaso-dilatation d'autres territoires vasculaires.

Pour d'autres auteurs, le rôle des lésions rénales ne consisterait pas en un trouble mécanique de l'hydraulique circulatoire ; elles agiraient par l'intermédiaire d'altérations humorales, dues à la rétention. Mais cette interprétation est contredite par les faits qui montrent, dans nombre de cas d'hypertension, l'absence de rétention d'origine rénale. L'azotémie est normale, d'après Pellissier dans 80 % des cas d'hypertension cliniquement pure et Kylin (4) a montré qu'il n'y a nul parallélisme entre la rétention azotée quand elle existe et l'hypertension.

La constante uréo-sécrétoire était normale dans 23 % des cas de Roesch (5).

L'élimination provoquée était normale aussi le plus souvent dans les recherches de Prosper Merklen, Minvielle et Hirschberg, de Lutringer et Pellissier (6).

Tous ces faits sont défavorables à la théorie qui invoque des lésions artérielles des reins ou des lésions généralisées des artérioles.

Aussi d'autres auteurs ont-ils admis une action vasoconstrictive, un spasme artériel, imaginé déjà par Huchard et par Russel (1907) et appelé par Pal (7) état d'hypertonie.

Kylin (8) fait jouer un grand rôle au système nerveux et propose de désigner l'hypertension par le terme de capillaropathie aiguë universelle. Sur le vivant, l'examen microscopique des capillaires chez les hypertendus a révélé à Weiss et à O. Müller (9) une constriction des capillaires artériels de la peau avec une dilatation des capillaires veineux.

Comment peut-on concevoir cette *vaso-constriction périphérique* ?

(1) A. Wallgren. *Acta med. Scandin.*, févr. 1922.
(2) Oberling et Hickel. — Le rôle du rein dans l'hypertension dite essentielle. *Soc. anat. de Strasbourg*, 13 déc. 1923.
(3) O. Klein. — *Med. Klin.*, 25 janv. 1925. — Guy Laroche et Desmoulière. Les néphrites chroniques urémigènes sans hypertension artérielle. *Presse méd.*, 20 août 1924, p. 689. — Cestan et Fabre. Un cas de néphrite urémigène non hypertensive. *Soc. de méd., chir. et pharm. de Toulouse*, 5 juill. 1926. — Pellissier. *Loc. cit.*
(4) Ch. Achard. — Reins polykystiques. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 avril 1928, p. 277.
(5) T. Izod Bennett. — Goulstonian Lecturel on some problems of nephritis. *Lancet*, 17 et 31 mars et 14 avril1 928, p. 535, 637 et 741.

(1) Burdon, Opitz et Lucas. — *Arch. f. die ges. Physiolpgie.*, 1908, Bd. 123.
(2) J.-R. Cash. — *Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, juin 1924, vol. 35.
(3) Alvens. — *Deut. Arch. f. klin. Med.*, déc. 1909.
(4) Kylin. — *Acta med. scandin.*, sept. 1923.
(5) J. Roesch. — La fonction uréo-sécrétoire des hypertendus. Thèse de Nancy, 1925.
(6) Pr. Merklen, M. Minvielle et F. Hirschberg. — Hypertension et épreuve de la phénolsulfonephtaléine. *Bull. et mém. d e la Soc. méd. de s hôp. de Paris*, 19 oct. 1923, p. 1369.
(7) Pal. — *Wien. med. Woch.*, 21 et 26 mai, 4 juin 1921 ; *Klin. Woch.*, 15 oct. 1925.
(8) E. E. Kylin. — *Die Hypertonie krankheiten*, Berlin, 1926.
(9) E. Weiss. — Beobachtung und mikrophotographische Dorstellung der Hautkapillären am lebenden Menschen. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1916, Bd 119, p. 1 ; Das Verhalten der Hautkapillären bei akuter Nephritis. *Münch. med. Woch.*, 1916, Bd. 63, p. 925. — Otfried Müller et Gottfried Hubener. *Deut. Arch. f. klin Med.*, 1925, Bd. 149, p. 31.

Je viens de vous indiquer qu'une action réflexe sur les centres vaso-constricteurs soulève des objections. C'est par une action chimique sur ces centres qu'on a donc tenté d'expliquer l'hypertension. Comme il est arrivé pour beaucoup d'autres troubles attribués autrefois à des actions réflexes, on a substitué à la théorie réflexe une théorie humorale.

Il ne semble pas que les substances retenues dans le sang par suite d'une imperméabilité rénale puissent engendrer l'hypertension permanente : par exemple l'acide urique dont l'action hypertensive a été étudiée par Desgrez et Dorléans (1), ni certains corps d'origine protéique selon Batty Schaw (2), ni la méthylguanidine étudiée par Ralph Major (3), ni l'urohypertensine d'Abelous et Bardier, ni les substances aminées résorbées dans l'intestin selon Clifford Albutt et Will. Bains (4).

C'est principalement l'*adrénalinémie* qu'on a rendue responsable de cette hypertension, et cette adrénalinémie serait souvent sous la dépendance de modifications anatomiques des surrénales.

Vaquez, généralisant en 1904 cette interprétation, attribue l'hypertension permanente à la suractivité de tout le système chromaffine : surrénales, lobe postérieur de l'hypophyse, corps carotidiens et coccygiens. Des signes de suractivité surrénale ont été notés chez les hypertendus par Vaquez, par Aubertin et Ambard, par Josué, par Gaillard. L'hyperplasie surrénale a été constatée en même temps que l'hypertension dans le saturnisme par Léon Bernard et Bigard, dans l'intoxication alcoolique par Aubertin et Clunet; Parisot a quelquefois noté l'hyperplasie de l'hypophyse dans l'hypertension artérielle.

Enfin je vous rappelle que certaines tumeurs surrénales s'accompagnent d'hypertension paroxystique ou permanente. Ces tumeurs sont ordinairement des paragangliomes ou médullo-surrénalomes et plus rarement des cortico-surrénalomes, comme dans le cas d'Oppenheimer et Fishberg.

Je vous ai dit que nous avions trouvé une néoformation adénomateuse des capsules chez deux de nos malades, une femme qui avait des lésions cérébrales liées à l'hypertension (obs. XII), et un homme atteint de sclérose rénale (obs. XVI).

En outre, Clough et Jansen, Hetenyi et Suppegi (5) ont constaté que les hypertendus réagissent d'une façon particulièrement vive aux injections intra-veineuses d'adrénaline.

La présence de l'adrénaline dans le sang à l'état physiologique avait été mise en doute par quelques auteurs.

Elle n'est plus contestée depuis les belles expériences de Tournade et Chabrol sur des animaux couplés (6), dont la veine surrénale de l'un était abouchée à la jugulaire de l'autre : toute excitation des filets sympathiques, provoquant l'hypersécrétion surrénale de l'animal donneur provoquait l'hypertension chez l'animal receveur, sans qu'il intervînt, par conséquent, aucune action réflexe. De même, quand l'un des animaux avait subi la surrénalectomie et l'abaissement consécutif de la pression artérielle, si l'on abouchait sa jugulaire à la veine surrénale d'un animal sain, sa tension se relevait. Les mêmes expérimentateurs ont aussi montré qu'il se produit une régulation automatique de la sécrétion adrénalinique lorsqu'on diminue la pression mécaniquement par une saignée ou qu'on l'augmente par une injection saline copieuse et rapide.

C'est donc par l'adrénalinémie qu'on peut expliquer les hypertensions dues à l'excitation nerveuse périphérique, en particulier à l'irritation centripète du pneumogastrique, dont la réalité n'est pas douteuse, comme le montrent les observations de crises hypertensives produites par des lésions du pneumogastrique dans le cancer de l'œsophage à forme laryngée, le lymphosarcome du médiastin (1).

Enfin d'intéressantes recherches de M. Loeper (2) permettent de se demander si cette excitation nerveuse ne peut avoir pour principe un excitant chimique, tel que des produits d'origine digestive imprégnant le nerf.

Tout ce que je viens de vous exposer vous permet de vous rendre compte que la pression artérielle, comme la plupart des phénomènes physiologiques, est normalement réglée par un mécanisme dont les rouages sont multiples. C'est une synergie d'actions nerveuses et humorales qui assure sa régulation automatique.

Il y a des *centres nerveux* de la pression artérielle. Il en est de bulbaires, décrits dans la 4e ventricule par Elliott, Cannon et Rapport (3). Il en est d'hypothalamiques décrits par Houssay et Molinelli (4) ; dans les noyaux infundibulo-tubériens. Il en est de médullaires, trouvés par Stewart et Rogoff (5) au-dessus de la 3e dorsale.

Les *voies centrifuges* de ces centres passent par les grands et petits splanchniques, et Tournade et Wagner (6) en ont constaté dans la moelle et dans les racines antérieures de la 4e dorsale à la 1re lombaire.

L'*excitation centripète* vient surtout du cœur et des vaisseaux par le nerf dépresseur de Ludwig et de Cyon, mais aussi par d'autres nerfs vaso-sensibles, d'après Chabrol.

En outre, les centres de la tension artérielle peuvent être directement excités par une action humorale, et il faut aussi tenir compte des actions vaso-motrices parti-

---

(1) DESGREZ et DORLÉANS. — Influence du groupement aminé sur la pression artérielle. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 10 mars 1912.
(2) BATTY SCHAW. — Hyperpiesia and hyperpiesis, 1922.
(3) M. LOEWIT. — Die anaphylaktische und anaphylaktoide Vergiftung bei Meerschweinschen. *Arch. f. exper. Path. u. Pharmak.*, 1913. Bd. 73, p. 1. — E.-T. SINALNICOFF et M.-P. BOVSHIK. On the influence of methyl derivations of guanidine upon the circulation. *Physiol. abstr.*, 1917, vol. 2, p. 358. — Ralph MAJOR. Relationship between certain products of metabolism and arterial hypertension. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1924, vol. 83, p. 81 ; The possible relationship between guanidine and high blood pressure. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1925, vol. 170, p. 228.
(4) W. BAIN. — *Lancet*, mai 1911.
(5) HETENYI et SUPPEGI. — *Klin. Woch.*, 27 janv. 1924.
(6) TOURNADE. La régulation réflexe de la pression artérielle et sa provocation par l'hypertension aortique. *C. R. de la Soc. de biol.*, 23 avril 1921, t. 84, p. 721. — TOURNADE, CHABROL et MARCHAND. Des mécanismes nerveux régulateurs de la pression artérielle. La régulation centrale. *Ibid.*, 9 avril 1921, p. 610. — CHABROL. Des mécanismes nerveux régulateurs de la pression artérielle. Thèse d'Alger, 1921. — A. TOURNADE, M. CHABROL et S. TADITCH. Sur le mécanisme de l'hypertension post-dépressive qui accompagne la reprise des battements cardiaques après excitation centrifuge du vague : rôle des phénomènes nerveux vaso-moteurs. *C. R. de la Soc. de biol.*, 20 oct. 1925, t. 89, p. 793 ; Intervention d'actions vaso-constrictives indépendantes du système nerveux et imputables à l'adrénaline dans la genèse de l'hypertension post-dépressive qui suit l'excitation centrifuge du vague. *Ibid.*, 27 oct., p. 879. — A. TOURNADE et M. CHABROL. Sécrétion réflexe d'adrénaline. *Ibid.*, 14 févr. 1925, t. 92, p. 418 ; Sur l'effet adrénalino-sécrétoire des excitations centrifuges du vague au cou. Examen d'une objection. *Ibid.*, 21 nov. 1925, t. 93, p. 1293. — TOURNADE. La sécrétion surrénale de l'adrénaline. *Paris méd.*, 1er mai 1926, p. 423.

(1) P. HARVIER et M. BARIÉTY. — Forme laryngée du cancer de l'œsophage. Crises hypertensives d'origine laryngée. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 févr. 1925, p. 176. — M. VILLARET, Sig. BLOCH, M. BARIÉTY et B.-J. LAPPAS. Crises hypertensives au cours d'un lymphosarcome du médiastin supérieur. *Ibid.*, 9 juill. 1926.
(2) M. LOEPER, J. FORESTIER et J. TONNET. — La diffusion dans le pneumogastrique de certains poisons introduits dans l'estomac. *C. R. de la Soc. de biol.*, 19 févr. 1921, t. 84, p. 346.
(3) CANNON et RAPPORT. — *Journ. of physiol.*, 1921, vol. 58, p. 338.
(4) HOUSSAY et MOLINELLI. — Centre adrénalino-sécréteur hypothalamique. Soc. argent. de biol., 8 oct. 1925. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 93, p. 1454.
(5) STEWART et ROGOFF. — *Journ. of exper. med.*, 1917, vol. 26, p. 613.
(6) WAGNER. — Le système nerveux adrénalino-sécréteur. Thèse vétérinaire. Paris, 1925-26.

culières, dépendant d'un système sympathique local et périphérique.

En fait d'*actions humorales*, c'est surtout celle de l'adrénaline qui paraît s'exercer pour modifier la pression. On n'est pas fixé sur l'effet possible d'autres sécrétions internes, notamment de l'insuline dont on connaît l'antagonisme avec l'adrénaline. Pellissier, qui a constaté, comme M. Labbé et Denoyelle (1), la coexistence de l'hyperglycémie avec l'hypertension, et qui l'estime même constante, a émis l'hypothèse d'une intervention de cette hormone.

Quant aux autres modifications humorales observées chez les hypertendus, il convient de citer la sédimentation accélérée des hématies, l'hypercholestérinémie signalée par Roesch et Richard (2), l'augmentation de la réserve alcaline qui atteint selon Pellissier 70 à 85 au lieu de 50 à 65, la surpression osmotique des protéines que Govaerts attribue à l'augmentation des protéines du plasma sanguin et qui, selon lui, empêche l'œdème de se produire chez les hypertendus.

Mais on ne peut guère interpréter ces modifications humorales et leur rôle dans l'hypertension,

Ce qui se dégage de ces faits pour le clinicien, c'est que le syndrome de l'hypertension artérielle, produit par des causes multiples, résulte d'un mécanisme complexe auquel participent des actions nerveuses et des actions humorales dont celle de l'adrénaline occupe le premier rang. De même dans le syndrome du diabète interviennent aussi une action humorale, celle de l'insuline, et une action du système nerveux.

On sait par des recherches récentes (3) que, même sans intervention du système nerveux, un mécanisme humoral peut régler automatiquement la sécrétion de l'insuline et la glycémie. Mais, comme le syndrome de l'hypertension artérielle, le syndrome du diabète s'associe à divers autres pour former des complexes cliniques sans que ces syndromes associés dépendent nécessairement les uns des autres. Il y a des hypertensions associées comme des diabètes associés ; mais l'hypertension qu'on observe dans les néphrites scléreuses, par exemple, ne relève pas des lésions rénales et ne diffère pas des autres hypertensions, de même que le diabète qu'on observe dans les altérations de l'hypophyse ou des surrénales ne diffère pas essentiellement de tout autre diabète et ne saurait constituer en nosologie une forme particulière.

(1) M. Labbé et L. Denoyelle. Hypertension artérielle et trouble de la glyco-régulation. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 8 mai 1925, p. 699. — L'hyperglycémie n'a pas été rencontrée par Hilling, Frank, Kahler, Iwai et Löwy. (*Klin. Woch.*, 5 août 1923). Elle a été notée peu fréquemment par J. Koopman (*Endocrinology*, mai 1924) et Herrick. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 8 déc. 123.)

(2) G. Richard et J. Roesch. Du taux de la cholestérine chez 80 hypertendus. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 30 mars 1926, p. 363. — E. Thomas. Recherches expérimentales touchant l'influence de la cholestérine sur le développement de l'hypertension. *Arch. des mal. du cœur*, oct. 1926, p. 641.

(3) René Gouget. — Le fonctionnement endocrinien du pancréas et sa régulation sans le concours du système nerveux. Thèse de Paris, 1928

On pourrait dresser contre les Compagnies d'assurances un énorme cahier de revendications, et les médecins, qui sont dans la nécessité de s'assurer contre tant de risques, seraient à même d'y collaborer copieusement.

On n'est pas assuré contre grand'chose, même lorsqu'on croit être assuré le plus sérieusement du monde.

J. Crinon (*L'informateur médical*).

La loi sur les assurances sociales sera la grande duperie du siècle.

Nouveau traitement abortif local des phlegmons péri-amygdaliens,

Par H. BOURGEOIS,

Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec.

J'étais en 1917 le laryngologiste de la 10e armée. Grâce à l'esprit d'organisation du médecin-inspecteur Toubert, presque tous les malades relevant de ma spécialité passaient entre mes mains.

J'eus l'idée à ce moment d'appliquer une méthode abortive au traitement des abcès amygdaliens.

Cette méthode consiste exactement en ceci : injecter 1/2 cc. environ d'une solution d'argent colloïdal dans le tissu cellulaire du voile là où va se former l'abcès.

Le résultat le plus fréquent, si l'on opère précocement, dès le début de l'œdème de la luette et du trismus, est la résolution rapide et la guérison en 48 heures.

Arrive-t-on trop tard, l'abcès se développe, mais il le fait alors avec une très grande rapidité et dès le lendemain de l'injection il devient aisé de l'ouvrir. L'avantage est particulièrement précieux pour les abcès postérieurs qui nous font si longtemps attendre.

J'ai repris mes essais cet hiver à Laënnec avec la collaboration de mon interne Lapiné. Les résultats nous ont paru concluants et dignes d'être publiés.

Voici les résumés de quelques observations :

A. B., ménagère, angine depuis huit jours, otalgie le 29 décembre 1928, vient consulter le 31 pour un début d'abcès amygdalien droit. Injection d'électrargol ; le lendemain a encore 38° mais a pu absorber des solides et est localement très améliorée. Le 2, guérison complète, le 3 quitte l'hôpital.

F., 18 ans, domestique, se présente le 1er mars 1929 avec une dysphagie extrême, elle est pâle, fatiguée, température 38.8. Pilier postérieur très œdématié, sans apparence de collection. Luette normale.

Injection d'*électrargol* dans le haut du pilier postérieur. Le lendemain, l'amélioration est considérable, l'alimentation est devenue possible, l'œdème du pilier postérieur a diminué.

Le surlendemain, la malade sort guérie.

V., 33 ans, très fatigué, 38°8, n'avale plus rien depuis deux jours début de phlegmon d'amygdale droite avec trismus, sans œdème notable de la luette.

L'après-midi, le malade a pu absorber des liquides.

Le lendemain, amélioration très nette, le phlegmon a diminué de moitié, l'alimentation est possible, le trismus persiste. Nouvelle injection.

Le surlendemain, le malade sort guéri.

F. G. Le 20 janvier 1929, dysphagie intense, 38°3, bombement du voile à gauche, œdème de la luette, trismus. La dysphagie remonte à deux ou trois jours. Injection d'*électrargol*.

Le 21, le malade avale presque sans douleur et la tuméfaction a diminué.

Le 22, il sort guéri.

B. E., 21 ans, depuis deux jours dysphagie absolue. Le 10 novembre 1928, température 38°3, trismus, bombement du voile, gros œdème de la luette. Injection d'*électrargol*.

Le 17 au matin, la température est montée à 39, mais cependant le malade a pu dormir. Il a mangé, la douleur a complètement disparu. La luette a repris son volume normal et le gonflement péri-amygdalien a diminue de moitié.

Le 18, guérison complète.

A. H. 30 ans, a déjà eu trois phlegmons. Vient consulter le 24 janvier 1929 avec un début d'abcès gauche. Injection d'*électrargol* ; la dysphagie disparaît au bout de 4 heures et la guérison complète survient en deux jours.

A. B., sergent de ville est envoyé à Laënnec pour un double abcès péri-amygdalien qui paraît difficile à ouvrir, en réalité, il présente à gauche un gros pilier postérieur boudiné qui repousse en avant l'amygdale mais on n'a pas l'impression de

pouvoir trouver une collection à ouvrir. Même tableau à gauche, plus atténué.

Injection d'*électrargol* dans la partie haute du pilier postérieur œdémateux, de chaque côté.

Le malade rentre chez lui et se présente le lendemain à la consultation. Un gros abcès s'offre à nous à droite et il est ouvert presque sans douleur.

Nous ne croyons pas devoir intervenir à gauche et nous recommandons au malade de revenir le lendemain.

Nous n'avons pas revu ce malade, nous lui avons écrit et il nous a répondu par une lettre pleine de gratitude où il nous disait qu'un nouvel abcès s'était spontanément ouvert dans la nuit et qu'il était guéri.

Depuis longtemps déjà le regretté Triboulet, et à sa suite M. Bruhl et d'autres ont jugulé des périamygdalites phlegmoneuses en formation par une injection intraveineuse d'*électrargol*. Nous ne nions pas l'excellence du procédé, Nous voyons au nôtre un double avantage : 1° il ne comporte aucun phénomène de choc ; 2° employé trop tardivement pour être abortif, il hâte énormément le moment où l'ouverture de l'abcès est possible et en facilite singulièrement l'exécution.

La sécrétion interne et le problème du rajeunissement

(Essai expérimental et clinique) (1)

Par le Dr N.-E. ISCHLONDSKI

Ancien chef des Laboratoires scientifiques de l'Institut opothérapique « Allenburys » à Moscou.

Ancien chef du Laboratoire « Hormon » de l'Institut « Koholyt » à Berlin.

L'étude scientifique du problème du rajeunissement par les auteurs des différentes écoles contemporaines est fondée sur la conception biologique suivante : les glandes génitales envoient dans le sang une hormone spécifique, laquelle, circulant dans l'organisme, assure le développement, puis la conservation de la constitution sexuelle spécifique, une des particularités les plus caractéristiques de la jeunesse.

Il existe des relations les plus intimes entre les glandes génitales d'un côté, et tout le reste de l'appareil endocrinien de l'autre ; la diminution ou l'augmentation de la sécrétion interne de la glande génitale se répercute sur l'activité des autres organes endocriniens, tels que l'hypophyse, la thyroïde, etc... Le but du rajeunissement se réduit à *stimuler l'activité de tout le complexe des glandes endocrines*, par l'inoculation d'un incret de glandes, le plus souvent de l'incret sexuel. *Sans ce stade intermédiaire, sans l'appareil endocrinien dans son ensemble, il ne peut être question d'un rajeunissement général.*

Il convient de distinguer trois étapes dans l'histoire de la réalisation pratique du problème du rajeunissement.

Au début de son étude (principalement dans les expériences sur les animaux), on se limitait à la transplantation de la glande génitale d'un jeune animal sur un vieux. Le succès de l'opération chez les petits mammifères (cobayes et rats dans les expériences de Steinach) est indiscutable.

Chez l'homme, cette opération ne peut être exécutée pour deux causes :

1° un empêchement pratique — c'est l'absence du matériel humain pour la transplantation ; cette considération a engagé Steinach à abandonner la transplantation et a amené à la recherche d'autres méthodes qui pourraient, au moins partiellement, remplacer l'opération de la transplantation ;

2° Une considération scientifique, excluant la possibilité de réussite de la transplantation homoplastique chez l'homme, a été émise par moi, il y a de cela quelques années ; elle se résume comme suit : le sort de chaque transplant dépend de la capacité régénérative de l'organisme animal. Cette dernière se manifeste nettement chez les animaux inférieurs et diminue progressivement chez les organismes plus différenciés.

Si on sectionne un ver de terre en deux parties, la reconstitution de chacune d'elles se produit : à la partie céphalique se régénère la partie caudale et à la partie caudale la céphalique. Chez les vertébrés, une telle régénération n'est plus possible. Même une extrémité ne peut être reconstituée. Chez les vertébrés supérieurs, particulièrement chez les mammifères, seules les défectuosités insignifiantes des tissus peu différenciés sont capables de régénération.

La même diminution de la capacité régénératrice des tissus de l'animal à mesure de sa différenciation, peut être observée dans chaque classe zoologique : les mammifères supérieurs, en particulier l'homme, possèdent une capacité régénérative considérablement moindre que celle des petits mammifères. Etant donné que la capacité régénératrice fait la base du succès de la transplantation, on comprend pourquoi *la transplantation homoplastique, donnant un résultat incontestable chez le cobaye, ne réussit pas chez l'homme.*

La diminution de la faculté des tissus humains à la régénérescence et de leur capacité à recevoir les tissus transplantés se manifeste très clairement dans les *autoplasties* si souvent appliquées chez l'homme, dans le but, de corriger les différents défauts esthétiques, principalement ceux du visage. Comme exemple, on peut prendre les corrections des défauts du nez à l'aide de transplantations de fragments d'os, avec les parties molles adjacentes. L'opération dans ces cas se fait sur pédicule, c'est-à-dire on ne sépare pas totalement le morceau transplanté du terrain maternel, mais en conservant la relation avec ce dernier, on le suture dans cette position à l'endroit de la transplantation. De la sorte, au début (environ durant 2 à 3 semaines), la transplant s'alimente sur le terrain maternel. Seulement, lorsqu'il est devenu fort et qu'il est entré en relation solide avec le nouveau terrain, on sectionne le pédicule, et le transplant continue son développement. Si cette condition n'est pas satisfaite, c'est-à-dire, si le morceau transplanté est totalement séparé du terrain maternel il périt inévitablement et tombe. *Cet exemple montre d'une façon très éloquente la complète inutilité des transplantations homoplastiques du tissu glandulaire très différencié chez l'homme. Les méthodes hétéroplastiques employées par certains auteurs sont d'autant plus vouées à l'insuccès.*

La cause de l'insuccès des opérations homoplastiques et hétéroplastiques chez l'homme est tellement essentielle, que je considère inutile de m'arrêter sur d'autres difficultés fort nombreuses dans l'exécution de ces opérations. Je me bornerai à mentionner les principales de ces difficultés qui ramènent les chances de la transplantation à zéro. Ce sont :

1° la valeur conventionnelle et le caractère tout à fait individuel des méthodes techniques employées par divers auteurs liés à l'absence d'une méthode généralement admise et reconnue comme efficace ;

2° l'absolue ignorance des capacités régénératrices et de celles d'adaptation de la glande transplantée ;

3° l'ignorance des capacités régénératrices et, en particulier de celle de l'admission du transplant par le sujet opéré ;

4° l'incertitude au sujet de la correspondance des particularités physico-chimiques du tissu transplanté avec celles du sujet opéré ;

5° le caractère accidentel des relations anatomiques au niveau du champ opératoire, en particulier pour ce qui touche l'appareil circulatoire, apportant au transplantat les substances nutritives, —ce qui est d'une importance spéciale au début, c'est-à-dire au moment le plus difficile du développement du transplant — (le nombre plus ou moins grand d'anastomoses, etc.).

Vu l'impossibilité de la transplantation de la glande sexuelle chez l'homme, les investigateurs ont cherché d'autres moyens d'action sur l'appareil à sécrétion interne, des moyens qui, par leur mécanisme pourraient répondre au principe du rajeunissement cité plus haut et qui, en même temps, pourraient être réalisés en pratique.

Steinach lui-même a essayé de remplacer la transplantation homoplastique de la glande, par la ligature du canal défé-

(1) La partie expérimentale est exécutée dans les laboratoires scientifiques de l'Institut « Koholyt » (1924-26) ; chef : prof. S. Hilpert. Les observations cliniques ont été réunies durant les années 1925-29.

rent de la propre glande de l'organisme vieilli. Pourtant l'expérience clinique a montré que seulement dans un nombre limité de cas, la ligature du vas déférent de la glande génitale présentait une impulsion suffisante pour le développement de la partie endocrine de la glande et de tout l'appareil à sécrétion interne. L'une des causes de ce fait est, que bien rarement, on réussit à provoquer dans la partie externe sécrétoire de la glande une atrophie par stase assez considérable, pour qu'elle puisse rompre l'équilibre des deux parties de la glande en faveur de l'endocrine.

Voronoff, se basant sur l'impossibilité de se procurer le matériel pour la transplantation homoplastique chez l'homme, a décidé d'utiliser le matériel hétéroplastique, précisément les glandes des singes anthropoïdes se rapprochant le plus de l'homme.

Si on prend en considération tout ce qui vient d'être dit plus haut au sujet des bases biologiques générales de l'opération de transplantation, on voit nettement combien peu probable apparaît l'influence purement hormonale sur l'appareil endocrinien à l'aide de l'hétéroplastie. Et pourtant dans un nombre de cas limité, la transplantation hétéroplastique donne un effet général, il est vrai, à caractère non précis. La question se pose : quelle est la source biologique de cet effet ?

J'ai eu personnellement l'occasion d'observer des cas de transplantation hétéroplastique.

Me basant sur mes observations, je ne considère l'opération pratiquée du point de vue biologique qu'en tant qu'une simple application de *protéinothérapie non spécifique* conditionnée par l'introduction d'albumine exogène.

Il est inutile de dire que le même effet aurait pu être obtenu par des moyens bien moins compliqués par exemple par l'introduction parentérale d'un des produits d'albumine très répandus dans le commerce, tel la peptone, le lait, et d'autres. Certes, il ne peut être question dans ces cas de l'action spécifique endocrine

L'élévation régulière de la température jusqu'à 39°-40° après la transplantation hétéroplastique est très caractéristique. Toute l'évolution de cette fièvre et le développement des symptômes l'accompagnant me forcent à la considérer comme étant la réaction à l'introduction d'albumine exogène. Il va de soi que le résultat de la transplantation hétérogène (de même que le résultat de toute autre protéinothérapie) peut parfois se montrer favorable, tout en gardant cependant son caractère *non spécifique*. Mais, d'autre part, dans un nombre de cas, ainsi qu'on l'a déjà noté depuis longtemps au cours de l'application de la protéinothérapie, on peut constater des phénomènes graves d'anaphylaxie et d'intoxication ; ceci s'observe en effet, quelquefois dans les cas où l'on pratique la transplantation hétéroplastique chez l'homme.

Me basant sur les faits cités plus haut, j'arrive à la conclusion que *la méthode chirurgicale du rajeunissement envisagée au point de vue pratique, du moins actuellement, perd de son importance.*

Dans mes propres travaux sur l'application de la sécrétion interne des glandes génitales, je me suis efforcé d'élaborer une méthode chimico-biologique, ayant pour but d'extraire l'hormone sexuelle pure pour l'inoculer dans le sang par voie parentérale. La réalisation du but posé tranche, évidemment, le nœud gordien du problème du rajeunissement.

Il faut noter que les hormones, contrairement aux substances albuminoïdes ne sont spécifiques qu'au point de vue du sexe et non de l'espèce.

Le caractère non spécifique des hormones génitales au point de vue de l'espèce est affirmé par l'expérience faite avec d'autres produits endocriniens, tels : l'adrénaline, la thyroxine, l'hypophysine, l'insuline. Etant retirés du matériel animal, ces produits manifestent, on le sait, tout leur effet hormonal aussi chez l'homme d'où résulte leur emploi dans une large mesure en médecine pratique et en chirurgie.

Pourtant, il ne faut pas oublier la difficulté exclusive d'extraction de l'hormone sexuelle. Cette difficulté provient de la constitution chimique excessivement complexe de cette hormone, c'est-à-dire de ses groupes chimiques dont chacun exerce une action physiologique spéciale.

La complexité de composition de l'hormone sexuelle peut être démontrée le plus nettement par les faits suivants :

1° Comme on le sait, l'hormone sexuelle exerce une influence modifiante sur toute la constitution sexuelle de l'organisme, c'est-à-dire sur tout l'ensemble de ses caractères sexuels dispersés dans les différents tissus et au niveau de différents organes. La nature chimique de ces derniers, par exemple, du tissu musculaire, de la peau, de la substance médullaire, du tissu osseux, etc. est très différente. C'est pourquoi, l'admission d'un seul groupe chimique hormonal entrant en relation avec tous les tissus et leur donnant un caractère sexuel spécifique semble improbable.

Faisons remarquer que la complexité chimique de l'hormone sexuelle a selon toute apparence ses racines biologiques dans le rôle exceptionnel que la glande génitale acquiert pour la conservation de l'espèce animale.

Une autre preuve très importante de la complexité de l'hormone sexuelle, à mon avis, est présentée par de nombreux cas de dissonnance nette dans le développement sexuel, de différents systèmes des organes chez le même invididu, par exemple, les cas de développement spécifique parfait du système musculaire en présence d'un squelette infantile, ou bien les cas de développement parfait du psychisme sexuel et des réflexes génitaux en présence de l'insuffisance presque complète de développement du tissu musculaire ou bien encore les cas de développement net des annexes de la peau chez l'homme, telles que la barbe et les moustaches en présence dun' larynx et d'une voix infantile. Il est évident que, dans ces cas, le manque au grand complexe hormonal sexuel de tel ou tel autre groupe chimique, se fait sentir par le développement insuffisant du système correspondant de signes secondaires du sexe ou bien d'un seul signe déterminé , tandis que les autres systèmes et les autres signes se trouvant sous l'influence d'autres groupes chimiques de l'hormone accomplissent le cycle normal de leur développement.

La complexité tout exceptionnelle de l'hormone sexuelle ne présente point l'empêchement principal à l'extraction de l'incret actif des glandes génitales. Il est douteux que cette complexité puisse expliquer l'insuccès de toutes les tentatives d'extraction de l'incret sexuel, faites pendant quarante ans, après les célèbres expériences de Brown-Séquard. Dans ces tentatives, ainsi qu'on le sait, étaient appliquées les méthodes physico-chimiques les plus diverses, parmi elles des méthodes tout à fait indifférentes entourées de précautions maxima. L'idée généralement admise explique l'insuccès des tentatives mentionnées par la destruction de l'hormone sexuelle par les méthodes appliquées aux glandes. Me basant sur mon expérience personnelle et sur mes propres observations, j'étais obligé de rejeter l'idée précédente comme illogique et nettement improbable. J'ai fait plutôt la supposition que l'hormone sexuelle ne se trouve point dans la glande au moment où nous l'extrayons de l'organisme, ou plus exactement qu'à ce moment la glande ne contient que des traces insignifiantes de l'hormone active. Quant à la grande réserve de la substance hormonale, elle se trouve dans la glande dans un état inactif, sous forme de pro-hormone, c'est-à-dire sous forme de substance hormonigène. Suivant les besoins, l'organisme transforme une certaine quantité de pro-hormone en hormone active à l'aide d'un processus connu de nous dans la fermentologie : le processus de la stimulation. J'entrevois dans ce mécanisme une manifestation de la régularisation fine des processus s'accomplissant dans l'organisme.

Dans de nombreux états pathologiques, en particulier dans le cas de l'augmentation anormale de la sécrétion de la pro-hormone, le processus de stimulation en tant que régulateur acquiert un rôle exceptionnel : par la diminution de la sécrétion du stimulateur correspondant, l'organisme régularise la production de l'homone active et détourne de cette façon les suites possibles de son activité excessive. Il est très probable que le mécanisme de l'activité endocrine soit encore plus complexe. Je suppose qu'en dehors des stimulateurs spécifiques des différentes hormones, il existe aussi leurs paralysateurs.

L'équilibre ténu de toutes ces substances réalise la régularisation parfaite des fonctions endocriniennes ainsi que de bien d'autres fonctions physiologiques.

Il serait difficile de dire où se produit l'hormone génitale et quelles sont les cellules excrétant son stimulateur. Il est possible que la pro-hormone soit sécrétée par le tissu interstitiel et le stimulateur — par le tissu génératif. Pourtant, il est plus probable que le stimulateur dans des conditions normales se forme en dehors de la glande génitale, au niveau d'un organe endocrinien ou autre.

Le but de mes travaux, dans le domaine de la chimie de la sécrétion interne sexuelle était la réalisation par une expérience précise du processus de stimulation de l'hormone génitale, c'est-à-dire l'extraction de l'incret actif de la glande.

Une série de travaux systématisés dans la direction indiquée a prouvé, qu'une grande quantité des substances stimulantes se trouve au niveau du tissu hépatique, des tissus embryonnaires et du placenta. J'ai réussi à adapter ce fait à la pratique et vers la fin de l'année 1924, j'ai pu extraire l'incret génital sous sa forme active.

Avant d'entreprendre l'étude de l'action de l'incret isolé, il a fallu élaborer un critérium objectif qui permettrait d'apprécier de cette action scientifiquement.

Malheureusement, ni dans la littérature, ni dans les expériences pratiques, il n'existe un tel critérium ; c'est pourquoi on avait l'habitude de juger de l'action des divers produits extraits des glandes génitales, suivant des signes incertains et de valeur relative par exemple : d'après l'effet général effectué par le produit sur le malade, d'après son action calmante, son influence favorable sur la vaillance, les forces et d'autres actions semblables qui ne peuvent absolument pas être appréciées de façon scientifique surtout physiologique et sur lesquelles l'autosuggestion des malades exerce toujours une influence incontestable.

Me basant sur les anciennes expériences de Steinach (1910-1912) avec la transplantation des glandes génitales homo — et hétérosexuelles à de petits mammifères, je me suis arrêté sur le critérium suivant, que je considère indispensable pour chaque raisonnement au sujet de l'action endocrine accomplie.

Le produit donné contient l'incret génital actif seulement dans le cas où l'introduction de ce produit dans l'organisme réalise toutes les modifications au niveau des caractères sexuels secondaires que Steinach a pu obtenir jadis par voie opératoire, c'est-à-dire par transplantation des glandes génitales. Si cette condition n'est pas accomplie, le produit ne peut prétendre au nom de produit endocrinien. Me basant sur ce critérium, j'ai commencé mes expériences systématisées dans le but d'étudier l'action sur l'organisme de l'incret isolé par moi.

J'ai entrepris deux séries d'expériences :

Dans la première série, j'injectais à des cobayes très jeunes (âgés de 5 à 7 semaines) pendant 10 à 12 jours, des doses croissantes de l'incret (8 à 10 injections) du sexe homonyme. Chez ces animaux, autant chez les mâles que chez les femelles, se développait rapidement et nettement toute la constitution sexuelle, c'est-à-dire tout le complexe des caractères sexuels secondaires : les mâles manifestaient un développement intense des testicules, des vésicules séminales, de la prostate et des corps caverneux ; ce dernier signe peut servir à la mensuration quantitative de l'effet acquis.

Chez les femelles se développaient avec intensité : les ovaires, le vagin, l'utérus et les trompes : en même temps, on constatait un développement considérable des glandes mammaires, rappelant (ainsi que le vagin) ceux des animaux adultes et même des femelles grosses.

L'examen histologique des glandes mammaires a montré une hyperplasie considérable du tissu glandulaire.

On pouvait constater aussi chez ces animaux d'expérience des modifications du psychisme et, avant tout, un développement précoce. Ce fait s'est observé surtout chez les mâles, dont les instincts sexuels spécifiques de lutte avec les autres mâles et de la poursuite des femelles se développèrent nettement.

Je tiens à indiquer que les modifications obtenues évoluent très rapidement, de telle sorte que des animaux âgés de 8 à 10 semaines ressemblent par leur développement sexuel à des animaux âgés d'environ 24 semaines. La réalisation rapide des modifications décrites est une nécessité méthodologique. C'est pourquoi j'employais pour les expériences, de très fortes doses dans le but de forcer le développement de l'appareil à sécrétion interne d'une façon tout à fait exceptionnelle.

En résumé, on peut voir que les expériences citées avec l'injection de l'incret génital sont homologues aux expériences de Steinach avec la transplantation de glandes homonymes et leur ressemblent tout à fait par leur évolution et leur résultat.

2° Dans la seconde série d'expériences, j'ai pratiqué des injections d'incret hétérosexuel dans le but d'opprimer la constitution sexuelle propre de l'animal.

Voici le prototype de cette série d'expériences.

J'ai soumis au traitement 3 cobayes, frères de la même portée : Tom, Boully et John, également développés et d'un poids à peu près égal. A l'âge de 5 semaines, Boully a reçu 8 injections d'incret mâle. En même temps, Tom recevait le même nombre d'injections (et les mêmes doses) d'incret femelle. John servait de témoin.

Les expériences ont donné le résultat suivant :

Boully se distinguait par une grande force physique, par sa posture guerrière et par son aspect masculin très accentué, par son psychisme spécifique, l'instinct batailleur, sa curiosité, son inquiétude, sa vivacité et son intérêt pour les femelles ; dans la lutte avec les autres mâles, il attaque le premier et va au combat de façon énergique ; dans la poursuite des femelles, il est agressif, insistant et brusque.

Par contre, la constitution masculine de Tom ne s'est pas du tout développée. Il est calme, peu remuant, ne manifeste point la curiosité caractéristique aux mâles, son intérêt pour les femelles est minime. Dans la lutte avec les autres mâles il n'attaque point, il se défend avec peu d'entrain. Du reste, peu de mâles attaquent Tom ; habituellement, après quelques flairements et quelques essais incertains de lutte, ils le laissent en paix.

Pour ce qui est de John, il manifeste un développement tout à fait normal des caractères secondaires autant physiques que psychiques.

J'ai eu plus d'une fois l'occasion de faire la démonstration des trois frères, décrits plus haut, dans leurs conditions de vie habituelles à de nombreux biologistes.

A l'âge de 18 mois, les animaux ont été tués et leur autopsie fut pratiquée en vue de l'examen de leur système génital et de tout l'appareil à sécrétion interne.

Les résultats de l'autopsie se montrèrent encore plus démonstratifs que ne l'étaient l'aspect et la conduite des animaux.

Chez Boully, (ph. n° 1), les organes génitaux étaient augmentés de volume dans les proportions de 3 1/2 par rapport à l'état normal ; l'hypertrophie des vésicules séminales qui apparaissaient sous forme de faisceaux gros et gonflés et aussi de la prostate était à peu près dans les mêmes proportions.

Chez Tom, (ph. n° 2), les constatations diffèrent, ses glandes génitales ont un aspect considérablement atrophié tout en gardant leur couleur caractéristique rose-lilas et leur forme bourgeonneuse spéciales au très jeune âge.

La grosseur des glandes de Tom est au moins 6 fois moindre que celle des glandes normales. En concordance avec ce fait, les vésicules séminales de Tom se présentent sous forme de faisceaux sinueux, fins, la prostate est presque complètement atrophiée.

Enfin, John (ph. n° 3) montre des organes tout à fait normaux, il occupe la position intermédiaire entre celle de Tom et de Boully (comp. les phot. 1, 2 et 3).

La constatation la plus caractéristique et la plus importante dans l'expérience décrite, aisnsi que le montre la photographie, c'est le développement de Tom. Cet animal surprend, non seulement par son hypodéveloppement général de l'appareil génital, mais, ce qui est particulièrement important, par la *disproportion* entre les dimensions générales de l'animal, sa taille, son poids, le développement des systèmes séparés d'organes, etc., d'un côté, et l'état de son système génital, de l'autre. La force et l'intérêt de l'expérience décrite se trouvent justement dans cette disproportion.

L'importance énorme de cette série d'expériences est encore augmentée par le fait que j'ai réussi à en obtenir des résultats que Steinach ne pouvait acquérir par la transplantation des glandes.

Comme on le sait, pour la réussite de la transplantation hétérosexuelle, la castration antérieure de l'animal d'expérience est indispensable. Si cette condition n'est pas réalisée, la glande transplantée ne prend point et, sous l'influence de la glande antagoniste de l'or-

ganisme du receveur toujours plus forte que le transplant, périt rapidement.

Dans mes expériences avec injection de l'incret isolé, je n'avais pas recours à la castration préalable des animaux, ayant en vue les quantités illimitées de l'incret hétérosexuel que j'avais la possibilité d'introduire et par lesquelles, j'espérais finalement supprimer l'activité antagoniste des propres glandes de l'animal. Ainsi que le montrent les expériences décrites et comme le certifient les photos ci-jointes, mes espoirs se sont complètement justifiés. De la sorte, j'ai réalisé, la modification hétérosexuelle de la constitution de l'animal sans castration antérieure.

Les deux séries d'expériences rapportées prouvent indiscutablement l'origine endocrinienne du produit extrait.

La série suivante de mes expériences était dédiée à l'étude de l'influence que le produit extrait exerçait sur l'appareil endocrinien et sur la régénérescence des tissus et des organes de vieux animaux. Cette série d'expériences présentait des difficultés exceptionnelles au point de vue de la méthodologie.



Fig. 1. — Mâle, traité par l'incret mâle (Boully).



Fig. 2. — Mâle, traité par l'incret femelle (Tom).

La cause fondamentale de ces difficultés était, avant tout, le fait que la biologie de la vieillesse des différentes espèces d'animaux n'avait pas été jusqu'ici étudiée. Et, en particulier, les signes objectifs qui permettraient le jugement du degré de développement du processus sénile n'étaient pas constatés. Il a fallu réaliser toute une série d'observations systématiques, consacrées au développement du processus sénile chez le cobaye c'est-à-dire chez le sujet d'expérience que je désirais utiliser pour mes recherches.

Je soulignerai que ce problème, lui aussi, a présenté de grandes difficultés car la méthodologie générale de l'expérience physiologique était, sous bien des rapports, loin de la perfection, principalement dans les cas où il s'agissait du développement de l'organisme et de ses systèmes séparés. Cette question est traitée dans tous ses détails ailleurs. Ici, je ne veux qu'indiquer l'un des défauts les plus considérables dans la réalisation de l'expérience physiologique, précisément, les conditions exceptionnellement anormales de la vie à l'intérieur de la cage de l'animal expérimental, ce qui m'a obligé de créer un type spécial de cage qui assurerait à l'animal des conditions vitales normales en excluant la possibilité d'infection, si fréquente chez les petits mammifères, avec toutes ses conséquences néfastes (1).

Passant à la description du tableau objectif de la vieillesse chez le cobaye, je ne m'arrêterai pas sur les signes de la caducité sénile qui sont généralement connus, tels : la diminution de la mobilité de l'animal, diminution de l'appétit, du poids, des instincts sexuels, etc., je ne ferai qu'indiquer les symptômes que j'ai établis moi-même.

Avant tout, j'indiquerai la modification caractéristique des poils de l'animal. Les poils soyeux chez les jeunes animaux deviennent chez les vieux très secs et se hérissent quelque peu. Nous verrons plus bas que ce caractère des poils du vieil animal change totalement peu de temps avant sa mort.

La pose que prennent les vieux animaux est remarquable. Si on met sur la table un jeune cobaye, son corps se pose horizontalement, c'est-à-dire parallèlement au plan de la table ses pattes de devant et celles de derrière sont éloignées les unes des autres d'une distance correspondante à la longueur du corps. Le vieil animal se tient, tout au contraire, courbé, les extrémités antérieures et postérieures se rapprochent ; cette pose se modifie durant les derniers jours de la vie de l'animal. Cependant, le signe de vieillesse le plus caractéristique et le plus appréciable au point de vue scientifique, c'est le caractère de la courbe de poids de l'animal.

Je ferai remarquer que l'observation prolongée de la courbe de poids des animaux dans ma pépinière était suivie régulièrement ; tous les animaux désignés ou non pour les expériences étaient pesés journellement à heure fixe. (depuis le jour de leur naissance jusqu'à leur mort). J'ai pu constater qu'à chaque période de vie correspondait une courbe de poids tout à fait déterminée, caractéristique par ses hauts et bas, par leur

(1) Cette cage est décrite par moi dans le *Zentralblatt für Bakteriologie*, vol. 100, 1926 ; elle est très facile à construire.



BIBLIOGRAPHIE

Ulcères de l'estomac et du duodénum. (Etude anatomo clinique et traitement chirurgical, par Victor PAUCHET, Gabriel LUQUET, A. HIRCHBERG. 1 volume in-8° jésus de 354 pages, avec 309 figures dans le texte : 85 francs. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e)

Victor PAUCHET et Gabriel LUQUET viennent de rédiger un volume qui met au point l'importante question des ulcères de l'estomac et du duodénum.

Ces opérateurs, dont la grande expérience est universellement connue, citent quelques vérités puisées dans l'observation de plusieurs milliers de cas.

Ils étudient successivement les soins à donner avant, pendant et après l'opération. Les opérations conservatrices. Les opérations dont sont justiciables les ulcères juxtapyloriques, les ulcères non térébrants, les ulcères térébrants, les ulcères haut situés, etc.. etc. Puis ils décrivent les meilleurs traitements a appliquer aux cas d'estomac biloculaire.

Viennent ensuite les chapitres consacrés aux ulcères du duodénum (U. simples. U. multiples, complications diverses, etc.).

Les nombreux dessins et croquis de Dupret éclairent le texte.

A. HIRCHBERG a écrit toute la partie anatomo-clinique avec une très grande compétence. 100 pages du volume, relatives à ce sujet, sont illustrées par de nombreuses reproductions de coupes histologiques.

Ce livre, qui est une mise au point complète, sera lu avec fruit par tous les médecins et par tous les chirurgiens qui journellement ont à traiter des ulcères de l'estomac ou du duodénum.

Les syndromes endocrines, par le Dr R. PORAK. Préface du Prof. H. ROGER. Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. 1 vol. in-8° de 562 pages, avec 39 fig. dans le texte : 90 francs. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'auteur a rédigé la 2e édition de son livre dans le même esprit critique qui dirigeait la première rédaction. Il a tenu compte des observations qui lui ont été faites en Europe et dans les Amériques du Nord et du Sud. Les opinions de l'auteur ont été en quatre ans presque toutes confirmées et la 2e édition se trouve renforcée par d'innombrables publications tant en France qu'à l'étranger. Cependant les endocrinologistes se divisent en deux camps : les sceptiques et les enthousiastes. L'auteur étant plutôt sceptique a tenu à grouper, à la fin de son volume, l'opinion de quelques enthousiastes. Ainsi le lecteur fera lui-même sa religion en confrontant l'auteur et ses célèbres collaborateurs.

Comment se soigner après avoir consulté. Deuxième édition par Léon SCHEKTER. 1 vol. in-8° de 376 pages : 22 francs. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Pour conserver la santé, pour vaincre la maladie, *la collaboration du malade est indispensable.*

Comment consulter ? apprend au malade l'art de renseigner le médecin.

Comment se soigner après avoir consulté est le véritable guide de tous ceux qui désirent bien se porter, des malades pour savoir se soigner et de leur entourage pour ne rien négliger et faciliter la tâche ingrate du médecin.

Encyclopédie par l'image. La photographie. Un vol. in-8°. 135 illustrations, couverture en couleurs. Broché : 4 francs. Librairie Hachette.

Dans quel domaine la photographie ne pénètre-t-elle point ? On pourrait consacrer de longues pages aux applications qui en sont faites journellement aux sciences historiques, à la géographie, l'archéologie, la biologie, la physique, la chimie, la médecine, la teinture, l'industrie textile, et même à la police, etc.

Cette rapide et incomplète énumération montre quel admirable champ d'études cette merveilleuse création de l'esprit humain offre à l'activité de l'homme et, au surplus, dit le vif intérêt du fascicule si abondamment illustré que l'« Encyclopédie par l'image » se devait de consacrer et vient de consacrer à la photographie.

Manuel d'Archéologie française *Depuis les temps Mérovingiens jusqu'à la Renaissance* par Camille ENLART.

Deuxième partie : Architecture civile et militaire. Seconde édition revue et augmentée Tome premier. Architecture civile avec une Préface de M. Paul LÉON, Directeur des Beaux-Arts. Un volume in-8°, très illustré : 50 fr.

Le T. II. Architecture militaire et navale, paraîtra sous peu. Editions, Picard, 82, rue Bonaparte. Paris.

Comme le dit S. Reinach, pas un nom d'archéologie est plus familier que celui d'Enlart aux étudiants des deux mondes, pour qui son manuel est devenu un livre de chevet. Quelque accroissement que puisse apporter à nos connaissances le progrès des recherches dont ce livre est l'indispensable instrument, il ne cessera de compter parmi les chefs-d'œuvre de l'érudition française, véritable Somme des enquêtes du passé et introduction à celles de l'avenir.

La Revue des Etudes Napoléoniennes. — Nous avons signalé, en décembre dernier, la résurrection de cette revue, resurrection pleine de promesses, si l'on en juge par les 3 premiers numéros, dont voici les sommaires :

NUMÉRO DE JANVIER 1929 : Ed. Driault : La résurrection de la Revue des Etudes Napoléoniennes, en sa XVIIIe année. — Général M. Kukiel : Les Polonais à la Moskova (croquis dans le texte). — E. Driault : Le Roi de Rome ou le Rêve de l'Empereur 1810-1815 (planches hors-texte).

Chronique napoléonienne : Le Souvenir de Ma'maison. — Bonaparte au cinéma vu par Albert Gance. — Le vrai Napoléon. — La vraie figure de Napoléon. — Correspondance.

NUMÉRO DE FÉVRIER 1929 : G. Vauthier : Les colonnes départementales et la colonne Nationale en l'an VIII (planches hors-texte) Général M. Kukiel : Les Polonais à la Moskova (suite et fin). — P. Fleuriot de Langle : Autour d'un buste ignoré du Roi de Rome (pl. hors-texte).

Chronique napoléonienne : Un témoignage de Phélippeaux sur Bonaparte. 1796. — Le *Journal des Débats* et le Maréchal Joseph Poniatowski.

Lectures napoléoniennes : Napoléon artilleur. — L'enlèvement du sénateur Clément de Ris. — Histoire du rétablissement du culte en France.

NUMÉRO DE MARS 1929 : E. Driault : Les enseignements de Napoléon : I. Le chef. — O. Hollander et J. Brunon. Le drapeau du bataillon des marins de la Garde Impériale (1804-1814), vignettes dans le texte. — E. Franceschini : La place de l'Etoile, 2 planches hors-texte.

Mémoires et documents : Le Palais impérial du Quirinal.

Abonnement annuel pour la France : 60 fr., pour l'étranger : 75 fr. Le n° : 10 fr. Adresser la souscription à M. Rousseaux, administrateur, 28, rue de Versailles, Le Chesnay (Seine-et Oise).

Le Musée des Erreurs ou le français tel qu'on l'écrit, par CURNONSKY et BIENSTOCK, 1 vol. 12 fr. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

Un livre amusant où l'on s'égaye au profit de ceux qui ont pour profession de tracer du noir sur du blanc ; et comme ils sont nombreux, les bévues drôles ne manquent pas.

La Vie de mon Père, par RÉTIF DE LA BRETONNE. Préface de PAUL BOURGET, 1 vol. Prix : 26 fr. de la collection « des Belles Œuvres littéraires ». Taillandier, éditeur, 75, rue Dareau, Paris.

Réédition luxueuse d'un chef-d'œuvre, agrémentée d'une magistrale préface.

amplitude et leur fréquence. Cette forme caractéristique de la courbe se montre tellement constante que, d'après un petit fragment de la courbe répondant à une période de quelques semaines, on peut définir avec une précision approximative l'âge de l'animal, sans connaître son poids absolu. Cette méthode donna un critérium objectif très important, non seulement pour le jugement du degré de développement du processus sénile, mais aussi pour l'appréciation de l'intensité et du volume de l'effet atteint (1).

En quelques mots, je veux mentionner qu'à la période précoce de développement de l'animal, dans les huit premières semaines de sa vie la courbe de son poids présente une ligne presque droite ascendante. A la période suivante, jusqu'à l'âge de six mois, on voit sur la courbe de petites élévations et des descentes séparées par de longs intervalles. Plus tard, les élévations et les chutes de la courbe deviennent plus marquées dans leur amplitude, les intervalles entre elles diminuent de plus en plus. La période sénile est caractérisée par la descente de toute la courbe liée avec de grandes amplitudes des chutes et des élévations.



Fig. 3. — Mâle servant de témoin (John).

Comparant la courbe de poids de l'animal avant et après l'expérience, on peut juger de l'effet obtenu.

Comme je l'ai déjà mentionné, pendant les jours qui précèdent la mort de l'animal, toute une série de nouveaux symptômes apparaît.

Cela touche avant tout les poils de l'animal. Les poils qui avant étaient secs et hérissés deviennent humides, ils se ramassent en touffes, on a l'impression que l'animal transpire. C'est un signe néfaste, précurseur de la mort toute proche.

En même temps, on peut remarquer des mouvements réflexes très caractéristiques des mâchoires, suivis d'un ronronnement spécial de l'animal ; en observant l'animal de loin, on a l'impression qu'il est en train de mâcher. Pourtant, en s'approchant de plus près, on s'assure qu'il ne touche point sa nourriture et que les mouvements portent un caractère involontaire, automatique.

La pose de l'animal se modifie aussi ; la position courbée s'accentue, il prend une pose que j'ai appelée « position en roue » qui est caractérisée par le rapprochement jusqu'au contact des extrémités antérieures et postérieures (on remarque alors encore avec plus de netteté le hérissement des poils du dos). Par la suite, cette pose se transforme en position demi-couchée sur le côté, l'extrémité supérieure postérieure se redresse de plus en plus, des convulsions séparées surviennent et puis, c'est la mort de l'animal.

Un signe très net de débilité sénile ou, plus exactement dit, de la débilité prémortelle de l'animal, c'est sa réaction aux premières piqûres. Chez le jeune animal, la piqûre est suivie d'une réaction intense, de mouvements de défense brusques, d'essais de dégagement des mains de l'investigateur et de glapissements caractéristiques. Dans les cas de débilité sénile décrits plus haut, la piqûre n'est suivie d'aucune réaction de défense. L'animal manifeste de l'indifférence, de l'apathie, reste immobile. Voilà pourquoi l'apparition de la réaction normale à la piqûre chez l'animal traité présentait pour moi, au cours de mes expériences, un symptôme précoce de sa régénérescence, c'est-à-dire de son rétablissement de l'état grave dans lequel il se trouvait avant le traitement.

Tels sont, en résumé, les signes objectifs de la débilité sénile et de l'état prémortel de l'animal. C'est avec intention que je me suis arrêté dans mes travaux sur ces points. Je voulais obtenir la possibilité de résoudre expérimentalement *le problème de la prolongation de la vie* qui est relié au problème du rajeunissement. Observant l'animal à son état prémortel et contrôlant son développement postérieur à la reconstitution de cet état, j'ai eu la possibilité de mesurer la période de vie de laquelle on a réussi à prolonger l'existence de l'animal.

Le tableau des transformations réalisées chez le vieil animal par l'injection d'incret actif, s'étend sur les organes et les fonctions les plus divers ; il se remet rapidement, l'appétit augmente, les forces s'accroissent, les poils se reconstituent et reprennent leur aspect soyeux normal, les places chauves se recouvrent (1). Le poids de l'animal augmente rapidement. Il est important de remarquer que la courbe de poids manifeste non seulement une ascension générale après une chute prolongée antérieure au traitement, mais que le caractère de la courbe se modifie aussi nettement : elle prend l'aspect de celle d'un animal sain et fort et la disposition de ses hauts et bas rappelle la période de l'âge jeune.

D'un autre côté, tout le psychisme de l'animal subit de profondes modifications. Les instincts sexuels qui ont failli disparaître se régénèrent. Les mâles recommencent leur lutte et ils se défendent et attaquent avec énergie, ils montrent une résistance et une force physique considérable ; en même temps revient l'instinct de la poursuite des femelles, se manifestant dans le plus grand nombre de cas avec intensité. Les femelles de leur côté manifestent plus de vivacité et parfois par leur conduite rappellent les femelles en rut. Le psychisme général est caractérisé par une curiosité intense pour l'entourage et par une vaillance accentuée.

Les animaux vivaient ainsi dans mon laboratoire pendant dix-huit à vingt-deux mois, sauvés d'un état nettement mortel. Si on considère que les animaux tués dans le but de la préparation de pièces anatomiques se trouvaient encore dans un état florissant et que, dans tous les cas, l'autopsie démontrait une nutrition parfaite et une circulation normale au niveau des organes, on doit admettre que les animaux traités auraient pu vivre encore un temps considérable et que les

(1) Il va de soi que la forme de la courbe de poids est pour le développement du cobaye beaucoup plus significative et acquiert, par conséquent, une importance beaucoup plus considérable, que chez l'homme. Je dispose actuellement de plus de 400 courbes de poids, dont l'analyse détaillée sera faite d'autre part.

(1) L'action de l'incret isolé sur les poils de l'animal pouvait être poursuivie systématiquement sur des bêtes de différents âges. Dans tous les cas observés la pousse des poils a été intensifiée d'une façon très prononcée, les poils étant devenus non seulement plus drus, mais aussi plus résistants et plus longs. Ce phénomène se manifestait avec une netteté particulière chez plusieurs bêtes chétives de naissance ainsi que chez un nombre d'animaux gravement malades et se trouvant dans un état de cachexie suivi d'une chute des poils très étendue. Après un bref délai l'aspect des poils de bêtes traitées changeait complètement. Ce fait est d'une très grande importance non seulement au point de vue scientifique mais aussi pratique, étant donné la valeur des poils de certaines espèces d'animaux (moutons, lapins, etc.).

résultats obtenus signifient une prolongation de la durée normale de la vie du cobaye d'au moins 30 à 35 % (1).

Il fallait donc considérer les résultats des investigations sur le rajeunissement des vieux animaux débiles comme très encourageants. Les expériences exécutées prouvent non seulement qu'un effet de régénération de l'organisme animal peut être produit, mais aussi — et c'est l'essentiel — que le résultat obtenu représente un véritable rajeunissement, puisqu'il signifie une prolongation de la vie très nette. D'un autre côté, la première série d'expériences a prouvé l'indiscutable origine endocrine du produit extrait, expliquant de la sorte le mécanisme des influences observées chez de vieux animaux — mécanisme qui renforce encore plus notre droit d'envisager les modifications obtenues en tant que rajeunissement au sens scientifique du mot (2).

C'est seulement après la série d'expériences décrites dont la méthode répondait strictement aux exigences qui étaient imposées par moi plus haut que je commençai les observations systématiques chez l'homme avec l'idée de constater non seulement le complexe des modifications provoquées par l'inoculation du produit dans un organisme humain sénile, mais aussi pour instituer l'homologie des modifications observées avec celles constatées chez les animaux.

Avant tout, je voudrais indiquer que toutes mes observations sur l'homme peuvent être divisées en sept catégories :

1° les cas de caducité sénile généralisée chez des sujets âgés de 60 à 82 ans (32 cas) ;

2° les cas de vieillesse psychique (4 cas) ;

3° les cas de sénilité précoce (typique) à l'âge de 34 à 50 ans (31 cas) ;

4° les cas nets d'affaiblissement ou de l'arrêt complet de la fonction sexuelle chez des hommes âgés de 32 à 55 ans (22 cas) ;

5° les cas d'insuffisance sexuelle et d'hypodéveloppement; sexuel reliés à l'asthénie générale chez des jeunes filles (12 cas) ;

6° les cas de diminution du métabolisme général et d'asthénie avec étiologies diverses (11 cas) ;

7° les formes graves d'anémie dans les deux sexes (18 cas).

Etant donné que la description de cas séparés suivant les catégories aurait inévitablement attiré toute une série de répétitions et qu'il aurait fallu à la description de ces cas individuels mélanger des symptômes objectifs et d'une importance scientifique, à des signes subjectifs qui peuvent avoir une origine purement suggestive, je préfère dans le but de conserver la caractéristique scientifique de classer les résultats obtenus chez les hommes, non suivant les différents *cas*, mais suivant les différents *signes* jouant un rôle important.

Je ne m'arrêterai pas sur les descriptions admises habituellement concernant des améliorations générales. Je vais étudier seulement les actions du produit qu'on peut prendre en considération à l'appréciation scientifique.

Les influences suivantes du produit peuvent être indiquées comme étant caractéristiques au point de vue envisagé.

1° *Influence sur les forces générales de l'organisme sénile.* — On observe d'une façon régulière une augmentation des forces et de la résistance physique. Les malades qui montaient avec difficulté un escalier, remarquent eux-mêmes cette augmentation des forces, se manifestant dans la facilité qu'ils ont à monter au 4e ou 5e étage. La dyspnée qui, avant se faisait sentir même après de petites ascensions a maintenant disparu totalement. Cette accumulation des forces se manifeste aussi objectivement dans la capacité de relever des poids qui dépassaient avant leurs forces. Cette même augmentation des forces est encore prouvée par l'absence de fatigue durant de grandes promenades.

2° *Influence sur le sommeil.*— L'un des signes précoces de l'action de l'incret , c'est la reconstitution du sommeil normal ; même dans les cas d'insomnie tenace, qui ne cédaient point à l'action de forts hypnotiques, cette influence reconstituante sur le sommeil se manifeste rapidement et avec intensité. Je fais remarquer que cette influence se manifestait aussi bien dans les cas d'insomnie *sénile* existant depuis de longues années, que, dans les cas des autres catégories de maladies mentionnés plus haut, reliées à des insomnies d'étiologie différente. Les malades remarquent qu'ils commencent à dormir « comme des loirs ». Il est inutile de parler de l'action bienfaisante de ce sommeil sur la reconstitution des forces et des fonctions normales de l'organisme.

3° *Influence sur les fonctions du tube digestif.* — On constate très rapidement chez tous les malades une augmentation considérable de l'appétit et par conséquent de la quantité de nourriture absorbée. Le poids des malades qui, jusque-là avait diminué revient à la normale et même souvent la dépasse. Je fais remarquer que chez de nombreux malades et surtout chez un grand nombre de femmes et d'hommes âgés, une constipation tenace pouvait être constatée. Dans tous ces cas, j'ai pu observer une action nette de l'incret sur le travail péristaltique de l'intestin. Les selles normales qui faisaient défaut quelque fois depuis de longues années réapparaissaient. Sous ce rapport, le cas suivant me semble très instructif : chez une femme âgée de 70 ans, la réapparition du fonctionnement normal de l'intestin est survenu après plus de 10 ans de constipation.

Le cas suivant est aussi très remarquable : un vieillard de 60 ans qui, depuis de nombreuses années souffrait de renvois pénibles en est guéri, ce qui, une fois de plus montre la reconstitution sous l'influence de la régénérescence de l'appareil à sécrétion interne, du travail normal chimique de la paroi de l'estomac, ainsi, du reste, que de tout le tube digestif.

4° *Influence sur le sang.* — Dans tous les cas où l'on observait des troubles objectifs au niveau du sang, ces troubles disparaissaient. Sous ce rapport, l'effet de l'incret semontre particulièrement surprenant. Il est très important, que l'action de l'incre t se manifeste autant sur la formule leucocytaire que sur les globules rouges ; d'un côté, on note une augmentation considérable du nombre des globules rouges et une augmentation du pourcentage de l'hémoglobine, d'un autre côté, la reconstitution non seulement du chiffre absolu des leucocytes, mais aussi des proportions normales de la formule leucocytaire.

Parmi le grand nombre d'analyses pratiquées surmes malades je relève quelques-unes qui peuvent servir de types :

Analyse I

(*Sang prélevé à un homme âgé de* 69 *ans*).

	Avant le traitement le 4/XII 28	Après le traitement le 27/XII 28
Hémoglobine	87 %	101 %
Globules rouges	4.650.000	5.490.000
Globules blancs	5.650	6.650
Formule leucocytaire :		
1° Lymphocytes	21 %	18 %
2° Monocytes	4 %	4 %
3° Neutro-segmentés	70 %	75 %
A noyaux en bâtonets	1 %	1 %
4° Polyéosino	4 %	1 %
5° Poly-baso	0 %	1 %

(1) A la préparation de pièces anatomiques des animaux d'expérience on pouvait constater que ces derniers perdaient bien plus de sang que les animaux témoins, le lavage des animaux traités au robinet avant de les plonger dans le liquide conservateur se prolongeait à peu près deux fois plus longtemps que le avage des animaux témoins. Alors j'ai entrepris une série d'analyses morphologiques du sang des animaux traités. J'ai constaté une augmentation considérable d'hémoglobine du nombre d'hématies, etc., ce qui me donna l'idée d'appliquer le produit isolé dans les cas d'anémie grave chez l'homme.

(2) L'importance des expériences citées ne se borne point à leur intérêt théorique. De même elles ne doivent pas être appréciées seulement en tant que base expérimentale des observations sur l'homme, qui vont suivre. Elles acquièrent aussi une valeur tout à fait autonome : ce qui est du reste compréhensible, si on prend en considération la grande importance de la question de la conservation et de la stimulation de certaines qualités particulièrement précieuses chez quelques espèces animales (par exemple, l'augmentation des forces, de la mobilité et de la vitalité chez les chevaux de courses, l'obtention plus rapide d'un poids défini chez de très jeunes bêtes d'engrais ; enfin, les expériences se montrent d'une grande importance pour la question de la sélection dans les différents domaines de l'élevage).

(1) Analyses pratiquées à l'Institut de diagnostic médical du Dr Klopstock, Berlin.

Analyse II (1).

(Sang prélevé à un homme âgé de 29 ans, atteint d'une arthrite déformante grave).

	Avant le traitement le 17 VII 28	Après le traitement le 11 VIII 28
Hémoglobine	60 %	85 %
Globules rouges........	3.689.009	4.526.000
Globules blancs........	19.375	13.857
Formule leucocytaire :		
Poly-neutro	66 %	69 %
Poly-báso.............	1 %	0 %
Poly-éosino............	16 %	2 %
Mono-lymphocytes.....	8 %	21 %
Mono-moyens....	1 %	3 %
Mono grands	1 %	3 %
Formes transitoires.....	2 % baso-myélocytes poïkilocytose, anisocytose	néant
Forme anormale	2 %	néant

L'action produite sur toutes les parties du sang prouve d'une part, que ces dernières sont étroitement liées entre elles, et, d'autre part, que l'incret injecté trouve le point d'application de sa force au niveau même de la source, c'est-à-dire au niveau de la cause première de la fonction hématopoiétique (2). Cela ne laisse aucun doute sur le fait, que la production du sang est, elle aussi, une fonction endocrine, et que sa reconstitution présente une des conséquences de l'activité régénérative de tout l'ensemble des glandes endocrines (3).

5° *Influence sur les fonctions génitales.* — L'action produite sur la fonction sexuelle affaiblie par l'âge ou précocement, est très remarquable. Même dans les cas d'impuissance prolongée et tenace,traitée sans succès dans le passé durant de longues années par des moyens thérapeutiques variés, on a réussi d'élever considérablement ou même de reconstituer en totalité la fonction perdue. Ces cas se montrent d'autant plus démonstratifs que les malades, par suite de l'insuccès des traitements antérieurs, considéraient au début avec scepticisme notre traitement et doutaient de la possibilité des résultats favorables ; cela veut dire que l'influence psychique positive était exclue *a priori*. Au contraire, on devrait plutôt s'attendre à une autosuggestion négative des malades.

Il est très important pour la caractéristique de l'action qui vient d'être décrite, et aussi pour la précision du mécanisme de développement de cette action, de voir que, après un traitement de courte durée (12 injections), *l'action continue à s'accroître* et à se développer durant de longs mois après le traitement, pour se stabiliser définitivement. Nous reviendrons encore sur cette question.

Quelques mots sur la reconstitution de la fonction sexuelle affaiblie ou absente chez les femmes, le plus souvent chez les asthéniques et les jeunes filles hypodéveloppées. Dans ces cas, habituellement, 1-3 injections d'incret féminin suffirent pour que les menstruations disparues revinssent. J'ai pu observer de nombreux cas de ce genre (4).

(1) Analyses pratiquées à l'Institut de Biologie de Cannes.

(2) Au cours de l'impression de cet article j'ai reçu les analyses du sang d'une jeune fille de 14 ans, à laquelle le Dr E. Chaumier, directeur de l'Institut vaccinal, spécialiste pour les maladies d'enfants à Tours, a appliqué le traitement par l'incret isolé par moi, en raison du retard de développement général et spécifique, d'une faiblesse excessive (la jeune fille, rachitique, issue d'une famille tuberculeuse avait fait dans le passé plusieurs maladies telles qu'une grave pneumonie, une néphrite et autres) et surtout en raison d'une grave anémie (2.000.000 de globules rouges ; 55 % d'hémoglobine ; présence de globules rouges nucléés). La malade a reçu au total 9 injections dans le courant de 4 semaines. A la suite du traitement le nombre de globules rouges s'est doublé (4.080.000 le 18 mars 1929 au lieu de 2.055.000 le 12 février) ; la quantité d'hémglobine a augmenté (de 55 % à 70 %).

(Analyses faites par le Dr A. Vialle, professeur à l'école de médecine, directeur du laboratoire de bactériologie, à Tours). L'état général de la malade continue à s'améliorer ; ses forces étant revenues, elle est devenue capable de travailler dans une usine.

(3) Me basant sur mes observations j'attribue aux substances stimulantes une importance toute spéciale pour le rétablissement de la fonction hématopoiétique.

(4) Dans le cas cité de la malade du Dr E. Chaumier, on a pu constaté entre autre une stimulation considérable du développement des seins.

Je veux encore mentionner l'action bienfaitrice de l'incret dans les cas de troubles de la ménopause : dans les cas d'aménorrhée et de dysménorrhée.

6° *Influence sur le système nerveux et le psychisme.* — Je suis porté à attribuer un rôle tout à fait exceptionnel à l'action de l'incret sur le psychisme. J'ai pu observer non seulement l'influence du produit sur les fonctions psychiques plus complexes, mais aussi sur toute une série de capacités où l'action peut être instituée par voie objective et scientifique.

Parmi le nombre d'influences du produit sur le psychisme pouvant moins facilement être appréciées d'une manière scientifique je voudrais indiquer l'augmentation de l'activité psychique, de l'énergie et de la résistance, ce qui était caractéristique pour tous mes malades. L'influence avait sa répercussion sur les côtés les plus différents de l'activité pratique des malades.

Ces influences psychiques étaient accompagnées de toute une série d'états subjectifs, correspondants, tels que : confiance en soi et en ses forces, vaillance, bonheur de vivre et une façon plus optimiste d'envisager la vie. Il faut faire remarquer que tous ces états peuvent difficilement être appréciés quantitativement et si je les mentionne je ne le fais que pour compléter le tableau général.

Un rôle exclusivement *important au point de vue scientifique* appartient à la deuxième catégorie d'influences de l'incret sur l'activité neuro-psychique de l'organisme, je veux dire, l'action sur la mémoire, l'attention et la capacité de concentration, où l'effet pouvait être observé d'une façon tout à fait objective, suivant la méthode habituelle pour la psychologie expérimentale.

Il faut encore mentionner deux exemples éclatants de l'influence de l'incret sur le système nerveux, et, en particulier, sur ses parties périphériques. Dans une de mes observations,celle d'une femme de 70 ans, on a pu constater une considérable amélioration de l'ouïe qui, jusque-là était très affaiblie. Dans un autre cas il s'agissait d'un *tremor senilis* (des mains) très prononcé chez un homme âgé de 68 ans. Après un bref délai tous les troubles, qui avaient persité pendant des années, ont disparu complètement.

7° *Influence sur la peau.* — L'influence sur la peau présente aussi un intérêt considérable autant du point de vue scientifique que pratique ; elle devient plus élastique, sa turgescence s'accroît ; ce changement dépend de la reconstitution de la circulation normale du sang et de l'alimentation normale de la peau , en relation avec régénérescence des fonctions hématopoiétiques de l'organisme; d'un autre côté de l'influence endocrine directe sur la peau. L'influence de l'incret sexuel sur la peau a déjà pu être élucidée dans mes travaux antérieurs sur les animaux exécutés d'après la méthode de transplantation (1).

8° *Influence sur la résistance de l'organisme aux injections resp. sur l'immunité naturelle.* — Durant les expériences sur les animaux, on a pu constater une augmentation considérable de la résistance de l'organisme vis-à-vis des infections graves, grâce à l'action de l'incret. J'ai pu suivre ce phénomène systématiquement chez des cobayes atteints de congestion pulmonaire. Régulièrement, les animaux non traités crevaient, tandis que les autres guérissaient rapidement.

Il est intéressant qu'aussi la résistance des animaux vis-à-vis des parasites augmente nettement. Ce fait se manifeste avec une force particulière chez des animaux chétifs, ainsi que chez des malades et des animaux très vieux qui sont souvent infestés par les parasites. Déjà après deux ou trois injections les parasites disparaissent complètement.

L'augmentation de la résistance générale de l'organisme et de son immunité vis-à-vis des infections a pu être observée aussi chez l'homme. Je citerai comme exemple l'observation mentionnée plus haut concernant la malade de 70 ans, qui au cours de l'épidémie de grippe durant l'hiver 1928-1929 à Berlin a été atteinte d'une broncho-pneumonie double la-

(1) *Etudes sur la biologie sexuelle*, Berlin 1922.

quelle a cependant facilement surmontée et s'est rétablie avec une rapidité surprenante (au bout de deux semaines).

Et maintenant, quelques mots sur le mécanisme d'action. Ainsi qu'il a été déjà dit dans la description de l'action spécifique de l'incret sur la fonction sexuelle — ce qui se rapporte aussi à tous ses autres effets — l'action observée poursuit son developpement encore longtemps après le traitement subi. Cela prouve que l'incret injecté n'agit pas directement sur les diverses fonctions séparées mais régénère les propres mécanismes de l'organisme : en premier lieu, l'appareil à sécrétion interne et le système nerveux central qui mettent en mouvement toutes les fonctions particulières. La régénérescence de l'activité vitale du propre appareil à sécrétion interne et du propre système nerveux de l'organisme explique autant le développement des effets observés après le traitement que leur caractère stable. Au point de vue théorique cela signifie que le principe fondamental de l'influence ne présente point une substitution des substances manquant au sang, mais plutôt une thérapeutique spécifique de stimulation de l'activité des glandes endocrines autrement dit, c'est une thérapeutique, non « passive » mais « active » (1).

Nous n'avons pas encore touché la question de la prolongation de la vie chez l'homme.

Pour avoir la possibilité d'exprimer en chiffres précis la prolongation probable de la vie humaine, il faudra évidemment encore attendre quelques dizaines d'années. Pourtant, se basant sur les expériences détaillées plus haut, faites sur les animaux, on a le droit de considérer les résultats de ces expériences comme très favorables aussi pour l'homme. En ce qui concerne l'explication des résultats obtenus chez l'homme, nous pouvons de plein droit considérer le mécanisme de ces effets en tant qu'endocrinien d'abord pour la simple raison que la nature endocrinienne de l'incret a été antérieurement prouvée dans deux séries d'expériences directes. Ces expériences furent admises par nous, comme seul et unique critérium pour l'appréciation de chaque influence qui prétendrait être endocrinienne. Ce même critérium doit être appliqué aussi à l'appréciation des effets atteints par la transplantation hétéroplastique. Aussi longtemps que les auteurs qui appliquent la transplantation ne réaliseront pas leur méthode les deux séries d'expériences citées plus haut, il ne pourra être question de la nature endocrinienne des effets obtenus par eux (2).

(1) Il serait difficile de déterminer où se trouve le premier point d'application de force de l'incret introduit. Ce point pourrait être aussi bien la glande génitale qu'un autre chaînon dans le système endocrinien, par exemple, l'hypophyse ou une autre glande. J'incline plutôt vers la supposition, que la première application de l'incret se produit au dehors de la glande génitale.

(2) Il serait très facile de pratiquer les expériences citées plus haut suivant la méthode hétéroplastique. Ainsi par exemple, il suffirait d'exécuter la transplantation de la glande d'un singe ou d'un autre mammifère supérieur à un jeune animal castré d'une autre espèce ou bien la transplantation à un jeune chimpanzé de la glande génitale d'un autre singe anthropoïde ou d'une glande criptorchique intacte dans son activité endocrinienne, prélevée à un organisme humain, pour s'assurer *s'il se manifesterait une action du transplant sur le développement de la constitution sexuelle spécifique de l'animal, c'est-à-dire sur les signes secondaires correspondants au sexe du transplant.* Ces expériences peuvent être facilement réalisées suivant le schéma décrit, transplantant la glande du même sexe ou bien celle d'un autre sexe, c'est-à-dire en essayant de modifier la constitution génitale de l'animal.

LETTRE DE LYON

Léon Bouveret. — César Tournier

Le Corps médical lyonnais vient d'être éprouvé par la perte de deux de ses membres disparus à peu de jours d'intervalle : Léon Bouveret et C. Tournier. Cette mort simultanée leur vaut d'être rapprochés dans le souvenir commun dû à leur vie scientifique qui fait honneur, à des titres différents, à notre corps médical.

Léon Bouveret est mort à 79 ans, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Lyon.

Sa thèse de doctorat (Paris, 1878) porte sur : « *Une tumeur osseuse généralisée à laquelle conviendrait le nom de tumeur à ostéoblastes.* » Sa thèse d'agrégation, 1880, est consacrée aux *Sueurs morbides.* Déjà, cette thèse révélait les qualités de Bouveret qui sont des qualités d'observation clinique plus que d'anatomie pathologique.

C'est par l'investigation clinique très étudiée, très poussée qu'il poursuivra pendant 15 ans la plupart de ses travaux qui le mirent au premier rang et firent de lui un médecin à réputation étendue moins peut-être que le mériteraient ses travaux de premier ordre.

En effet, on ne peut trop admirer la série des travaux qui vont des Sueurs morbides en 1880, à la publication du volume sur les maladies de l'estomac, 1893, qui marque l'apogée de son œuvre.

Si nous jetons un coup d'œil rapide sur la chronologie de ses travaux sans avoir la prétention d'en faire une analyse détaillée, sans vouloir tout dire, nous citerons seulement ceux qui nous paraissent devoir être mis en lumière et qui assurent à leur auteur une place de premier rang parmi les médecins de son époque.

En 1885, il publie dans *Lyon médical* une observation capitale sous ce titre : *Syphilis, ataxie, cardiopathie.* Il y rapproche ce que l'on entrevoit sur l'étiologie syphilitique du tabes, et sur la notion, fragile alors, de l'insuffisance aortique dans le tabes. Il montre le rôle encore insoupçonné de l'aortite dans l'étiologie de l'insuffisance aortique et la cause commune qui explique tout : le syphilis, cause du tabes, de l'aortite et de l'insuffisance aortique ; et ce diagnostic qui nous paraît courant aujourd'hui et impressionnant par sa luminosité, avait besoin, en 1885 d'être justifié et commenté, C'est un morceau de pure clinique, mais combien pénétrant et sagace.

Puis en 1886, il publie avec Raymond Tripier un livre sur le *le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids* que nous avons tous sur nos rayons.

Dans ce livre, qui clôt une longue discussion sur la nécessité du bain dans la fièvre typhoïde, toute la maladie surgit à l'occasion du traitement et on y trouve réponse à tous les embarras de la pratique journatière, ce qui est assez rare dans un livre de médecine.

Le procès du bain était gagné. Actuellement le bain a seulement perdu un peu de sa température (on baigne peut-être un peu moins froid), et un peu de sa généralisation (on s'abstient peut-être plus facilement dans les formes légères.)

En 1887, paraissait un mémoire sur la *dilatation du cæcum et du côlon ascendant* (*Lyon médical*). Cette étude, reproduite dans tous traités de chirurgie, fournit un ensemble de signes utilisables dans les sténoses du gros intestin et fournit un appoint précieux au diagnostic souvent difficile du siège de l'obstruction intestinale.

En 1888, Bouveret publie un ouvrage sur l'*Empyème*, ouvrage considérable, qui tire son intérêt, encore actuel, du grand nombre d'observations qu'il renferme et qui offrent toujours une analogie avec le cas à élucider.

La radioscopie n'a pas enlevé sa valeur à ce livre puisque l'on sait trop bien que la radioscopie est loin de pouvoir donner la solution de toutes les énigmes que soulèvent l'existence, la localisation, les migrations et les complications de la pleurésie purulente.

En 1889 (*Province médicale*), il publie une étude sur *les premiers signes de la néphrite interstitielle*. Ce sujet le tourmente, il le reprendra dans *Lyon medical* en 1901, sous la forme de l'artério-sclérose.

Il est vrai que c'est là un chapitre de médecine particulièrement tentant pour les cliniciens D'autres s'y sont essayés, notamment Leclerc (*Lyon médical*, 1923.)

Le sujet est actuellement, grâce à ces auteurs, bien fouillé et scruté dans ses moindres recoins, mais si les recherches cliniques actuelles ont précisé le substratum biologique, la solution thérapeutique se fait encore attendre.

1889 voit, dans la *Revue de médecine*, Bouveret décrire *la tachycardie paroxystique essentielle*.

Ce fut un mémoire capital, et la thèse de Larcena (Paris, 1890) qui résume bien à ce moment l'histoire des tachycardies, lui faisait une place importante.

A partir de ce moment, le syndrome était connu, il ne restait plus qu'à l'expliquer et attendre l'avènement de l'électro-cardiogramme.

Le mérite de Bouveret, comme le dit Weill (*in* thèse Gaillud, Lyon, 1904) fut de bien distinguer la tachycardie paroxystique de la dyspnée d'effort, des palpitations banales, des crises d'asystolie, car la tachycardie paroxystique essentielle ou symptomatique se ressemble toujours par elle-même.

1891. C'est l'époque où il publie son étude sur *l'aérophagie* (*Rev. de méd.*, 1891), syndrome qui à l'époque était extrêmement flou et dont Bouveret sut montrer la fréquence et l'association aux états dyspeptiques : un volume, avec Devic, sur la *maladie de Reichmann* actuellement noyée dans l'ulcère de l'estomac, et son livre sur la *Neurasthenie* qui aura deux éditions. Dans cette médecine mentale qui demande une grande pénétration d'analyse, Bouveret sait faire la part de la névrose d'angoisse et donne une grande place étiologique aux passions déprimantes.

1892. Mémoire avec Devic sur *la tétanie* qui cherche à élucider la pathogénie toujours imprécise de ce symptôme pittoresque.

1893 voit la publication d'un *Traité sur les Maladies de l'estomac* où l'on sent que l'auteur a accumulé un effort considérable.

Ce livre marque une date basée sur les recherches chimiques à l'aide de l'étude du suc gastrique et la pathologie de l'estomac y sera fixée jusqu'à l'avènement de la radioscopie.

Bouveret a contribué plus que tout autre à isoler les syndromes gastriques, les formes cliniques des affections diverses et à bien poser les indications chirurgicales. Grâce à lui, le diagnostic de sténose pylorique devint banal même dans les formes anormales et il permit de conseiller davantage des opérations palliatives ou curatives qui devinrent de la fréquence qu'on sait.

Après ce dernier livre, ce fut fini des grandes publications de Bouveret.

Il venait de passer 15 ans dans une grande activité. Mais en 1899 il quittait son service hospitalier c'est-à-dire à 50 ans, à une époque où avec l'esprit mûr et une observation déjà longue, il avait acquis une autorité et une compétence indiscutées.

Récemment pourtant, il publiait dans le *Lyon médical* un article sur la pathogénie du cancer, tant il est vrai que les médecins les plus distingués en arrivent presque toujours à la fin de leur vie à la méditation sur le cancer.

Il semble qu'à ce moment le chercheur s'aperçoit qu'il n'a rien fait, alors qu'il n'y avait qu'un problème urgent de quelque importance, celui de déchiffrer l'énigme du néoplasme.

Ainsi fut remplie la vie scientifique de Bouveret. Certes, nous n'avons pas tout dit, tout indiqué, ni les observations publiées, ni les thèses remarquables inspirées à des élèves.

Mais ce que nous avons souligné c'est ce que nous admirons le plus dans son œuvre.

Quand on a réuni un pareil bagage, on peut voyager vers la postérité sans crainte d'être oublié ; les faits parleront d'eux-mêmes et diront le mérite de leur auteur.

Cette vie peut suggérer trois remarques.

L'activité scientifique de Bouveret fut arrêtée à 50 ans âge où il quitta son service hospitalier. C'est un exemple très net, souvent déploré, de la brièveté trop grande des fonctions hospitalières, et du départ à une heure où le médecin pourrait être le plus utile aux malades et aux recherches scientifiques en raison de son expérience et de son savoir.

Bouveret, en outre, ne fut jamais professeur à la Faculté.

Cela ne nous paraît pas nécessaire à sa notoriété auprès des médecins car, comme on l'a répété pour d'autres, le véritable professeur est celui qui enseigne et Bouveret nous a appris suffisamment pour mériter ce titre.

Bouveret enfin ne fut jamais décoré. On a toujours dit qu'il aurait pu l'être après avoir soigné des cholériques dans l'Ardèche, ce qui nous a valu une belle étude sur les foyers cholériques en 1884.

Ce fut une belle figure médicale.

Nous regrettons toujours de ne pas l'avoir approché de près : nous aurions pu devenir externe dans son service les trois derniers mois de sa carrière hospitalière, nous n'avons su que plus tard ce que nous avions perdu.

Nous ne l'avons connu que par occasion, lorsqu'il venait voir opérer ses malades dans le service de Jaboulay. Sa figure était sévère, peu riante, le parler bref, mais la déférence qu'il inspirait était extrême.

En somme, Bouveret, quittant l'hôpital à 50 ans, ni professeur, ni décoré, avec une œuvre scientifique aussi belle, nous apparaît encore plus digne d'admiration, et c'est pourquoi nous avons essayé de le faire connaître davantage au public médical.

***

Nous avons mieux connu personnellement Tournier qui vient de mourir à 63 ans. Ancien interne et chef de clinique de Lépine, il fut candidat aux hôpitaux où, après des concours très honorables, il ne fut jamais nommé.

Ce fut un élève de Bouveret. Dans la préface de sa thèse sur l'apoplexie séreuse (Lyon 1893), il déclare : M. Bouveret « demeure pour nous le maître attachant dont nous avons été et voulons rester l'élève assidu. »

Tournier fut un médecin original dans son allure et dans sa pratique médicale. Resté célibataire, spécialisé dans les maladies des voies digestives, il passait son temps entre ses malades et ses goûts de collectionneur, et il avait pu, chose rare pour chacun de nous, arranger son appartement à sa guise.

Dans ce journal, notre confrère René Biot a déjà parlé de sa tournure d'esprit scientifique et de l'aspect de sa vie, si originale qu'elle a suscité des légendes qu'on se racontait et qui lui valaient certainement beaucoup de clients.

Lui-même n'était pas dupe, savait fort bien et vous disait volontiers que sa clientèle était composée de gens particulièrement construits au point de vue psychologique.

Il s'agissait toujours de phobiques, d'angoissés, de tourmentés, d'inquiets, de scrupuleux, de douloureux, auxquels convenaient à merveille ces examens longs et fastidieux où l'on ne sait lequel le plus admirer de la patience du médecin ou de la patience du malade.

Dès le début de sa carrière médicale, il s'était tourné vers ces régions chaotiques du système nerveux.

Sa thèse sur l'apoplexie séreuse est un point de départ tout à fait typique à cet égard. C'est le prélude des études sur l'urémie nerveuse dont la thèse de Thiers (Lyon 1928) est le dernier écho.

Nous sommes bien ici sur une région frontière et il n'est pas trop de redire encore à propos de l'urémie et

des troubles nerveux qu'elle suscite, que l'urémie est l'étude de choix pour abattre ce qui reste debout dans le vieux cadre des névroses et pour aborder le réduit où sont acculées les psychoses.

Aussi l'on peut dire que les travaux de Tournier sont surtout des travaux de neurologie plus que de gastrologie.

Nous citerons de lui un essai de *Classification étiologique des névroses* (*Archiv. d'anthropologie criminelle*, janvier 1900) : *La notion des réflexes conditionnels en pathologie gastro-intestinale* (*Rev. de Méd.*, oct. 1911. Livre jubilaire de Lépine), et enfin un dernier article qu'il écrivit à notre demande dans ce journal, à la suite d'une discussion à la Société nationale de médecine : *Documents cliniques sur le vago-sympathique* (*Progrès Médical*, janvier 1925). C'est qu'il publiait peu : il était toujours en devenir, pour parler le jargon de la Sorbonne, et de ce fait il voyait ses idées se faire jour, sous d'autres noms, par d'autres auteurs.

Dès 1895, dit-il, il l'étudiait les idées de Freud et il s'en séparait sur nombre de points importants. On peut dire que deux idées lui étaient chères.

D'abord il croyait à l'influence profonde de l'instinct sexuel, mais il n'était pas exclusif et il incriminait beaucoup dans la cause des névroses, la notion de sociabilité : c'est là où il se séparait de Freud.

Il classait ainsi les névroses :

Hystérie : névrose en rapport avec l'instinct de conservation.

Névrose anxieuse et d'obsession : en rapport avec l'instinct sexuel.

Neurasthénie : en rapport avec la vie sociale.

Il est important de préciser ces faits au moment où les idées de Freud s'affirment dans tous les milieux et de faire remarquer que les théories de Freud ne sont autres que les idées de la psychologie de Schopenhauer transportées sur un terrain médical.

Tout critique de Freud doit connaître les idées de Tournier qui est loin d'être un Freudiste intégral.

Enfin sa psychologie des malades s'adressait peu au point de vue religieux en dehors du mysticisme. Il s'intéressait surtout au problème de l'extase. C'est peu évidemment quand on considère le rôle que joue la religion dans la vie de beaucoup d'individus.

D'autre part, les réflexes conditionnels de Pawlow l'avaient vraiment intoxiqué. Le vago-sympathique moderne n'en était qu'un dérivé.

Il aurait voulu publier ses idées : nous l'en pressions, mais il se dérobait, arguant du manque de temps, car il entrevoyait un ouvrage immense avec des observations très détaillées comme celles dont il remplissait ses in-folios, ce qui évidemment était une tâche impossible.

Dans la pratique médicale, il évoluait surtout autour de ces deux idées, et c'est pour cela qu'il était environné d'une légende pas toujours bienveillante, mais le sujet s'y prête et les mêmes critiques atteindront toujours ceux qui s'y livreront.

C'était le médecin nécessaire et qu'on trouvera toujours pour cette clientèle que nous avons définie, qui existe un peu partout et qui sait parfaitement reconnaître le médecin qui lui convient.

Au demeurant, Tournier était d'un commerce agréable et accueillant.

Il aimait causer, causait bien et de tout.

La médecine l'intéressait, surtout pour la psychologie qu'elle suppose chez le malade et chez le médecin. Il était toujours sur les frontières de la médecine et de la psychologie.

A ce médecin original, qui serait plus connu s'il avait plus écrit, nous garderons un souvenir et une place dans le corps médical lyonnais.

E. PALLASSE,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 avril 1929.

Deux cas de salpingite à symptômes extra-pelviens. — M. ***Okinczyc*** rapporte deux observations de M. ***Le Conte des Floris*** (de Besançon.)

OBS. I. — Femme de 37 ans prise brusquement d'une vive douleur épigastrique avec irradiations scapulaires. On pose le diagnostic d'ulcère de l'estomac malgré un examen radiologique négatif. A la suite d'une poussée fébrile, on découvre une grosse salpingite. Hystérectomie. Guérison.

OBS. II. — Vomissements, hoquet avec un syndrome intestinal. Diagnostic de péritonite haute. Le toucher vaginal permit à l'auteur de découvrir une salpingite. Hystérectomie. Mort.

Opération de Hartmann. — M. ***Schwartz*** fait un rapport sur deux cas de M. ***Tisserand*** (de Besançon.) — L'auteur a pensé perfectionner l'opération de Hartmann par l'invagination du bout supérieur dans le bout inférieur. Il s'agit en somme d'une résection du rectum, opération qui a été faite déjà.

M. ***Cunéo*** demande à quelle hauteur la section du rectum a été faite. Il faut d'ailleurs ménager toujours l'artère hémorroïdale supérieure dans les sections hautes.

Cholécystostomie et injection lipiodolisée. — M. ***Mocquot*** fait un rapport sur une observation de M. ***Raoul Monod.***

Homme de 37 ans. Ictère chronique par rétention durant depuis cinq mois. A l'opération, vésicule a peu près normale. Le cholédoque n'est pas dilaté, on ne sent rien d'anormal. Cholécystostomie. Un mois après, injection de lipiodol. Dans un premier stade, la vésicule se distend ; dans un deuxième temps, le liquide passe dans le duodénum très facilement. La fistule se ferme spontanément.

L'exploration au lipiodol par la fistule biliaire a déjà été faite par Carnot et Blamoutier, et Cotte.

Cette observation est intéressante, puisqu'il s'agit d'un ictère dit par rétention, sans obstacle reconnu à l'intervention.

M. Mocquot a vu un autre cas analogue et il en existe un dans la littérature. Il s'agit probablement d'hépatites ictérigènes.

M. Monod a préféré la cholécystostomie à la cholécysto-gastrostomie. Elle est moins grave, est préférable puisqu'elle permet l'exploration lipiodolée.

M. ***Lecène*** demande si l'hypothèse d'une pancréatite a été bien écartée. Le traitement est donc très difficile. La cholécystostomie peut donner des fistules intarissables. Cependant la cholécysto-gastrostomie a des inconvénients.

Il a observé un cas extrêmement instructif : il y a quatre ans, il a fait à un malade une cholécystogastrectomie pour un ictère par rétention dû à un noyau pancréatique. Il y a deux mois, la malade a de nouveaux troubles. Une radiographie montre que tout le contenu passe dans la vésicule. M. Lecène enlève sa bouche, trouve un calcul qu'il enlève, fait une cholécystectomie. Le malade a guéri. Le calcul était rempli de microbes, calcul secondaire par conséquent.

Des auteurs ont fait, dans la pancréatite chronique la cholécystectomie. Le problème reste donc entier.

M. ***Métivet*** croit aussi à l'importance des pancréatites ; il a vu un malade analogue chez qui il a fait une cholécystogastrostomie. A l'autopsie, quelques années après, aucun calcul : la bouche s'était refermée spontanément.

M. ***Gosset*** croit aussi à l'importance des pancréatites. Il a vu à la suite d'une cholécystostomie, en trois semaines, se rétablir le cours normal de la bile. Il propose donc une cholécystostomie d'abord, quitte ultérieurement, à faire, si nécessaire, une anastomose.

M. ***Pouget*** a vu un cas analogue où le pancréas n'était pas en cause, certainement. Il a fait une cholédocotomie avec exploration de la voie principale. Puis cholécystostomie.

M. ***Brocq*** a fait, dans un cas de ce genre, un drainage de la voie biliaire principale.

M. ***Leveuf*** a fait une fois une cholécystostomie ; la fistule en se fermant plus, une exploration lipiodolée montre un arrêt au niveau du pancréas. Cholécystogastrostomie.

M. ***Mocquot*** dit que cette discussion montre combien il est malaisé de se faire à l'idée que ces ictères dits par rétention peuvent ne pas être dus à un obstacle.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Myocardie,

Par le Dr Georges MARCHAL
Médecin des Hôpitaux.

Mme K...., âgée de 55 ans. Sans profession.

En février 1928, la malade doit s'aliter une vingtaine de jours, avec une *fièvre continue* qui fut attribuée (sans examens de laboratoire) à une infection colibacillaire ou paratyphoïdique.

Après une convalescence apparente de quelques semaines apparaissent brusquement : de l'œdème aux membres inférieurs, et une dyspnée continue.

Le tableau de *grande insuffisance cardiaque* se complète, avec hydrothorax double, ascite, gros foie ferme et douloureux, tachycardie, bruit de galop, écrasement de la tension artérielle. La malade, anhélante, reste confinée au lit.

Le 27 juillet, la tension artérielle est de 11,5/9 ; et, à 11, l'oscillomètre décèle l'alternance du pouls. Une évacuation de l'épanchement pleural gauche, pratiquée le jour même, donne 750 cmc. de liquide citrin, mais se complique d'une petite crise d'œdème pulmonaire *a vacuo*, calmée très vite par une injection intraveineuse d'un quart de milligramme de cardibaïne, et l'injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le soir même, le pouls tombe de 120 à 80, et l'alternance disparaît.

Le 12 *août*, la malade accuse un état nauséeux, avec quelques vomissements. Il n'y a ni glycosurie ni albuminurie.

Le taux des urines varie entre 300 et 400 cmc. par jour.

L'urée sanguine est de 0 gr.30 cent. par litre.

Du 27 juillet au 12 août, l'hydrothorax double, intarissable, a nécessité 6 *ponctions* (3 litres de liquide séro-fibrineux, au total).

Le traitement suivi depuis le mois de juin comprenait, en outre, le régime déchloruré, du scillarène (XXX gouttes par jour), de l'ouabaïne, d'abord sous forme de cardibaïne administrée par la bouche à la dose de XXX gouttes par jour, puis sous forme d'injections intraveineuses d'un quart de milligramme de cardibaïne, répétées 12 jours de suite.

Le 13 août, j'examine la malade pour la première fois, et je note les symptômes suivants :

Pâleur très marquée, amaigrissement, asthénie, odeur d'acétone dans l'haleine. Dyspnée avec tachypnée régulière. Subictère, gros foie, ascite. Epanchement pleural double. Œdème peu considérable des membres inférieurs. Oligurie. Pas de fièvre. Rythme de galop présystolique avec assourdissement des bruits du cœur. Augmentation de la matité cardiaque.

Tachycardie régulière à 120 ; tension artérielle (à l'appareil de Vaquez-Laubry) 8,5/6.

L'interrogatoire ne révèle aucune des causes invoquées classiquement à l'origine des grandes insuffisances cardiaques. Je ne relève : ni spécificité, ni rhumatisme articulaire aigu, ni chorée, ni syndrome basedowien, ni intoxication éthylique, et il convient de souligner une fois de plus l'absence de toute lésion valvulaire.

Par contre, la malade a subi une *ménopause artificielle* à la suite de radiothérapie pour fibrome (1915-16). Elle présente toutes les manifestations des déséquilibres neurovégétatifs : grande « neurotonique », elle a éprouvé très douloureusement des chocs émotifs répétés, quelques semaines avant la fièvre qui a ouvert la voie à la brusque déchéance fonctionnelle du cœur.

Ce bilan étiologique importe en premier chef.

Dans un plateau de la balance, pas d'étiologie classique pouvant expliquer une évolution lésionnelle ; dans l'autre plateau, des troubles endocrino-sympathiques ; ce contraste ainsi que l'allure rapidement progressive de l'insuffisance cardiaque, nous fournit de solides raisons pour poser le diagnostic de *myocardie* (insuffisance fonctionnelle du cœur, primitive en apparence) décrite par Lanbry et Walser.

En raison de l'échec des toni-cardiaques à base d'ouabaïne je prescris :

1° Quatre pilules de Lancereaux par jour (poudre de digitale, poudre de scille, poudre de scammonée ââ cinq centigrammes) ;

2° Trois cachets de théobromine (0 gr. 50 cent.) par jour ;

3° Une injection quotidienne de 2 cmc. de coramine (par voie sous-cutanée) ;

4° Un traitement opothérapique complexe, par injections sous-cutanées, 12 jours de suite :

Dans la même seringue :

Extrait ovarien Choay : 0 gr. 10 centigr. pour 1 cmc.
Extrait surrénal Choay : 0 gr. 10 centigr. pour 1 cmc.
et 0 cmc. 5 d'endopancrine (représentant 10 unités cliniques d'insuline) après un repas riche en sucre.

La troisième injection du mélange extrait ovarien + extrait surrénal est suivie d'une très courte crise de tachycardie paroxystique, sans lendemain.

L'*amélioration* commence le 18 août, par une diurèse de 1.200 cmc. ; puis l'état nauséeux disparaît ; la tension est de 11/8 ; il n'est plus nécessaire de ponctionner les épanchements pleuraux. La dyspnée s'atténue, pendant quelques jours.

A partir du 13 septembre, l'hydrothorax doit être à nouveau évacué, l'état général redevient extrêmement sévère.

Le 18 *septembre*, je revois la malade, dans le même état qu'au cours de ma première visite ; pourtant la tension artérielle s'est améliorée légèrement (11,5/8).

Je prescris :

1° quarante centigrammes de poudre de feuilles de digitale ; macération de 12 heures dans 150 gr. d'eau froide ; passer et ajouter 30 gr. de sirop des cinq racines ; à boire en 5 fois dans les 24 heures.

2° Reprise de l'opothérapie, en ingestion : 2 cachets Choay d'extrait ovarien (à 0gr 10 centigr.) et 1 cachet Choay d'extrait surrénal (à 0gr 10 centigr.), par jour;

3° 200 gouttes de chloro-calcion par jour (représentant 2 gr. 50 de chlorure de calcium chimiquement pur.

4° Boissons alcalines (3/4 de litre d'eau de Vichy par jour).

Par la suite, l'on donne les cachets durant la première quinzaine de chaque mois, et le chloro-calcion durant la seconde quinzaine.

La digibaïne (association digitaline + ouabaïne, préparée par Deglaude) est donnée 4 jours par semaine, à raison de XV gouttes par jour.

L'amélioration de la valeur fonctionnelle du cœur ne se produit qu'au bout de 3 semaines. Auparavant, la fièvre reparaît, oscillant autour de 38, sans angine ni douleurs articulaires, sans phénomènes pulmonaires, ni transformation purulente du liquide pleural.

Une série de 10 injections intraveineuses de Septicémine (Cortial) abaisse cette fièvre autour de 37,5. Quelques ponctions pleurales sont encore nécessaires.

Enfin, le 10 octobre, l'état général se transforme favorablement. La diurèse reprend, et dépasse régulièrement 1 litre 300 par 24 heures. Les épanchements se tarissent, et l'œdème des membres inférieurs disparait. Il ne reste plus qu'une légère dyspnée d'effort, avec de très courts accès d'asthme cardiaque, éphémères. La tension artérielle est de 10,5/6,5.

Le pouls, régulier, bat à 90. La température reste entre 37,8 et 38,2 (hémoculture refusée par la malade).

Dès le mois de novembre, la malade a pu reprendre une activité modérée dans son ménage ; elle a même pu supporter de légères fatigues et quelques écarts de régime sans inconvénient.

Dans cette observation, il faut noter une fièvre inexpliquée (assez fréquente dans les myocardies). Mais l'essentiel se résume en l'arrêt d'une évolution brutale, considérée un moment comme désespérée, et même en l'amélioration très notable de l'insuffisance cardiaque. Certes, la malade reste une « infirme du cœur », avec un bruit de galop ; mais elle a échappé à une marche rapidement mortelle de sa myocardie, et j'attribue ce succès *à l'emploi conjugué des toni-cardiaques, du calcium, et des extraits endocriniens.*

1° *Toni-cardiaques.* L'ouabaïne, par la bouche, et en injections intraveineuses, est restée sans effets.

Les pilules de Lancereaux, la macération de digitale, et la digibaïne, paraissent avoir contribué à l'amélioration.

2° *Extraits endocriniens.* En de nombreux cas de myocardie, les recherches pathogéniques ont mis en valeur les troubles fonctionnels de diverses glandes à sécrétion interne : (hypophyse, thyroïde, parathyroïdes, surrénales ovaires, îlots de Langerhans, foie).

Il semble qu'un certain «équilibre hormonal » soit nécessaire aux métabolismes si complexes qui assurent la nutrition du myocarde.

Dans le cas observé, j'étais conduit à essayer :

L'extrait ovarien, en raison des antécédents de ménopause artificielle :

L'extrait surrénal, en raison de l'écrasement tensionnel :

L'insuline à petites doses, en raison de l'odeur particulière de l'haleine.

Mais assez souvent, il faut savoir tâtonner dans le choix et les doses des extraits glandulaires. De toute façon, il est préférable d'avoir recours à la voie hypodermique.

3° *Calcium.* Depuis longtemps l'on connait le rôle indispensable du calcium dans la nutrition du cœur (solution de Ringer-Locke entretenant les battements du cœur isolé, dans les laboratoires de physiologie). Lesions calcium exercent sur le cœur une action systolique, et les ions potassium une action diastolique (mais le potassium n'importe guère que par sa radio-activité).

En pratique, ces notions de chimie biologique sont corroborées par les heureux résultats obtenus grâce au calcium ; notre cas en est un exemple assez démonstratif, mais de tels succès sont encore inconstants. Nous ignorons, en effet, sous quelles formes précises (d'ionisation, de dilution, de mordançage vis-à-vis d'autres substances chimiques) les sels de calcium sont assimilés par les diverses fibres cardiaques. Il est très probable que nos meilleurs préparations actuelles de calcium demeurent très loin des conditions physico-chimiques réclamées par l'activité du myocarde.

C'est pourquoi l'on est amené assez souvent à augmenter les doses quotidiennes (jusqu'à 10 et 12 grammes de chlorure de calcium) pour obtenir des résultats vraiment efficaces. Là encore, il nous faut agir empiriquement, en tâtonnant, puisqu'il nous manque une étude rationnelle du métabolisme calcique dans les cardiopathies.

Dans les cas où le calcium se montre inefficace sous une forme déterminée, il convient d'en essayer successivement diverses combinaisons, spécialisées ou non.

Certaines spécialités offrent l'avantage de préparations ingénieuses, et nous n'en avons que l'embarras du choix ; Calcional (Lematte et Boinot), Opocalcium irradié, Tricalcine opothérapique (Perraudin), Gaurol, Gluconate de chaux pur (Sandoz), Néo-Calciline, etc....

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'un *sel de calcium*, substitué ou associé à des toni-cardiaques (dérivés de la digitale et du strophantus), peut *agir favorablement sur la valeur fonctionnelle d'un myocarde, alors que tout espoir semblait perdu.*

VARIÉTÉS

Quatre impressions artistiques

La Beauté chaste.

Venus Victrix.

Dans l'île de Milo quand tu fus découverte,
Extraite par lambeaux de l'humus étouffant,
Une Beauté nouvelle aux hommes fut offerte.
Ce n'était plus la femme aux caprices d'enfant,

Ni l'ardente Cypris en débauches experte,
Ni l'être de plaisir qui rit en se coiffant.
On comprit que tes bras, dont nous pleurons la perte,
Ne pouvaient couronner qu'un guerrier triomphant.

Du genou, qui retient tes voiles, on admire
Le mouvement discret dans sa pudicité.
Chastes sont tes yeux fiers, ton front pur, ton sourire.

C'est l'amour qui rehausse, et non la volupté.
Que ton torse splendide et sacré nous inspire,
Idéal de noblesse et de sérénité !

1927

La Piété humble.

Le « *Sacramenthaüslein* » d'Adam Krafft (1).

Dans la vieille Nürnberg aux pignons pointus, gris
Ou rouges, entassés sans ordre en son enceinte
Pittoresque, *Adam Krafft*, maître sculpteur, épris
Pour son Art et sa Foi d'une ardeur aussi sainte,

Avait pendant sept ans sans répit travaillé,
Pour faire un merveilleux et géant Tabernacle,
Vrai bijou mesurant vingt pieds jusqu'au pinacle.
— Puis sous sa pyramide il s'est agenouillé,

Avec deux compagnons fidèles et robustes,
Qui courbent notablement les lignes de leurs bustes.
Symbole ingénieux de naïve fierté !

En ce geste émouvant d'athlètes en prière
Survit le long effort humblement supporté
Pour dresser vers le Ciel ce poème de pierre.

1898

La fureur guerrière

Une mêlée de cavaliers, de Salvator Rosa

(Musée de Vienne).

Au déclin du jour, dans un site romantique,
On voit s'entrechoquer deux escadrons rivaux
De soldats, cuirassés et casqués à l'antique,
Indicible fouillis d'hommes et de chevaux.

(1) Cet admirable échantillon de la sculpture du XVe siècle se trouve dans la Lorenzkirche.

Pour quelle noble cause ou quel tyran cynique
S'emmêlent dans le sang ces mouvants écheveaux,
Pour qui des fronts brisés s'échappent les cerveaux,
Quel cri pousse en tombant ce vaincu frénétique,

On ne sait. — Mais jamais l'effroyable beauté
Des guerres d'autrefois n'aura mieux éclaté
Que dans cette anonyme et splendide tuerie

De lourds chevaux cabrés et d'hommes demi-nus,
Que Salvator a peints d'une brosse en furie,
Grouillant un soir quelconque en des lieux inconnus.

1898

La Bonté.

Consolation par la Musique (1).

Une femme a perdu l'enfant qu'elle adorait ;
Elle sanglote auprès de la funèbre couche.
L'ami vient consoler la mère qui pleurait ;
Il veut parler... Les mots expirent dans sa bouche.

Mais il sent que soudain Dieu l'inspire en secret,
S'assied au clavecin ; puis, tour à tour farouche
Et tendre, il fait gronder ou gémir chaque touche,
Comme le vent d'hiver à travers la forêt.

L'adagio de la « Sonate Pathétique »
S'épanche, désolé, consolant et mystique,
Sous les doigts de l'Artiste au regard fulgurant.

Glissant au désespoir un rayon d'espérance,
Le Dieu de la Musique a vaincu la souffrance.
.......Et Beethoven s'enfuit en silence, et pleurant.

1922.

Paul Le Gendre.

(1) Anecdote relative à la baronne d'Ertmoun, racontée par elle-même à Meudelssohn, Beethoven l'appelait volontiers sa Ste-Cécile ; virtuose au piano, elle exécutait admirablement les œuvres du Maître.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril 1929.

L'Ordre des médecins. — M. *Balthazard*. — « Pendant toute la durée de l'ancien régime les médecins ont été rassemblés, sous l'égide de la Faculté, en corporation médicale qui imposait à ses membres les règles de dignité et d'honneur professionnel les plus strictes. La corporation avait le droit d'interdire l'exercice de la médecine dans le ressort de la Faculté.

Les traditions se sont maintenues, tant était grande leur force, bien après la suppression de la corporation. Mais, à l'heure actuelle, bien qu'elles soient encore vivaces chez la plupart des médecins, on voit surgir une tendance chez quelques-uns d'entre eux, qui consiste à méconnaître les règles de l'exercice d'une profession libérale qu'ils voudraient commercialiser. D'où les poursuites récentes devant les tribunaux correctionnels contre des médecins accusés d'exercice illégal de la médecine, de distribution de ristournes aux bénéficiaires des lois sociales, et même d'escroqueries. Ces agissements tendent à jeter un discrédit immérité sur tout le Corps médical. Aussi convient-il d'envisager la création de l'Ordre des médecins dont l'action préventive empêcherait les délits ci-dessus visés.

Nous demandons à l'Académie de médecine d'approuver cette création, qui est actuellement réclamée par la majorité des médecins honnêtes et consciencieux et qui devient urgente au moment où doit être mise en vigueur la loi sur les assurances sociales, source possible de beaucoup d'abus. Nous avons de plus la conviction que le gouvernement tiendra le plus grand compte de l'avis de l'Académie de médecine et qu'il déposera devant le Parlement le projet de loi organisant l'Ordre des médecins.

Cet ordre doit désigner un conseil par département avec une chambre de discipline qui connaîtra des infractions au Code de déontologie. La chambre disposera de sanctions sévères allant jusqu'à l'interdiction de l'exercice de médecine temporaire ou définitive, dans le département ou dans toute la France. L'intéressé conservera possibilité d'appel devant un conseil régional constitué par quatre médecins ayant fait partie pendant trois ans au moins des conseils départementaux désignés par leurs confrères, et présidé par un conseiller à la Cour d'appel.

La Confédération des syndicats médicaux français a élaboré un Code de déontologie médicale qui doit servir de base aux décisions de l'Ordre des médecins. »

M. Balthazard soumet à l'Académie de médecine le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, émue des récents scandales médicaux qui tiendraient à déconsidérer le Corps médical qui dans son immense majorité, respecte pourtant les traditions de dignité professionnelle dont elle a toujours été la fidèle gardienne.

Estime qu'il importe de réprimer et mieux encore de prévenir les défaillances individuelles par la création d'un Ordre des médecins, dont les conseils seraient pourvus de sanctions efficaces allant jusqu'à l'interdiction de l'exercice de la médecine sur le territoire français.

Et demande au gouvernement de soumettre aussi rapidement que possible au vote du Parlement la création de l'Ordre des médecins chargé de faire respecter le Code de déontologie et de conserver à la profession libérale indispensable dans l'intérêt même des malades. »

Sur la proposition de M. le Président la question est renvoyée à une Commission composée de MM. Balthazard, Roger, Siredey, Le Gendre, Pinard, Chauffard, Delbet, Gosset, Brouardel et Weiss (de Strasbourg).

Traitement du rachitisme par l'ergostérol irradié. — M. *Marfan* et Mme *Dollfus-Odier* ont traité un assez grand nombre de rachitiques par l'ergostérol irradié. Ils l'administrent à la dose de 3 à 5 milligrammes par jour ; ils prescrivent des cures de vingt jours, séparées par des repos de quinze jours ; ils font faire en général trois cures.

Le premier et le plus important des effets de ce remède est

la recalcification de l'extrémité diaphysaire des os longs, des noyaux d'ossification épiphysaire et des cals de fractures rachitiques quand il en existe. Cette reminéralisation est évidente au bout de vingt jours ; elle est parfois complète après la deuxième cure ; elle l'est le plus souvent après la troisième. Le remodelage de l'os commence pendant la seconde cure ; l'élargissement de l'extrémité diaphysaire diminue , sa limite devient opaque et presque rectiligne ; les pointes qui la terminent disparaissent.

Le cranio-tabes et les autres altérations rachitiques du crâne modifient aussi, mais moins vite que celles des membres.

Sur les symptômes concomitants des altérations osseuses, sur l'hypotonie musculaire, sur le gros ventre flasque, sur l'anémie, sur l'intumescence des organes lymphoïdes, l'action de l'ergostérol est inconstante, incomplète ou inappréciable. Cependant la nutrition générale est souvent améliorée ; le poids augmente et l'irritabilité nerveuse diminue.

Dans les cas où la tétanie coïncide avec le rachitisme, on peut constater que l'ergostérol a sur elle une action remarquable ; après une huitaine de jours, les symptômes spasmodiques et le phénomène de Trousseau disparaissent ; le signe du facial après quinze ou ving jours ; mais celui-ci peut reparaître après cessation du traitement.

Toutefois, dans un petit nombre de cas, le rachitisme n'a pas paru modifié par l'ergostérol irradié, sans qu'on puisse l'imputer à la mauvaise qualité du médicament, ni, comme on l'a soutenu, à ce que son action a été entravée par la grippe, ou une affection fébrile concomitante.

A quelques différences près, l'action de l'ergostérol irradié est analogue à celle de l'application directe des rayons ultra-violets. Si l'ergostérol paraît calcifier plus vite, les rayons ultra-violets modifient plus rapidement et plus complètement la forme de l'os ; l'action eutrophique générale de ceux-ci est plus évidente. Mais l'ergostérol a l'avantage d'être d'un emploi plus facile et moins coûteux.

Ce médicament est donc une acquisition précisieuse et doit prendre une place dans le traitement du rachitisme.

Cependant, plus encore que celle des rayons ultra-violets, son action ne paraît pas s'exercer sur la cause même du rachitisme, mais sur le processus par lequel cette cause détermine les lésions de l'os.

Remarques sur la fréquence relative et les localisations des lucères gastro-duodénaux chez l'homme et chez la femme. — M. *Le Noir*. — L'ulcère de l'estomac était autrefois considéré comme beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Les statistiques récentes indiquent une proportion inverse. Quelles sont les raisons qui peuvent expliquer cette divergence ? Défectuosité des statistiques anciennes, augmentation de la fréquence de l'ulcère chez l'homme pourraient être invoquées. Il semble qu'il taille plutôt incriminer les causes de gastrite plus communes chez l'homme que chez la femme aujourd'hui qu'autrefois, l'abus du tabac, l'exagération du régime carné, la fréquence plus grande des infections dentaires, tandis que chez la femme, les modifications apportées aux vêtements et, en particulier, au corset tendaient à rendre l'ulcère moins fréquent chez elle.

Quant aux causes des localisations différentes chez l'homme et chez la femme, elles peuvent se trouver dans les conditions anatomiques et physiologiques non identiques dans les deux sexes. Par elles peuvent s'expliquer la prédominance chez la femme de l'ulcère de la petite courbure, par rapport à l'ulcère juxto-pylorique et surtout duodénal.

Insuffisance ou rétrécissement mitral coïncidant avec une communication inter-auriculaire et réalisant un syndrome de malade de Roger souffle systolique sans cyanose. — M. ***Halipré***, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, présente une observation de perforation inter-auriculaire indépendante du trou de Botal coïncidant avec une insuffisance mitrale. Cette lésion réalisait un syndrome de maladie de Roger comme s'il y avait eu communication interventriculaire. Cliniquement le diagnostic d'insuffisance mitrale avait été posé.

M. Halipré insiste sur un point qui doit être retenu, c'est que deux lésions en quelque sorte de sens contraire, intéressant l'orifice mitral, une insuffisance et un rétrécissement,

peuvent aboutir, en cas de communication inter-auriculaire au même tableau clinique.

Dans l'*insuffisance mitrale*, le reflux du sang de l'oreillette gauche dans l'oreillette droite, se fait sur la poussée de la systole ventriculaire gauche, l'oreillette demeurant passive.

Dans le *rétrécissement*, c'est à l'oreillette gauche hypertrophier qu'appartient le rôle actif, c'est elle qui fait passer le sang dans l'oreillette droite.

Dans les deux cas, le reflux du sang de gauche à droite produit un souffle méso-cardiaque.

Le court espace de temps qui sépare la systole auriculaire de la systole ventriculaire (un cinquième de seconde) ne permet pas de distinguer à l'auscultation entre le point de départ auriculaire ou ventriculaire du souffle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 avril 1929.

Traitement des migraines par le tartrate d'ergotamine. — M. ***Tzanck*** revient à nouveau sur l'efficacité du tartrate d'ergotamine dans de nombreux cas de migraines. Il insiste sur l'innocuité absolue qu'il a observée jusqu'ici malgré le grand nombre de malades traités. Il rappelle qu'il importe de tâter la susceptibilité des individus par de très faibles doses au début du traitement. Pour la voie sous-cutanée, il considère comme une règle absolue de commencer par des injections de 1/2 ou même de 1/4 de centimètre cube et de n'atteindre la dose entière que lorsque les injections précédentes ont été parfaitement tolérées, ce qui est d'ailleurs presque constant.

Hématémèse mortelle chez un cirrhotique, liée à la présence d'un nævus artériel de l'œsophage juxta-cardiaque. — MM. ***Carnot, Rachet*** et ***Delafontaine*** ont constaté chez un cirrhotique alcoolique mort d'hématémèse foudroyante, la présence d'un nævus artériel, situé dans la zone juxta-cardiaque de l'œsophage. L'origine nævique des hématémèses chez les cirrhotiques est peut-être plus fréquente que ne l'indiquent les rares observations publiées à ce sujet, et il faut de parti pris rechercher ces nævi quand on ne trouve pas ailleurs la cause de l'hémorragie.

Un cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique résistant au traitement hépatique simple ou mixte. — M. ***P. Emile-Weil*** rapporte un cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique, diagnostiqué cliniquement et confirmé par les examens *post-mortem*, qui se montra résistant au traitement hépatique, puis aux transfusions complétées par l'insulinothérapie. Il obtint ensuite en un mois une importante amélioration (engraissement de 8 livres montée des hématies de 1 million à 2.700.000, chute de la valeur globulaire de 3 à 1), en couplant ces diverses méthodes. Le malade ayant quitté l'hôpital pour la campagne, y revient au bout de six semaines en état de rechute et le traitement antérieurement actif ne donne plus aucun résultat. La mort survient au bout de deux mois avec un sang en état de panmyélophthisie.

A propos de ce malade, l'auteur parle de cas hépato-résistants de la maladie de Biermer, trop négligés jusqu'ici.

M. ***N. Fiessinger*** rapporte une observation identique ; après avoir obtenu un beau succès, le malade présente, quatre mois après, une rechute et le traitement hépatique reste sans action appréciable. Il considère qu'il y a lieu de distinguer les anémies plastiques et aplastiques ; dans le premier cas on obtient de grands succès ; dans le deuxième la méthode de Whipple reste sans action. Il en est de même dans les anémies à évolution rapide. Dans tous les cas, il y a lieu de poursuivre la thérapeutique pendant plusieurs années si l'on veut éviter les rechutes.

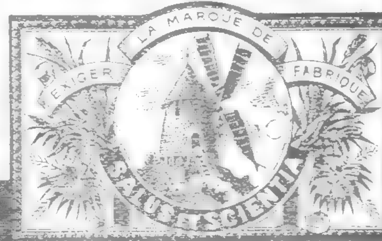
M. ***Tixier*** considère que la méthode de Whipple semble avoir moins d'action dans les anémies de l'enfant.

M. ***Monier-Vinard*** rapporte deux cas ; dans l'un, concernant un syndrome neuro-anémique, il a obtenu une amélioration rapide ; dans l'autre, ayant trait à une anémie benzénique, il n'a obtenu aucun succès. Il insiste à ce propos sur l'importance de la formule leucocytaire et au lieu de parler de cas hépato-résistants, il pense qu'il s'agit plutôt de cas médullo-insuffisants.

M. ***Bard*** considère que le syndrome d'anémie pernicieuse relève de causes diverses et que dans le traitement il y a peut-être lieu de faire jouer un rôle à l'origide de l'anémie.

M. ***Chevallier*** signale qu'à côté de l'anémie pernicieuse, il existe une forme désignée sous le nom d'aleucie hémorragique et caractérisée par une diminution de globules blancs en dehors de l'anémie.

Un sujet en cours d'immunisation par l'anatoxine traverse-t-il une phase d'hyperréceptivité à la diphtérie ? — M. ***Ch. Zoeller*** étudie des faits qui pourraient être interprétés comme démon-



trant l'existence, au cours de l'immunisation par l'anatoxine, d'une « phase négative » ou d'une période d'anergie. En réalité il semble que des cas de diphtérie apparus au cours de la vaccination doivent être mis sur le compte d'une simple contagion par l'entourage. Il ne faut pas oublier qu'un certain nombre de sujets réceptifs gardent leur réceptivité pendant les six semaines qui suivent la première injection. On se décide souvent à vacciner sous la menace d'une épidémie alors qu'il est plus raisonnable d'entreprendre une vaccination systématique en dehors même du milieu épidémique. C'est sans doute par simple coïncidence que des cas apparaissent dans les jours qui suivent une injection d'anatoxine. L'auteur rapporte l'exemple d'une famille de cinq enfants ; à la suite d'un cas de diphtérie la vaccination par l'anatoxine fut entreprise ; deux cas nouveaux furent constatés dont l'un suivit de 48 heures la seconde injection d'anatoxine. La contagion suffit à expliquer ces cas nouveaux. Dans le même milieu un premier cas de scarlatine contamine successivement les quatre autres enfants sans que l'hypothèse d'une période d'anergie puisse être envisagée.

Il n'est pas actuellement établi qu'un sujet en cours d'immunisation par l'anatoxine traverse une phase d'hyperréceptivité à la diphtérie.

L'action de l'éther benzyl cinnamique sur les ulcérations de natures diverses et ses effets sur le symptôme douleur. — M. ***J. Jacobson*** rappelle les propriétés, antitoxiques vasodilatatrice et catalytique de l'éther benzyl cinnamique qu'il a étudié dans une série de notes antérieures, ainsi que l'efficacité de cette médication sur la congestion, l'infiltration, la suppuration et l'ulcération, provoquées par différents agents pathogènes.

A l'appui de cette assertion, l'auteur rapporte à la séance des observations avec des photographies d'ulcérations tuberculeuses, lépreuses, syphilitiques et variqueuses traitées uniquement par l'éther benzyl cinnamique.

Il résulte de ces études que, sous l'action de cette médication, les lésions inflammatoires de natures diverses régressent et que le processus de la cicatrisation est activé ou provoqué, comme le prouve l'expérimentation sur les cobayes, dont l'auteur rapporte des observations accompagnées de photographies.

D'autre part, l'éther benzyl cinnamique, modifiant avantageusement la lésion anatomique, libère les terminaisons nerveuses de la compression et de l'irritation causées par des désordres tissulaires, et de ce fait, atténue et calme la douleur qui en est l'expression.

M. ***Tzanck*** considère que l'éther benzyl cinnamique n'a aucune action spécifique mais agit sur les lésions inflammatoires et la douleur.

Syndrome douloureux et paralytique avec troubles trophiques (chute de dents) et subictère. — MM. ***A. Lemierre, Jean Lhermitte*** et ***E. Bernard*** rapportent l'histoire d'une femme de 28 ans qui fut prise subitement de fièvre, de vomissements et de douleurs abdominales d'une telle acuité qu'une laparotomie fut pratiquée. Ultérieurement les douleurs gagnèrent les membres, puis la face, atteignant une grande intensité dans la moitié droite de la mâchoire inférieure. Au bout seulement d'un mois de souffrances presque continues, apparurent des paralysies frappant d'abord les muscles de l'abdomen, puis ceux de la racine des membres supérieurs et inférieurs, la moitié droite de la face, les releveurs des paupières supérieures et enfin, dans un dernier temps les muscles de la nuque et les muscles inspirateurs. La mort survint par asphyxie après deux mois.

Indépendamment du syndrome douloureux et du syndrome paralytique extenso progressif, cette malade a présenté un trouble trophique très spécial consistant en un ébranlement et une chute de dents. 13 dents absolument saines d'aspect, sont tombées successivement parmi lesquelles sept de la moitié droite de la mâchoire inférieure, là où justement les algies se sont manifestées avec le maximum d'intensité.

L'examen histologique des centres nerveux a montré l'intégrité des méninges et des racines antérieures de la moelle. Il existait par contre des lésions dégénératives extrêmement marquées au niveau des cellules des cornes antérieures de la moelle, plus discrètes au niveau de certains noyaux du mésencéphale. Ces lésions diffèrent donc totalement de celles de la névraxite épidémique et de la maladie de Heine-Medin. Elles rappellent celles qu'on a observées dans certains syndromes de Landry.

L'infection qui a frappé le centre nerveux a certainement intéressé également le parenchyme hépatique ; dès le début et pendant toute l'évolution de la maladie, l'urobilinurie a été intense, puis le foie s'est tuméfié et la malade a finalement présenté un subictère qui a été en s'accentuant jusqu'à la mort.

M. ***Flandin*** rapporte une observation semblable dans lequel à la suite de troubles intestinaux est survenu des troubles paralytiques des quatre membres qui ont guéri et une pyorhée alvéolo-dentaire.

M. ***Monier-Vinard*** signale un cas identique; à la suite de troubles intestinaux est survenue une paralysie rapidement extenso-progressive. Dans les selles du malade, a été retrouvé un streptocoque d'un type particulier.

René GIROUX.



BIBLIOGRAPHIE

Imagier de Napoléon. — Un bel album in-4° (24×30 cm) de 24 pl. en 6 couleurs et 48 p. de texte décorées de lettrines et culs-de-lampe originaux, cartonné, sans couverture en six couleurs : 40 fr. Editions Morancé, 30-32, rue de Fleurus. Paris.

Un imagier ne peut s'adresser qu'à des enfants. Mais pour regarder des images napoléoniennes, on est enfant à tous les âges, et les parents regarderont par dessus les têtes bouclées, le merveilleux imagier de Napoléon. Il fallait, pour rendre sensible à des esprits modernes la beauté de la légende napoléonienne, beaucoup de talent et beaucoup de cœur. M. Edouard Driault et M. André Collot ont prouvé qu'ils possédaient l'un et l'autre, et l'ouvrage né de leur collaboration constitue le plus magnifique et le plus vivant des cinémas.

♣ ♣ ♣

NOUVELLES

Assistance publique. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux sera ouvert le 16 mai prochain à 17 heures à l'Hôtel-Dieu.

Le Jury est composé de MM. les Drs Weil (Mathieu-Pierre), Chiray, Stévenin, Nobécourt, Sézary, Brûlé, Rivet, Tixier, Pissavy, Flandin et Bréchot.

Concours d'électroradiologiste des hôpitaux. — Epreuve sur titre : Ont obtenu MM. Pelizza 6, Porcher 9, Beau 10, Desgrez 10, Quivy 6, Ordioni 7, Serrand 13, Foubert 8, Busy 10, Delapchier 9.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Epreuve clinique. — Séance du 1er mai : MM. Sureau 23, Lantuéjoul 28, Séguy 22.

Séance du 8 mai : MM. Ravina 28, Couinaud 24, Lacomme 27 M. de Peretti s'est retiré.

Notes des épreuves écrites anonymes :

Anatomie et physiologie. — MM. Lantuéjoul 18, Lacomme 23, Sureau 15, Couinaud 16, de Peretti 13, Séguy 25, Ravina 27.

Accouchement. — MM. Séguy 13, Sureau 13, Couinaud 22, Lantuéjoul 21, Ravina 23, Lacomme 20, de Peretti 10.

Classement des candidats. — MM. Ravina 78 pts, Lacomme 70, Lantuéjoul 67, Couinaud 63, Séguy 60, Sureau 51.

MM. Ravina, Lacomme et Lantuéjoul sont admis à prendre part aux épreuves de la seconde série.

Agrégation. — Sont proposés par le Conseil de la Faculté comme professeurs agrégés :

Médecine : MM. Guy-Laroche, H. Bénard, Moreau, Cathala, Chevalier. — *Chirurgie* : MM. Leveuf, Gaudard d'Allaines, Moulonguet. — *Bactériologie* : M. Gastinel. — *Obstétrique* : MM. Porte et Vignes. — *Médecine légale* : M. Piédelièvre. — *Urologie* : M. Fey. — *Hygiène* : M. Joannon.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 2 mai. — M. Nédelec. Etude des hémiplégies d'origine cardiaque. — M. Tixier. La zone intercléido biliaire dans le développement des lésions tuberculeuses. — M. Vexenat. La bronche isolée. Recherches de physiologie expérimentale.

Thèses vétérinaires. — M. Dumestre. Pathogénie et traitement des tendinites du cheval de selle. — M. Quandalle. Les tuberculoses oculaires.

6 mai. — M. Lagrée. Etude sur les maladies de la hanche. — M. Kiraly. Indications opératoires dans le traitement des hémorragies gastro-duodénales. — M. Marion. Etude des plaies transversales de l'uretère. — M. Katsoulis. Etude de la pyorrhée alvéolo-dentaire. — M. Kessis. Contribution à l'étude des mastoïdes tuberculeuses.

7 mai. — M. Plat. Etude des ruptures sous-conjonctivales de la sclérotique. — M. Fromont. Etude critique du traitement du zona.

Thèses vétérinaires. — Amiot. Dosage de l'extrait de glande pituitaire par action sur la pression sanguine.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Les mutations suivantes ont été prononcées dans le personnel médical :

M. le Dr Gallavardin, médecin de l'Hôtel-Dieu, est nommé médecin honoraire.
M. le Dr Roubier passe de l'Antiquaille à l'Hôtel-Dieu.
M. le Dr Dumas passe du Perron à l'Antiquaille.
M. le Dr Devic passe de Longchêne au Perron.
M. le Dr Dufourt entre en service à Longchêne.

Maison départementale de Nanterre. — Ont été reçus internes : MM. Bourellec Raymond ; André Robert ; Choty René ; Bailey Jacques.

Journées médicales de Paris du 9 au 14 juin 1929. — Par lettre en date du 12 avril 1929, le ministre de la Guerre (7e Direction) fait connaître qu'à l'occasion des Journées médicales de Paris qui auront lieu du 9 au 14 juin 1929, le Service de santé organisera au Palais des expositions (Porte de Versailles) une démonstration de matériel sanitaire de campagne.

Cette démonstration aura un caractère pratique, pouvant utilement servir à l'instruction des officiers de réserve du Service de santé.

En conséquence, les médecins, comme du reste les pharmaciens, dentistes et officiers d'administration de réserve du Service de santé, participant aux Journées médicales, pourront être convoqués en période d'exercices, sans solde, pour prendre part à ces démonstrations techniques.

La participation de ces officiers à ces Journées leur sera comptée pour une période d'exercices, sans solde, de six jours, à diminuer de la durée totale des périodes fixées par l'article 49 des lois du 1er avril 1923 et 31 mars 1928, sans toutefois qu'elle entre en ligne de compte pour la période obligatoire imposée en 1929, aux officiers de réserve appartenant aux classes 1920 à 1924.

Les officiers de réserve du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, désireux de prendre part à ces exercices, devront adresser avant le 25 mai 1929, leur demande à la Direction du Service de santé, Hôtel des Invalides, qui leur adressera une convocation.

Hospices d'Orléans. — *Concours pour l'internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires, aura lieu aux hospices d'Orléans, le lundi 29 juillet 1929. Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur des Hospices.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le Professeur agrégé de la Faculté de médecine F. Lemaitre, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les Drs Aubin, Maduro et Rémy Néris, assistants du service, commencera le lundi 3 juin 1929, à 14 heures, et continuera tous les jours suivants à la même heure. Droit d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Anesthésies. Paracentèse. Extraction des osselets. Trépanation de la mastoïde. — 2° Les évidements pétro-mastoïdiens. La chirurgie du labyrinthe. — 3° Les complications veineuses et encéphaliques des oto-mastoïdites. — 4° Ligature de la jugulaire interne et de la carotide externe. — 5° Chirurgie endo-nasale et endo-septale. — 6° Chirurgie du sinus maxillaire;

du sinus frontal et de l'ethmoïde. — 7° Les rhinotomies et la résection du maxillaire supérieur. — 8° Trachéotomie. Laryngofissure. Laryngectomie partielle. — 9° Laryngectomie totale et pharyngotomies. — 10° Broncho-œsophagoscopie sur le cadavre. — 11° Broncho-œsophagoscopie sur le chien. — 12° Trachéotomie. Thyrotomie. Laryngectomie sur le chien.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1929) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 5 janvier 1930. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 26 juin 1929, à 9 heures.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 27 mai jusqu'au lundi 10 juin 1929 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Cours de technique hématologique et sérologique, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire — Ce cours comprendra 15 leçons commencera le lundi 27 mai 1929, à 14 h. 30, pour se continuer tous les jours suivants ; les séances comprendront deux parties : 1° un exposé théorique et technique ; 2° une application pratique où chaque auditeur exécutera les methodes et les réactions indiquées.

Programme des conférences. — 1° Généralités sur l'instrumentation nécessaire : numération des globules du sang, dosage de l'hémoglabine : — 2° Le sang sec, techniques d'examen, les globules rouges à l'etat normal et pathologique les états anémiques simples. — 3° Le sang sec : glob les blancs et formule leucocytaire ; — 4° Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse. — 5° Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions). — 6° Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques. — 7° Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang. — 8° Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums. — 9° Hémo agglutinations (groupes sanguins). Les methodes de transfusion. Les états hémorragiques, par le Dr Benda (chef de clinique). — 10° La réaction de fixation (B. W.). Le principe. — 11° La réaction de fixation (B. W.), Les dosages ; — 12° La réaction de fixation (B. W.). Les méthodes ; — 13° Les propriétés physiques, appliquées au sang. (P. H. cryoscopie, viscosité, etc.), par M. le Professeur agrégé Sannie. — 14° Cytologie des épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien (Réactions biologiques), par M. le Dr Targowla (a. chef de clinique). — 15° Les méthodes de floculation, par M. le Dr Targowla.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences. Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation. Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Conférences de clinique et de thérapeutique du dimanche matin. — *Six leçons sur les néphrites.* — M. le professeur F. Rathery fera une série de six conferences sur les néphrites à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau à 10 h. 30) le dimanche aux dates suivantes : 26 mai : Valeur diagnostique et pronostique de l'albuminurie. — 2 juin : Hypertension dans les maladies du rein. — 9 juin : Les œdèmes brightiques. — 16 juin : Réserve alcaline et acidose dans les néphrites. — 23 juin : Néphrose lipoïdique. — 30 juin : Le rôle du chlorure de sodium en pathologie rénale.

Le cours est libre.

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès du Havre 1929, XIIe section : Sciences médicales.* — Les points suivants seront mis à l'ordre du jour, mais il vous est loisible de communiquer un travail sur une question quelconque de pathologie médicale ou chirurgicale : 1° Les cholécystites ; 2° Le rachitisme et son traitement ; 3° Les extraits hypophysaires.

N. B. Prière d'adresser la correspondance au secrétariat de l'Association. MM. les auteurs sont instamment priés d'envoyer au

Secrétariat avant le 15 juin, dernier délai, le titre de chacune de leurs communications. Le règlement limite à 3 pages des comptes rendus la place totale disponible pour chaque auteur ou groupe d'auteurs.

Hôpital Boucicaut. — *Conférences pratiques sur la tuberculose et en particulier sur le diagnostic radiologique et anatomo-pathologique de la tuberculose pulmonaire.* — M. le Dr Courcoux, médecin de l'hôpital Boucicaut, M. le Dr Bidermann, assistant, et M. le Dr Gilson, radiologiste adjoint des hôpitaux, feront, à partir du lundi 13 mai 1929, une série de conférences pratiques sur la tuberculose.

Ces leçons auront lieu à 11 heures, à la salle des cours, et seront faites à l'aide de projections de films radiographiques et de pièces anatomo-pathologiques. Après un court exposé théorique, les auditeurs seront exercés individuellement à la lecture des films et des pièces anatomiques.

Lundi 13 mai. MM. Courcoux et Gilson : Notions préliminaires. Principes généraux de la radiographie pulmonaire.

Mardi 14 mai. MM. Courcoux et Gilson : Caractères d'un bon film radiographique. Principaux défauts d'une mauvaise radiographie.

Mercredi 15 mai. MM. Courcoux et Gilson : Lecture d'un film. Caractères d'une image normale. Squelette thoracique. Ombres cardio-vasculaires et bronchiques.

Jeudi 16 mai. MM. Bidermann et Gilson : Le poumon normal. Les erreurs d'interprétation.

Vendredi 17 mai. M. Courcoux : Notions générales sur les lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose pulmonaire.

Samedi 18 mai. M. Courcoux : Granulie. Pneumonie et broncho-pneumonie caséeuse.

Mardi 21 mai. La classification des lésions de la tuberculose pulmonaire chronique. Etude anatomo-clinique.

Jeudi 23 mai. MM. Courcoux et Gilson : Les images radiographiques pathologiques dans la tuberculose pulmonaire.

Vendredi 24 mai. MM. Bidermann et Gilson : Les images radiographiques pathologiques dans la tuberculose pulmonaire.

Samedi 25 mai. MM. Courcoux et Bidermann : Les images radiographiques pathologiques dans la tuberculose pulmonaire. Essai d'interprétation et de diagnostic anatomo-clinique.

Nécrologie. — Dr Charles Mariani, de Fontvieille (B.-du-Rh.), décédé à l'âge de 53 ans. — Dr Xavier Jourdan, décédé à Marseille, le 4 mars 1929, à l'âge de 80 ans. — Dr Paul Simonot, décédé à Nîmes, le 11 mars 1929, à l'âge de 62 ans. — Dr Henri Vinon, décédé à Cannes le 12 mars 1929, dans sa 39e année. — Mme Elisabeth Jardin, docteur en médecine.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de l'ionothérapie électrique, par le Dr Gidon. Un vol. in-8, 96 pages avec tableau : 15 fr. Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris.

Cet opuscule présente sous une forme concrète et précise les renseignements nécessaires pour la pratique des opérations ionothérapiques courantes : traitements de rhumatismes, d'arthrites, de raideurs, d'adhérences ou de compressions fibreuses, de traumatismes récents (entorses), ou encore traitements de névralgies, ionisation d'ulcérations chroniques ou de plaies suppurantes, stérilisation sous-cutanée de points d'acnés, de furoncles ou d'autres états dermatologiques. Signalons spécialement l'anesthésie locale obtenue, sans injection ni œdème des tissus, par transport d'agents médicamenteux à travers le peau, en vue d'interventions superficielles, pour la chirurgie esthétique, etc. Les opérations qui exigent la technique opératoire des spécialités (désinfection des sinus, etc.), ne sont signalées que sommairement. En ce qui concerne le matériel, l'auteur recommande l'emploi des piles sèches de T. S. F., actuellement en vente partout. En cas d'urgence (entorse, attaque de goutte), on peut constituer une batterie suffisante avec des piles de lampes de poche.

A l'orée de la forêt vierge, par Albert Schweitzer. Un volume in-16, 234 pages, avec 16 planches hors texte : 15 fr. Les Editions Leider, 7, place Saint-Sulpice, 7, Paris-VIe.

A l'orée de la forêt vierge est l'histoire, presque quotidienne, de l'hôpital pour les noirs, que Schweitser fonde, qu'il bâtit plutôt de ses propres mains, à Lambaréné. Ces pages, rédigées sous forme de longs rapports aux amis et aux inconnus qui de loin, par leurs dons, soutiennent l'œuvre qu'il a entreprise, ne visent nullement à des effets d'art. Elles sont pourtant plus que de simples lettres de voyage... Il s'en dégage, en effet la plus haute des leçons, cette « utilité de la règle sociale et de la beauté de l'action », que Schweitzer a découvertes en Afrique. Schweitzer a pensé qu'à l'Europe meurtrière le contact avec la race noire pourrait redonner le sens de l'humanité. Et c'est pourquoi ce n'est plus à l'Alsace seule, c'est à l'Europe entière que s'adresse l'exemple de celui que Keyserling a nommé un « précurseur des temps futurs ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Leçons sur les troubles de la tension artérielle (1)

Par M. le Professeur Ch. ACHARD.

II. L'hypertension artérielle permanente.

D. — Traitement.

Il serait vain de tenter d'abaisser d'une façon durable par une thérapeutique active la pression artérielle dans l'hypertension permanente. Dans les formes latentes ou troublées, mais compensées, de l'hypertension, l'organisme est adapté à une tension supérieure à la normale : une chute importante et rapide ne serait d'ailleurs pas sans risques. Ce qu'il faut prévenir, c'est le surcroît d'hypertension,ce sont les brusques ascensions de la pression artérielle, qui font le principal danger de l'hypertension compensée.

L'*hygiène* de l'hypertendu doit faire l'objet d'une attention particulière. Il faut éviter la fatigue : souvent le simple repos au lit fait baisser la pression de 2 ou 3 centim. en peu de jours. Beaucoup d'occupations professionnelles restent possibles à l'hypertendu, mais il doit se garder des efforts, de la marche prolongée, non moins que de l'agitation physique et morale. Les préoccupations, l'insomnie, lui sont nuisibles.

Le *régime alimentaire* doit être réglé en quantité comme en qualité. Les repas ne doivent pas être copieux. On évitera l'excès des aliments carnés et riches en purines. S'il y a des intoléances particulières et électives pour certains aliments, on proscrira ceux-ci.

En cas de tendance à l'obésité, on instituera le régime particulier de cette dystrophie. On s'appliquera surtout à maintenir le bon état des fonctions digestives, qui importe plus encore que les restrictions trop exclusives.

La restriction du sel a été beaucoup discutée, depuis que Ambard et Beaujard ont attribué au chlorure de sodium le pouvoir d'élever la tension artérielle. Il semble que cette action du sel soit généralement temporaire et la plupart des cliniciens en France ne comprennent pas dans leurs prescriptions aux hypertendus le régime hypochloruré. Je crois néanmoins qu'il est prudent d'instituer ce régime. Le sel excite la soif et conduit à augmenter l'ingestion de liquide ; il tend à augmenter aussi l'eau fixée dans les tissus que j'appelle l'eau lacunaire, et cette pléthore hydrosaline n'est pas désirable. L'élimination de ce surcroît d'eau et de chlorure de sodium nécessite un effort régulateur qu'il vaut mieux épargner aux hypertendus.

La restriction des boissons est beaucoup moins contestée, sans doute parce que l'on conçoit mieux son action sur la pléthore liquide de l'organisme.

Il convient de n'autoriser que 1.200 à 1.500 cc. de liquide en boissons et d'en faire prendre une partie en dehors des repas, le matin à jeun et au lit, la position couchée étant plus favorable à la diurèse comme l'ont montré Linossier et Lemoine.

La nécessité de réduire les boissons fait qu'il est nécessaire de surveiller chez ces malades les cures hydrominérales.

De plus, on devra éviter, parmi les boissons, le café, le thé, l'alcool à cause de leur action excitante et parce que l'alcool est considéré par plusieurs auteurs comme une cause importante d'hypertension.

Outre ces prescriptions d'hygiène, il convient de mettre en œuvre une *médication hypotensive.*

Celle-ci vise d'abord à provoquer une déplétion du système vasculaire. La diurèse peut être stimulée par la théobromine, le scille, les sels de potassium et de calcium. Mais il faut une certaine prudence dans l'emploi de ces remèdes et n'y recourir que lorsque le volume des urines baisse d'une façon notable. Fort souvent d'ailleurs, les urines restent abondantes et pâles pendant une longue période et il est plus utile de restreindre les boissons pour diminuer les besoins d'élimination que de fatiguer le rein par des médicaments diurétiques destinés à éviter la surcharge liquide du sang et des tissus.

Les sudorifiques ne sont pas très recommandables, car la sueur élimine peu de déchets et restreint la diurèse.

Les purgatifs conviennent mieux, surtout les laxatifs assez souvent répétés, qui débarrassent l'intestin et maintiennent en bon état le tube digestif.

Les petites saignées répétées sont un excellent moyen de déplétion dont on peut graduer les effets suivant l'état général des malades.

Un autre mode de la médication hypotensive consiste à diminuer la résistance au cours du sang dans les artérioles en provoquant une *vaso-dilatation à la périphérie.*

L'exercice modéré, la marche surtout, le séjour au grand air dans un climat tempéré à l'abri des températures excessives et des variations brusques, sont à recommander sous ce rapport.

Le massage, la gymnastique prudente, les douches tièdes peuvent aussi produire cette vaso-dilatation. Les bains carbo-gazeux paraissent avoir à cet égard une action salutaire. Royat est le type de la station hydro-minérale à cet usage. On peut, d'ailleurs, remplacer le bain Royat par des bains carbo-gazeux artificiels. En produisant des vaso-dilatations répétées à courts intervalles, ces bains peuvent maintenir la tension à des degrés plus modérés.

Parmi les moyens physiothérapiques, l'électricité peut être employée sous diverses formes.

On a surtout vanté les courants de haute fréquence, Ils donnent lieu à une augmentation du pouls capillaire appréciable au pléthysmographe. Ils élèvent, d'après Sommerville, la température des extrémités. Ils accroissent, d'après d'Arsonval, les échanges respiratoires. Mais dans l'hypertension permanente, ils ne produisent que des abaissements peu marqués de la tension, et surtout de durée fugace, de sorte qu'en réalité l'on ne peut compter sur leur effet hypotensif. Ils ont seulement des effets sédatifs et peuvent diminuer les phénomènes nerveux dont souffrent les malades.

Les bains très chauds, comme tout ce qui est excessif, sont à éviter chez les hypertendus.

Les bains de lumière ne paraissent point avoir donné les résultats qu'on en attendait et la forte sudation qu'ils provoquent n'est pas toujours sans inconvénient.

Un certain nombre de *médicaments* ont des propriétés hypotensives.

L'extrait fluide de gui (*viscum album*), que l'on donne à la dose de 20 à 40 gouttes par jour, paraît peu actif.

Il en est de même de la teinture de cratægus, à la dose de dix à quinze gouttes 3 fois par jour : elle calme parfois les palpitations.

(1) Voir : *Progrès Médical*, 13, 20 avril, 4 mai 1929.

Les nitrites (1) sont beaucoup plus actifs, Le nitrite de soude, le mieux toléré, s'emploie à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 par jour pendant une dizaine de jours, l'esprit de nitre dulcifié de Lauder Brunton, à celle de 2 à 4 gr.

Les autres nitrites organiques ont une action plus forte, plus brusque, mais moins durable. Le nitrite d'amyle, en inhalations, convient plutôt pour les accès d'hypertension. La trinitrine et le tétranitrol se donnent, la première à la dose de dix à quinze gouttes par jour, le second à celle de cinq à vingt milligrammes.

Certains antispasmodiques peuvent agir favorablement en modérant les réactions nerveuses et en diminuant les spasmes vasculaires. Les bromures, la valériane. l'opium, la jusquiame, la belladone peuvent être utilisés, Cependant il faut être modéré dans l'usage des alcaloïdes qui diminuent les sécrétions.

Le benzoate de benzyle, préconisé par Macht (2) jouit aussi de propriétés hypotensives (de vingt à cinquante gouttes de la solution alcoolique à 20 p. 100).

L'iode et les iodures, conseillés par Laubry, après l'abandon qu'on tendait à en faire, agissent en diminuant la viscosité du sang et en facilitant l'issue du liquide hors des vaisseaux.

Enfin on a cherché à combattre l'adrénalinémie à laquelle on tend à attribuer un rôle important dans le mécanisme de l'hypertension. Zimmern et Cottenot (3) ont irradié les capsules surrénales, afin de diminuer leur sécrétion et ils ont publié des résultats encourageants.

Cette thérapeutique, bien entendu, doit être surveillée de près, pour ne point dépasser le but et engendrer l'insuffisance surrénale.

Elle est restée sans effet chez un de nos malades (obs. X).

La théorie adrénalinémique ne pouvait manquer de conduire aussi les cliniciens à essayer l'action de divers *produits endocrines*, en raison des actions réciproques, qu'on invoque volontiers, mais qu'on connaît assez mal, entre les différentes glandes à sécrétion interne.

L'extrait d'hypophyse, qui produit l'hypertension d'après Oliver et Scheffer, mais précédée d'une phase d'hypotension, comme l'a montré Scymonwicz, amène après plusieurs injections un abaissement persistant de la pression. En outre Howell (4), H. Claude et A. Baudouin ont séparé dans l'hypophyse des substances hypertensives et hypotensives, et obtenu chez les animaux des hypotensions d'une certaine durée.

Fawcet a préparé avec le corps thyroïde, dans le résidu alcoolique obtenu après extraction de toutes les autres substances, une substance hypotensive en injections intraveineuses.

D'autres substances hypotensives ont été retirées du foie (5) par Macdonald, par James, Laughton et Mac Callum, par S. Vincent (6) et Curtis, par R. Mayor, du corps jaune par Gley et Champy, et même des surrénales, par Studzinski.

L'extrait hépatique préparé sous le nom d'abanoline par Major, Mac Donald, Lewin, diminuerait non la tension normale, mais seulement l'hypertension, particularité qui serait due à ce que l'hypertension, et notamment l'hypertension solitaire relèverait d'une insuffisance hépatique.

Il y a peut-être dans ces recherches une voie nouvelle pour la thérapeutique de l'hypertension.

Les *crises hypertensives*, qui éclatent souvent sur un fond d'hypertension permanente, nécessitent une médication d'urgence.

D'abord il convient de faire une saignée copieuse, d'au moins 500 gr. Dans l'éclampsie, Chirié conseillait d'enlever un litre à un litre 1/2 de sang.

La ponction lombaire peut soulager la céphalée, mais doit être faite lentement et avec précaution, certains malades éprouvent des tendances lipothymiques.

Les calmants seront administrés, sous la forme de chloral qui est hypotenseur à la dose de 2 gr., de morphine qui abaisse aussi la tension à la dose de 1 centigr. à 1 centig. 1/2, comme l'a vu Vaquez, ou de papavérine, conseillée par Pal à la dose de 5 à 20 centigr. en injection sous-cutanée.

Le nitrite d'amyle en inhalation à la dose de trois à cinq gouttes agit promptement comme l'a montré Lauder-Brunton : en 7 secondes, il produit une vaso-dilatation de la face et un abaissement de tension de 3 à 4 centim. qui est atteint en 15 secondes et dure de deux ou trois minutes, en même temps que le pouls s'accélère. Chez un saturnin, Vaquez a vu survenir une chute de 11 centim. Chez 3 tabétiques, Heitz a noté des abaissements de 4.5 et 10 centim. Mais après de pareilles chutes, il peut arriver, comme l'ont signalé Leech et Vaquez, une réascension contre laquelle une seconde inhalation reste sans effet. Il faudrait alors recourir au chloral.

La trinitrine (nitro-glycérine) est le plus fidèle des hypotenseurs, mais a l'inconvénient d'engendrer souvent la céphalalgie. Elle agit en 3 minutes.

Le nitrite de soude, à la dose de 10 à 15 centigr., agit plus lentement, à la vingtième minute, mais son effet dure 2 heures.

Le tétranitrate d'érythrol, de Breadbury, à la dose de 1 à 5 mgr., a une action tardive et plus durable, mais infidèle.

A la période d'hypertension décompensée avec *défaillance cardiaque*, on se trouvera bien de donner des toni-cardiaques modérés, tels que le strophantus, et la théobromine.

Si l'insuffisance cardiaque s'accuse, la digitale, dont les bons effets ont été reconnus par Pal et par Vaquez, est alors indiquée, après saignée et purgation, On restreindra les aliments et les boissons et l'on interdira le sel.

S'il survient un accès d'œdème aigu du poumon, c'est à la saignée immédiate et copieuse qu'on devra recourir, et à la piqûre de morphine.

Quand le cœur droit se dilate, on donnera plus largement la digitale et l'ouabaïne.

Si le syndrome d'insuffisance rénale s'établit, c'est au régime hypoazoté, à la saignée, au besoin à la diète hydrique qu'on demandera de prolonger quelque peu l'échéance fatale.

---

(1) VAQUEZ. — Action pharmacodynamique et thérapeutique des nitrites. *Arch. des mal. du cœur*, janv. 1908.

(2) D.-I. MACHT. — *Journ. of pharmacol. and experim. therap.*, 1914 ; On the use of benzil benzoate in some circulatory conditions. *New-York med. Journ.*, 20 août 1920.

(3) COTTENOT. — Action des rayons X sur les glandes surrénales. Thèse de Paris, 1913.

(4) HOWELL. — *Amer. Journ. of the med. Assoc.*, oct. 1914.

(5) H. ROGER. — Les effets cardio-vasculaires des extraits hépatiques. *Presse méd.*, 1912, p. 441.

(6) W.-G. MACDONALD. Extractives of liver possessing blood pressure reducing properties. *Canada. med. Ass. Journ.*, 1925, vol. 15, p. 697. — A. JAMES. N. B. LAUGHTON et A.-B. MACALLUM. Studies on the control of blood pressure with hepatic extract. *Amer. Journ. of physiol.*, 1926, vol. 75, p. 392 ; A. JAMES et N.-B. LAUGHTON. The control of blood pressure with liver extracts. *Canad. med. Ass. Journ.*, 1925, vol. 15, p. 701. — Swale VINCENT et F.-R. CURTIS. The nature of the depressor substance or substances in tissus extracts. *Lancet*, 1926, vol. 210, p. 1142. — Ralph. H. MAJOR. The effects of hepatic extract on high blood pressure. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1925, vol. 85, p. 251 ; The action of hepatic extract in hypertension. *Ibid.*, 1926, vol. 87, p. 311. — Ralph MAJOR, O. STOLAND et BUIKSTRA. Observations on the effects of liver extract in, hypertension produced by guanidine. *Bull of the Johns. Hopkins Hospn* 1926, vol. 838, p. 112.

En outre, il convient d'envisager, dans la thérapeutique de l'hypertension, les médications qui s'adressent à la cause de ce trouble circulatoire. Dans de nombreux cas cette cause nous échappe, mais il en est pourtant où elle peut être reconnue et combattue. La syphilis doit toujours être recherchée et dès qu'elle peut être soupçonnée, il y a lieu d'instituer le traitement spécifique. On ne saurait, en pareil cas, en attendre une disparition de l'hypertension, mais il est permis d'espérer au moins un temps d'arrêt et la régression de quelques troubles fonctionnels.

Enfin dans les cas de néoplasmes des surrénales, l'extirpation chirurgicale peut amener la guérison. L'irradiation des surrénales mérite d'être tentée.

L'utilisation thérapeutique des injections hypodermiques de pepsine,

Par M. Maurice LOEPER.

De tous les ferments, la pepsine ou gastérase est le plus anciennement connu puisque sa découverte remonte à Schwann en 1836. Elle fut proposée aux thérapeutes par Lucien Corvisart en 1863.

L'usage s'en est rapidement répandu et les préparations en ont été nombreuses. Leur efficacité s'explique tantôt par la suppléance d'une sécrétion insuffisante, tantôt par l'excitation fonctionnelle d'une muqueuse altérée ; tantôt semble-t-il aussi, par une action antitoxique et véritablement anti-anaphylactique (1).

C'est toujours par voie buccale qu'elle a été prescrite soit avant, soit pendant les repas. Pendant les repas, elle est supplémentaire ; avant les repas elle est excito-sécrétoire, anti-toxique et leucopédétique.

J'ai pensé que la pepsine pouvait être administrée aussi par voie hypodermique et voici pour quelles raisons.

La pepsine a été constatée ailleurs que dans l'estomac. Si elle est d'origine incontestablement gastrique, elle diffuse dans tout l'organisme. Une partie se résorbe dans l'estomac ; une autre dans le grêle, ainsi que je l'ai montré avec Esmonet.

La résorption dépend de la perméabilité des muqueuses et la perméabilité de leur altération.

De cette résorption résulte d'une part la pepsinémie qui est de constatation difficile, d'autre part, la pepsinurie qui traduit l'élimination par le rein.

Certains organes détruisent la pepsine ou tout au moins atténuent son activité. La destruction est moindre *in vitro* avec les tissus malades qu'avec les tissus sains. Le tissu hépatique obéit à cette règle.

Des expériences faites avec MM. Forestier, Debray et Tonnet, il semble résulter qu'un ferment peptique se trouve, malgré l'absence de leucocytes, dans le liquide céphalo-rachidien ; il semble aussi qu'un ferment voisin de la pepsine, agissant en milieu acide, imprègne le pneumogastrique du chien en digestion.

Certains auteurs avec Edkins et moi-même (2) ont admis l'existence d'une sécrétion interne de l'estomac. Carnot et Lelièvre ont même localisé cette sécrétion dans les cellules bordantes.

L'apparition de la pepsine dans l'urine, une heure après le repas, permet de supposer que la pepsine passe directement dans le sang. On ne peut dire s'il existe une autre sécrétion interne ou si la pepsine ou la propepsine circulante suffit à la représenter. Toujours est-il que la pepsine apparaît comme une sorte d'hormone capable d'influencer directement les organes, les tissus et les éléments nerveux.

***

L'utilisation de la pepsine en injections découle de cette conception que je défends depuis 15 ans. J'ai fait préparer des solutions de pepsine titre 100, à 0,10, 0,20 et 0,40 centigr. par centimètre cube.

La stérilisation se fait par tyndallisation. L'injection est pratiquée dans la cuisse à la dose de 1 cc.

Chez l'animal, l'injection veineuse est suivie d'hypotension artérielle, d'exagération du péristaltisme intestinal, de diarrhée, de leucopénie sanguine, puis de leucocytose, d'azoamylie et de leucopédèse intrahépatique, enfin, parfois de peptonurie.

Dans ces réactions, il y a certes une part de choc, car la pepsine est un colloïde ; mais le choc n'explique pas tout (1). D'ailleurs l'injection sous-cutanée fait des réactions analogues, quoique plus lentes, plus discrètes et plus durables. Elle fait en quelque sorte émerger l'action spécifique de la pepsine.

Quelle que soit la voie d'introduction et quel que soit le mécanisme invoqué, le vague prend une grande part à ces réactions puisque l'atropinisation ou la section du nerf suffit à les empêcher.

Dans les veines, la pepsine peut produire des accidents. Sous la peau, elle n'en détermine jamais.

***

J'ai donc injecté la pepsine à certains sujets à la dose de 10, 20 et 40 centigr. Les injections fortes accroissent dans les 24 heures l'activité peptique, mais l'accroissement est fugace et les injections doivent être renouvelées.

Elles exagèrent l'intensité et la fréquence, vérifiées à l'écran, des contractions gastriques. Elles précipitent les contractions du côlon surtout du côlon transverse, accélèrent aussi le transit intestinal et peuvent être cause de diarrhée même chez des constipés habituels.

L'action de la pepsine est encore plus générale. Elle provoque en effet parfois l'hyperglycémie ; elle entrave l'action de l'insuline ; elle abaisse la tension artérielle de 1 à 4 cm. de Hg ; elle réduit toujours l'indice oscillométrique et ralentit presque constamment le pouls, comme je l'ai vu avec M. Mougeot.

Tout cela prouve une action sur le vague et une action assez spécifique, puisque, par la même voie, la peptone à des doses identiques et de même dilution n'en peut produire de semblable.

Les injections sous-cutanées de pepsine sont donc recommandables chez les hypopeptiques, les hypotoniques, les constipés atones, aussi chez les tachycardiques et les hypertendus vasculaires. Les rénaux et les diabétiques y sont particulièrement sensibles et les doses employées chez eux ne doivent pas dépasser 0,20 centigrammes.

La dose de 0,40 cgr. provoque parfois des légers troubles, un certain état vertigineux, nauséeux et lipothymique. Un érythème léger, passager, limité au point d'injection est fréquent. Il peut devenir intense à la 5e ou 6e piqûre et s'accroître aux suivantes.

Certains sujets semblent donc particulièrement sensibles et d'autres se sensibilisent.

***

L'idée m'est alors venue que les injections de pepsine pourraient être proposées à la fois comme méthode de choc et de désensibilisation, mais à dose maxima de 0,10 à 0,20.

Dans quelques infections j'ai eu recours aux injections de pepsine. L'hyperthermie immédiate est fréquente et

(1) M. LOEPER. — *Leçons de path. digestive*, 2e et 5e séries. Masson, éditeur.
(2) M. LOEPER. — La sécrétion interne de l'estomac. *Semaine médicale*, 1908.

(1) LOEPER, BAUMANN et DEBRAY. — LOEPER et MOUGEOT. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1922.

peut être suivie d'une chute appréciable et même définitive.

J'ai aussi injecté la pepsine à des ulcéreux de l'estomac et. fait assez paradoxal, je crois en avoir obtenu des résultats analogues à ceux qu'ont publiés certains auteurs avec les protéines, les caséines, les extraits microbiens.

Je l'ai injectée enfin à titre désensibilisateur à des sujets sensibles aux protéines alimentaires, à des asthmatiques, des prurigineux, à des sujets atteints d'urticaire, de pyrosis, de diarrhée même et de mucorrhée probablement anaphylactiques.

Chez beaucoup d'entre eux, les résultats sont encore assez voisins de ceux que donnent les protéines et la peptone.

Le succès enregistré peut tenir à la formation d'anticorps et ici se pose la question de l'antipepsine. L'antipepsine a été admise par les uns et niée par les autres. Le caractère positif de quelques intradermo-réactions chez l'animal et chez l'homme, l'apparition de floculations dans le mélange sérum-pepsine permettent de supposer qu'elle existe véritablement.

Je conclus :

La pepsine, dont l'action physiologique n'est pas seulement gastrique, peut être considérée par le thérapeute comme un médicament gastrique et général.

Elle peut être injectée à l'homme sous la peau à la dose de 0,10, 0,20, 0,40 cgr. et ne détermine aucun accident.

Elle peut accroître le pouvoir peptique du suc gastrique et la motilité gastro-intestinale : ralentir le pouls ; abaisser la tension artérielle. Elle agit surtout sur le vague.

L'injection de pepsine semble douée aussi d'un pouvoir anti-anaphylactique. La formation d'une antipepsine est probable, mais non encore démontrée.

HYDROLOGIE

Pourquoi faut-il envoyer les syphilitiques aux stations sulfurées,

Par le Dr Henri PELON (de Luchon),
Membre de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie,
Lauréat de l'Académie de médecine.

Le nombre des syphilitiques envoyés aux stations sulfurées avait brusquement fléchi à la suite de l'introduction des arsénobenzènes dans la thérapeutique antisyphilitique.

Mais, depuis trois ou quatre ans, ces malades y sont revenus beaucoup plus nombreux parce que les praticiens se sont rendu compte, de par leur expérience clinique personnelle, que, si les néo-arsenicaux ont une puissance incomparable comme moyen d'attaque au début d'une syphilis, s'ils sont alors des cicatrisants merveilleux, guérissant rapidement chancre et plaques muqueuses, s'ils se montrent ainsi des agents de prophylaxie sociale de tout premier ordre, ils ont cependant en dernière analyse une action malheureusement trop fugace qui a besoin d'être complétée par celle du mercure et du bismuth.

La plupart des syphiligraphes préconisent aujourd'hui la nécessité des cures hydrargyriques et bismuthiques, combinées ou alternées avec les les arsénobenzènes, mercure et bismuth constituant le traitement de fond de la syphilis.

Malheureusement, les mercuriaux et les bismuthiques sont quelquefois mal tolérés par l'organisme qui se montre réfractaire à ces médicaments et ne permet pas d'atteindre les doses utiles et nécessaires.

Or, précisément, les eaux sulfurées, par un mode d'action que nous étudierons plus loin, sont un précieux adjuvant des médications hydrargyrique et bismuthique qui, grâce à elles, non seulement sont bien acceptées mais peuvent même être renforcées dans les cas où la thérapeutique doit être conduite avec la plus grande énergie.

Précisons rapidement les principaux avantages de l'utilisation, par les syphilitiques, des sources sulfurées.

1° En premier lieu, ces eaux sont essentiellement STIMULANTES et TONIQUES, et chacun sait que la syphilis s'accompagne souvent d'*asthénie* et d'*anémie*, augmentées parfois par l'usage des mercuriaux et des bismuthiques. La cure sulfurée de Luchon, que je prends comme exemple, détermine un accroissement rapide de la teneur du sang en hémoglobine et une augmentation du nombre des hématies, un relèvement des tensions artérielles abaissées, une élévation dans l'urine des chiffres de l'urée, du phosphore, de l'acide urique et du rapport azoturique. C'est là une complète confirmation des recherches de MM. Loeper et Vahram, Berthomieux et Bergeron touchant l'action excito-globulaire du soufre colloïdal et les effets de ce soufre associé au mercure sur l'hématopoïèse, la tension sanguine et la nutrition générale des syphilitiques.

2° En second lieu et surtout, ACTION PUISSAMMENT ADJUVANTE DES MÉDICATIONS HYDRARGYRIQUE ET BISMUTHIQUE.

A) *Adjuvance du traitement mercuriel.* — Qu'arrive-t-il lorsqu'on soumet un malade à un traitement par les mercuriaux ?

Ceux-ci se combinent dans l'organisme avec le chlorure de sodium des humeurs pour faire un chlorure double de sodium et de mercure, qui, au contact de l'albumine des tissus, forme un albuminate insoluble s'immobilisant dans ces tissus : dès lors, la médication devient inactive. Or, *les eaux sulfurées transforment ces composés albumino-hydrargyriques en sulfates de mercure, solubles, qui sont facilement absorbés* et dont l'excès s'élimine aisément. Par conséquent, en même temps qu'on active l'absorption du médicament, on évite l'intoxication hydrargyrique par accumulation de ce même médicament. L'étude de la réaction de Bordet-Wassermann avant et après la cure de Luchon, par exemple, sulfurée et mercurielle, témoigne de l'excellence de cette pratique.

« Ce traitement sulfuré adjuvant, dit M. le Professeur Gougerot, devrait être employé plus qu'il ne l'est actuellement, car il renforce singulièrement l'activité du mercure. »

B) *Adjuvance du traitement bismuthique.* — « Dans la bismuthothérapie, le soufre rend les mêmes services que dans les cures mercurielles : atteindre des doses plus fortes, prolonger les cures, éviter l'intolérance, désaturer l'organisme, diminuer et traiter les accidents ». (Gougerot). J'ai, dès 1925, insisté avec mon collègue, le Dr Salles, sur cette action puissamment adjuvante de la médication bismuthique et nous avons montré notamment que le soufre stimulant le fonctionnement du filtre rénal, favorisant, d'autre part dans l'intestin la formation des composés sulfo-conjugués, accroît aussi les moyens de défense de la muqueuse buccale contre les processus toxi-infectieux qui aboutissent à la stomatite. Ceci explique pourquoi les syphiligraphes prescrivent chaque année davantage les eaux sulfurées, dont les recherches récentes de Levaditi et Howard vont sans doute grandir le rôle et l'importance dans la bismuthothérapie (1).

INDICATIONS. — La cure thermale sulfurée des syphilitiques, trop négligée durant quelques années, rétablie maintenant à sa véritable place, est particulièrement indiquée :

a) Toutes les fois que les préparations hydrargyriques et bismuthiques seront peu ou mal tolérées aux doses ordinaires, ou qu'il y aura intolérance pour les doses massives reconnues nécessaires, tout spécialement dans

(1) LEVADITI et HOWARD. — Activation des propriétés curatives du bismuth dans la syphilis sous l'influence de tissus riches en glutathion. Soc. de Biologie, 16 février 1929.

les cas d'arséno-intolérance, arséno-résistance et arséno-récidive.

b) Quand les accidents sérieux précoces se développent malgré un traitement énergique par les trois grands médicaments, arsenic, bismuth, mercure, et font redouter une infection maligne.

c) Lorsque le système nerveux paraîtra plus particulièrement menacé, c'est le cas ou jamais d'aller vite et fort.

d) Lorsque l'état général du syphilitique est fortement atteint et a besoin d'être remonté.

e) Lorsqu'on a affaire à des malades rebelles aux traitements réguliers, qu'il faut éloigner de leurs occupations ou de leurs plaisirs habituels.

f) Chez les syphilitiques dont tous les accidents cliniques et humoraux ont cédé à une cure suffisamment prolongée, et pour lesquels des cures espacées, dites de consolidation (mercurielles et bismuthiques alternées) sont avantageusement recommandées.

g) Dans la syphilis héréditaire et chez les enfants de syphilitiques.

Contre-indications. — Les eaux sulfurées sont contre-indiquées chez les syphilitiques congestifs, hépatiques, néphrétiques, cardiopathes organiques mal compensés, cancéreux.

Les syphilitiques aux eaux minérales (1)

C'est un sujet très vaste et complexe que la Société d'Hydrologie vient de mettre à l'ordre du jour de sa séance solennelle. Son principal avantage est d'appeler l'attention des syphiligraphes sur le problème tout d'actualité et d'une incontestable portée pratique qu'est l'action adjuvante du soufre sur la meilleure utilisation des trois grands antisyphilitiques : mercure, bismuth et arsenic.

La syphilis joue de même un rôle étiologique de premier plan dans une série d'affections, respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, articulaires etc.. justiciables de la thérapeutique hydro-minérale.

Certaines cures thermales enfin revendiquent à juste titre les parasyphilis infantiles. Ainsi se trouve divisée l'étude de la question.

I. Les notions concernant l'action adjuvante du soufre dans les traitements spécifiques sont étudiées, en détail, tant dans leur historique que dans leurs données biologiques et cliniques. Un point important bien mis en lumière dans le rapport, est l'action des eaux sulfureuses faiblement minéralisées sur l'absorption et l'élimination des sels de mercure et de bismuth. A l'occasion de recherches hydrologiques, Rey-Pailhade avait montré le rôle du soufre dans les phénomènes biologiques d'oxydo réduction et envisagé l'existence d'un corps réducteur spécial le philothion ; Hopkins a eu le mérite d'en préciser la signification et d'isoler le glutathion. Or l'association de ce glutathion à certains sels de bismuth vient de permettre à Levaditi et Howard d'une part, et à Fournier et ses collaborateurs d'autre part, de perfectionner la bismuthothérapie.

Si l'on veut bien se rappeler que les eaux sulfureuses dites « fortes » renferment en réalité une dose infinitésimale de soufre, mais d'un soufre très spécial, doué d'un remarquable pouvoir catalytique et que ce soufre a sur l'utilisation du mercure et du bismuth l'action indiscutable sur laquelle les rapporteurs se sont étendus, on comprend le rapprochement qui s'impose entre les données d'une expérience hydrologique millénaire et les constatations de Levaditi.

C'est en unissant leurs efforts que les syphiligraphes d'une part, et d'autre part tous ceux qu'intéresse le soufre, contribueront à rendre plus maniable, la médication hydrargyrique et bismuthique.

L'utilisation en Allemagne de l'huile soufrée de L. Bory pour réaliser la pyréthothérapie dans les affections nerveuses, ouvre un champ nouveau à l'action du soufre ; et les modifications heureuses qu'il détermine dans les réactions sérologiques des syphilitiques permet de se demander s'il ne possède pas une action antisyphilitique propre.

Toutes les stations sulfurées peuvent ainsi venir en aide au traitement de la syphilis, et le choix en est particulièrement facile en France « terre bénie du soufre. »

Quelle que soit la station, il y aura toujours avantage à mettre en œuvre toutes les voies d'absorption du soufre; et ainsi s'établit la supériorité des cures thermales sulfurées, qui combinent toutes les pratiques de la boisson, de l'inhalation ou des humages, des bains, douches, etc.

II. La seconde partie du rapport est consacrée aux *indications spéciales de la cure hydro-minérale, suivant l'appareil électivement touché par le tréponème.*

A la période secondaire, c'est l'anémie, l'ictère (surtout lorsque ces états paraissent dépendre d'un traitement mal supporté), c'est la phlébite qui peuvent indiquer telle cure arsenicale ou ferrugineuse, Vichy ou Bagnoles-de-l'Orne.

A la période tertiaire, presque tous les systèmes de l'organisme peuvent se trouver altérés, parfois simultanément à des degrés divers. Le rapport passe successivement en revue les manifestations d'ordre bronchitique et pulmonaire de la syphilis tertiaire (cures sulfurées), les localisations sur les muqueuses de l'appareil digestif, les manifestations hépatiques (cirrhoses hypertrophiques ou même atrophiques de la période pré-ascitique), certains diabètes (Vichy), la néphrite syphilitique tertiaire ponr laquelle Saint-Nectaire et les cures de diurèse constituent des ressources précieuses en cas d'intolérance du traitement spécifique, les manifestations cardio-vasculaires (hypertensions solitaires, hypertension avec aortite, angine de poitrine, artérites périphériques) où les malades peuvent bénéficier soit des cures sulfurées activant et faisant tolérer les traitements médicamenteux, soit de la balnéation carbogazeuse, soit de la cure de diurèse. Les localisations nerveuses de la syphilis sont d'autant plus justiciables de la crénothérapie que le traitement médicamenteux agit souvent mal dans ces cas. Les arthropaties syphilitiques chroniques, dont la fréquence chaque jour apparaît plus évidente, ainsi que les manifestations articulaires subaiguës sont améliorées à divers titres par la balnéation et le massage aux eaux sulfurées ou arsenicales.

On voit combien l'indication crénothérapique suit pas à pas les données et les progrès d'une clinique toujours plus préoccupée de l'étiologie des symptômes morbides. On n'oubliera jamais en face d'une affection viscérale répondant mal au traitement spécifique, surtout lorsque ce dernier détermine des accidents d'intolérance, toutes les ressources que nous trouvons dans un emploi judicieux des eaux minérales administrées par ingestion ou selon les diverses pratiques externes.

Il ne faut pas oublier toutefois les contre-indications : elles sont de deux ordres. On n'enverra pas aux eaux des syphilitiques en poussée subaiguë, que celle-ci intéresse le foie, l'aorte, ou les articulations. On ne demandera pas une réaction dont ils sont incapables à un parenchyme hépatique ou rénal, à un myocarde trop profondément déficients dans leurs fonctions.

III. Le mot « syphilis infantile » sous-entend presque obligatoirement le mot « héréditaire » et dans la syphilis héréditaire, ce sont seuls les troubles dystrophiques, les symptômes para-syphilitiques quii intéressent les crénothérapeutes.

L'expérience anatomo-clinique a montré que ce sont les voies respiratoires, la peau, puis le foie et les autres glandes endocrines qui sont le plus souvent touchés par la syphilis, L'expérimentation a précisé le rôle prépondérant joué par le système et surtout les ganglions lymphatiques dans la conservation du virus spécifique.

Cette énumération démontre dès maintenant quels seront les sièges organiques de prédilection de la syphilis et par suite les indications des cures thermales.

Si les troubles sont très généraux, neuro-musculaires, on adressera les enfants soit aux chlorurées sodiques fortes, ou faibles, soit aux chlorurées arsenicales fortes comme la Bourboule.

Les hyperexcitables seront justiciables des cures sédatives ou faiblement minéralisées comme Néris, Divonne, Saint-Honoré.

Les syndromes endocriniens, surtout génitaux, sont spécialement justiciables des arsenicales chez l'enfant, parfois des sulfureuses en association avec un traitement mercuriel, ou encore des ferrugineuses chez les hérédo-anémiques.

L'insuffisance hépatique, la néphrite infantile et la fragilité rénale spécifique relèvent des cures spécialisées, au même titre que chez l'adulte.

Pour le traitement des manifestations respiratoires, la station-type chez les hérédo-spécifiques est La Bourboule, à

(1) Rapport présenté à la séance solennelle de la *Société d'Hydrologie et de Climatologie médicale de Paris* du 18 mars 1929 par : Louis Blanc, Henri Flurin, Jean Heitz, Robert Pierret et Pierre Salles.

cause de sa haute teneur en arsenic ; puis viennent les stations sulfureuses en association avec l'administration mercurielle, les siliceuses dans le grand asthme névropathique (Mont-Dore) ou encore les sulfo-arsenicales faibles comme Saint-Honoré.

Enfin l'hérédo-spécifique est par-dessus tout et primitivement un ganglionnaire. Pour les adénopathies externes, les cures chlorurées jouent un rôle important, mais pour les adénopathies internes où le traitement hydrominéral doit comporter non seulement l'hydrothérapie mais l'administration de l'eau thermale par les voies respiratoires et digestives, chez les enfants à mauvais état général même, la station française la plus nettement spécialisée est la Bourboule.

Après l'exposé des rapporteurs, M. *Galliot* (de Paris), à l'aide de belles radiographies, exposa ses recherches sur le rôle du soufre thérapeutique et thermal dans l'élimination du bismuth et mit en doute l'action directe du soufre sur les accidents cutanéo-muqueux de la syphilis.

M. *Louis Bory* prit ensuite la parole pour rappeler ses anciennes recherches sur le traitement intensif par les doses massives et progressives de benzoate de Hg, traitement qui n'est guère réalisable actuellement dans de bonnes conditions qu'aux eaux minérales, où le malade trouvera le repos, la surveillance journalière et le rôle adjuvant du soufre thermal pour la tolérance des hautes doses et la reminéralisation de l'organisme. L. Bory confirme que le soufre, l'huile soufrée en particulier, dont il fut le promoteur, n'ont pas d'action curatrice directe sur les éléments spécifiques ; mais l'action pyrétogène et reconstituante de cette forme médicamenteuse peut en effet être précieuse dans le traitement du tabès et de la paralysie générale, où elle apparait comme plus inoffensive que la malariathérapie.

M. *Feuillié* rappelle à cette occasion ses originales conceptions sur l'action leucogène et l'absence de spécificité des médications, y compris les cures thermales, ce qui ne diminue en rien leurs incontestables propriétés.

M. le prof. *Gougerot* enfin, résumant la discussion, mit en valeur les indications précieuses et trop négligées actuellement des eaux minérales dans le traitement de la syphilis, le traitement surtout des faiblesses viscérales consécutives à ce mal, en particulier à celles de l'hérédo-syphilis.

CHRONIQUE

Radiothérapie gynécologique

Le professeur RECASENS, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, est, parmi les gynécologues actuels, un de ceux qui se sont le mieux appliqués à équilibrer dans l'exercice de leur art les données de la biologie, les ressources de la physiothérapie et l'habileté chirurgicale. Le livre qu'il vient de consacrer à exposer « *Les bases biologiques de la rœntgenthérapie gynécologique* » (MASSON, édit., 1928) constitue une importante mise au point d'un problème que le gynécologue n'a plus le droit d'ignorer.

Généralités. — RECASENS admet la loi (1) suivant laquelle les petites doses de rayons du radium ou de rayons γ excitent la vitalité des tissus, les doses moyennes sont collapsantes et les grandes doses sont léthales pour toutes sortes de cellules. Les expériences réalisées à l'aide de substances radio-actives, soit sous forme de radiation directe, soit sous forme d'eau possédant une qualité plus ou moins grande de radio-activité, lui semblent confirmer cette loi : les petites doses de radiations stimulent la vitalité, tandis que les grandes doses la détruisent.

Il signale, d'ailleurs, que cette loi a été contestée. Mais il considère, comme arguments en sa faveur, un certain nombre de faits que nous allons énumérer :

1° au début de la radiothérapie des fibromyomes, il y a eu beaucoup de cas où l'hémorragie a été augmentée, et ce jusqu'au jour où les progrès de l'industrie ont permis de construire des appareils capables de fournir une quantité considérable de rayons d'un grand pouvoir de pénétration et où la dose forte étant donnée d'emblée, on a obtenu l'effet léthal sans passer par le stade de l'effet irritatif ;

2° dans les cancers utérins, et surtout, dans le cancer du sein, on a observé des faits analogues : pullulation du néoplasme par l'action des petites doses, destruction par les doses fortes ;

3° les petites doses de rayons X appliquées sur l'ovaire ont permis de guérir des aménorrhées et des stérilités, c'est-à-dire d'exercer une action stimulante ;

4° les petites doses de rayons appliquées sur l'hypophyse ont permis de guérir des syndromes adiposo-génitaux, c'est-à-dire d'exciter l'hypophyse ;

5° les petites doses de rayons appliquées sur la moelle osseuse ont permis de guérir des cas d'anémie pernicieuse, c'est-à-dire de stimuler l'hématopoïèse médullaire.

Il n'y a là rien d'étonnant : il ne manque pas d'agents physiques, telle la chaleur, ou chimiques, telle la strychnine, tel l'alcool, qui produisent des irritations à faible dose et des sidérations à dose forte. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les radiations (1). Et, à ce propos RECASENS, passe en revue les divers travaux qui ont été consacrés à l'action des irradiations faibles sur l'ovaire : cette action est bien connue, grâce à ses travaux en particulier ; elle est incontestable ; il n'est que l'explication qui ne soit pas admise de tous.

Sensibilité des tissus à l'action des radiations. — Il se produit, suivant les tissus, des effets très différents pour une même dose de rayons. Toutes ces différences arrivent à se classer en tenant compte de la loi de BERGONIÉ et TRIBONDEAU. On peut aussi dire, avec DOMINICI, que la réceptivité des tissus à la radiation est d'autant plus grande qu'ils se trouvent plus proches de l'état embryonnaire ou indifférencié, et que leur résistance augmente d'autant plus qu'ils s'en éloignent davantage et qu'ils se différencient. PERTHES a vu que c'est au moment de la division nucléaire que correspond le degré maximum de la radiosensibilité. GELLER a pu reconnaître dans les cellules de nature identique qui existent dans l'ovaire que la sensibilité est beaucoup plus grande dans les follicules dont le processus de maturation est avancé, que dans ceux dans lesquels les cellules n'ont pas encore initié leur phase de croissance. Les investigations de BRAUN faites sur des ovaires de lapines avec des radiations de Rœntgen et avec des rayons γ, lui ont permis d'affirmer que les follicules en voie de maturation sont beaucoup plus sensibles et subissent, par conséquent, une destruction plus rapide que ceux qui ont atteint leur complète maturité et que les follicules primordiaux. Cet auteur croit que les différences de sensibilité dépendent de divers facteurs, puisque les mêmes doses ne produisent de phénomènes de destruction, chez certaines femmes, que dans les follicules en voie de maturation, tandis que chez d'autres, non seulement les follicules complètement mûrs se détruisent, mais aussi les follicules primordiaux.

Certaines techniques accessoires permettent de diminuer la radio-sensibilité telles l'ischémie, la présence de CO^2, l'adrénaline ; d'autres permettent de l'augmenter : telles l'hyperémie, l'oxygène, l'hyperthermie locale ou générale, l'introduction de substances qui produisent des radiations secondaires (2).

Index caryocinétique. — RECASENS admet que « dans la grande majorité des cas le nombre des figures mitosiques est en rapport avec l'activité génétique, et partant, avec le degré de radiosensibilité », mais ajoute-t-il : « c'est une chose que l'on ne peut admettre pour tous les cas, car il n'est pas rare de trouver dans deux parties distinctes d'un même carcinome, des résultats complètement différents dans le calcul des figures mitosiques ».

Latence. — On appelle latence le temps nécessaire pour que l'action des rayons X se manifeste sur les tissus. Il y a des cellules qui meurent immédiatement après avoir reçu une grande quantité de radiations ; mais ce n'est que lorsque la dose en est très grande que cette mort rapide a lieu ; à des doses plus faibles, les éléments cellulaires restent dans un état normal ; puis après quelque temps, les unes meurent, tandis que d'autres recouvrent d'une façon plus ou moins lente leur vitalité, jusqu'à récupérer un état complètement normal.

Le laps de temps dont l'organisme a besoin pour se remettre des effets que la radiation a produits sur lui est en rapport avec la durée de la période que ces effets requièrent pour se manifester ; le rapport a en général une valeur de 5,5/1,3.

Le temps de latence n'est pas le même pour les radiations γ du radium que pour les rayons X, encore que, dans leur nature intime, ces radiations soient identiques. La quantité de radia-

(1) Cette loi, connue sous le nom de loi d'Arndt-Schulz, avait été formulée primitivement pour résumer les effets pharmacodynamiques de certains médicaments ; elle a été étendue aux rayons dès les débuts de la radiothérapie.

(1) RECASENS rapproche ces divers faits d'excitation des faits de métrorragies dues à l'inflammation d'annexites, lesquelles traduisent aussi une action excitatrice.

(2) Dans cet ordre d'idée, le cuivre colloïdal apparaît à RECASENS comme lui ayant donné des résultats favorables.

BIBLIOGRAPHIE

Les consultations journalières. Orthopédie, tuberculoses chirurgicales, par C. ROEDERER. 1 vol. in-16 de 469 pages avec 92 figures dans le texte : 35 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Un petit livre qui contient la matière d'un gros volume : toute l'orthopédie et toute la tuberculose chirurgicale ; les indications classiques de toujours et les nouvelles données des derniers travaux. C'est le vade-mecum du praticien, en matière de déformation congénitales ou acquises, en matière d'arthrites ou d'ostéites.

Dans la première partie consacrée aux tuberculoses externes : l'auteur donne d'abord des indications générales d'ordre clinique ou thérapeutique : la conduite de l'héliothérapie, la construction des appareils plâtrés, etc...

Puis il entre dans le détail de chaque affection, s'arrêtant aux notations pratiques, à l'évolution normale, aux renseignements qu'on ne trouve pas dans les livres didactiques.

Le mal de Pott, la coxalgie, les tumeurs blanches sont ainsi passés en revue en des chapitres vigoureux et concentrés, où tout ce qui est indispensable est, par l'effet des gros titres et d'italiques, immédiatement souligné aux regards.

Dans l'orthopédie proprement dite, l'auteur, de propos délibéré, a fait deux parts. Comme il n'est plus permis à un médecin d'ignorer les petites affections orthopédiques qui peuvent être utiles au diagnostic, il en donne de courts aperçus substantiels.

Ainsi en est-il des apophysites, du Morbus coxae senilis, des malformations du pied, de tout ce que la clinique moderne et la radiologie ont permis d'entrevoir en marge des grands faits d'observation courante.

Mais c'est aux affections orthopédiques essentielles : pied bot, luxation congénitale de la hanche, scoliose et cyphose, pied plat, que l'auteur consacre de longues pages où les éléments du diagnostic et du traitement sont mis en lumière.

Quelques pages consacrées à la prothèse, aux appareils et aux chaussures orthopédiques complètent ce petit ouvrage qui ne sera pas indispensable aux seuls praticiens, mais qui, résumant des matières d'examens, a la prétention d'instruire les étudiants de sujets souvent exposés trop savamment dans les classiques.

Ecrit dans un style alerte et incisif, présenté avec des alinéas nettement espacés, des titres et des sous titres facilement repérés, « *orthopédie, tuberculoses chirurgicales* » est d'une clarté lumineuse qui rend sa lecture attrayante.

Ce livre aura sa place dans toutes les bibliothèques médicales.

Traité d'endocrinologie. Glandes surrénales et organes chromaffines, par M. LUCIEN, J. PARISOT et G. RICHARD. 1 fort volume in-8° (18 × 25) de 700 pages, avec 42 figures dans le texte, 100 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le volume que MM. LUCIEN, J. PARISOT et RICHARD consacrent aux surrénales est le troisième du Traité d'endocrinologie qu'ils ont entrepris de publier.

Les deux premiers volumes consacrés à la *thyroïde*, aux *parathyroïdes* et au *thymus*, ont rencontré auprès du grand public médical un succès mérité.

On peut prévoir que celui-ci, impatiemment attendu, ne trouvera pas un accueil moins favorable si l'on se rappelle la rapidité avec laquelle fut épuisé l'ouvrage « surrénales et organes chromaffines » que deux de ces auteurs firent paraître en 1912, chez GITTLER.

Clarté dans l'exposition, prudence dans l'adhésion aux théories et aux hypothèses, critique judicieuse des faits cliniques et expérimentaux, concision de la forme, élégance de la présentation, telles étaient les qualités qui justifiaient le succès de ce premier travail.

Ces qualités étaient plus indispensables encore aujourd'hui pour aborder à nouveau ce sujet qui, depuis quelques années, a donné lieu à tant de travaux et soulevé tant de controverses.

On se rappelle les discussions auxquelles donnèrent lieu les expériences de GLEY et de ses élèves, visant à refuser aux surrénales une partie des fonctions qui leur étaient jusque-là reconnues. Les beaux travaux de TOURNADE et de ses collaborateurs vinrent heureusement éclairer le débat et apportèrent la solution espérée.

Le moment était dès lors venu de faire à nouveau le point dans nos connaissances sur les surrénales, de marquer par un exposé objectif ce qu'il y a d'acquis et de certain, de fixer les notions essentielles susceptibles de servir de base de départ pour les nouvelles acquisitions. C'est le but que se propose le travail présenté aujourd'hui au public médical.

Les auteurs sont restés fidèles au plan qu'ils ont suivi dans les précédents volumes.

La première partie est consacrée aux caractères anatomiques et histologiques des surrénales ; cet exposé est précédé de chapitres où sont étudiées l'embryologie et l'anatomie comparée de ces organes.

La IIe partie expose en une étude analytique la physiologie des surrénales. Y sont envisagées *les conséquence de la suppression expérimentale de ces glandes* d'où se déduit un complexe symptomatologique, le *syndrome d'insuffisance surrénalienne expérimentale*. Cette partie se termine par un chapitre largement traité sur la *sécrétion surrénalienne* considérée dans sa nature et dans ses effets physiologiques.

La IIIe partie est consacrée à une étude synthétique des *grandes fonctions des surrénales* : surrénales et tonus végétatif ; surrénales et tonus cardio-vasculaires ; surrénales et défenses de l'organisme ; surrénales et nutrition : surrénales et fonction pigmentaire, telles sont les têtes de chapitres dans lesquels se distribue cette synthèse physiologique.

La IVe partie fait l'objet d'un clair exposé où sont successivement passés en revue les chapitres suivants : l'*étiologie et la classification des états surrénaliens, la séméiologie générale des états surrénaliens, les méthodes d'exploration des surrénales et l'anatomie pathologique des surrénales*.

La Ve partie, la plus importante de cet ouvrage, passe en revue : *les grands syndromes d'insuffisance surrénalienne, les dyssurénalies et les syndromes réputés dyssurénaliens*.

En une VIe partie est traitée la thérapeutique des états surrénaliens, thérapeutique générale et thérapeutique spéciales applicable aux différents syndromes exposés.

Une abondante bibliographie clôture chacune des parties.

Biologistes et cliniciens y trouveront les éléments indispensables à quiconque veut avoir quelque lumière sur les innombrables problèmes que pose l'étude des surrénales.

Revues des cours et conférences. Abonnement : un an : France : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 avril 1929 : R. Bray : L'esthétique classique (I). J. Chevalier : L'habitude (IV) : L'habitude est elle créatrice ? — G. Charlier : Le mouvement romantique en Belgique (I). — M. Poëte : L'évolution des villes (XVIII) : Villes hellenistico-romaines. Les traits naissants de la ville moderne (fin). — J. Vianey : L'éloquence de Bossuet (V) : Les oraisons funèbres (fin). — A. Joliet : Le drame de Strindberg (XV) : Inferno (suite).

tions émises par une certaine quantité de radium appliquée au sein des tissus, est beaucoup plus grande que celle qui, provenant de l'ampoule de Crookes peut arriver d'une manière directe à une égale quantité de tissu ; d'où il s'ensuit que le temps de la latence pour les radiations du radium est beaucoup moindre que pour les rayons X, parce que les premières agissent en quantité beaucoup plus grande que les secondes dans une égale période de temps.

Recasens a comparé les coupes histologiques provenant de carcinomes du col utérin avec des lésions presque analogues dont les unes furent traitées uniquement par les rayons X et les autres par des applications de radium. En faisant la biopsie dans les unes et les autres, on trouve, dans celles traitées au radium, des phénomènes de destruction nucléaire, de vacuolisation, de pycnose trois jours après l'application du traitement ; tandis que dans celles traitées par les rayons X, c'est seulement au bout de quinze jours que les lésions microscopiques équivalaient à celles du radium, observées dès le troisième jour.

Le temps de latence varie avec les tissus : Kleinecke croit que la latence se trouve en relation intime de dépendance avec le temps normal de la vie cellulaire, de telle façon que les tissus dont les cellules ont un processus d'évolution lente et durable, ont de même une latence beaucoup plus prolongée que ceux dont la vie est de courte durée.

Des malades ayant subi les effets des rayons X cinq ou six mois auparavant, sans qu'il se soit manifesté aucune lésion ont vu apparaître à l'occasion d'un accident ou d'une circonstance pathologique (éruption cutanée, brûlure, intervention chirurgicale) des phénomènes destructeurs qui, sans causes accidentelles, ne se seraient point présentés. En réalité, les cellules étaient plus ou moins complètement endommagées et dans cet état de collapsus qui, dans quelques cas, peut conduire à la mort cellulaire, et dans d'autres à la *restitutio ad integrum*, ; leurs lésions n'etaient point apparentes probablement elles ne se seraient jamais révélées si le phénomène n'avait été compliqué par les nouveaux éléments pathogènes.

Si l'état de latence persiste durant quelque temps, il contre-indique que, pendant ce temps, on administre de nouvelles doses de rayons X, car le fait de dépasser la résistance constitue un danger, puisque les actions de l'ancienne irradiation s'uniraient à celles de la nouvelle ; beaucoup de grandes radionécroses cutanées qui ont atteint de grandes profondeurs, se sont produites uniquement parce que l'on a pratiqué de nouvelles irradiations alors que les lésions de la peau étaient encore en état de latence.

Il est deux faits en apparence contradictoires auxquels donnent lieu les rayons X, à savoir : le phénomène d'accumulation dont nous venons de parler, et celui de l'augmentation de résistance que prennent les tissus contre la radiation lorsqu'ils la reçoivent à de petites doses répétées. L'habitude des tissus à l'action des rayons X se produit lorsque, dans aucune des séances, on n'administre une quantité de rayons qui atteigne la dose destructrice, ni même l inhibitoire.

Le fait est très général en biologie, remarque le professeur Recasens. La résistance que présentent les tissus aux milieux extérieurs qui agissent sur eux apparait dans une multitude de cas : par exemple, les ouvriers qui travaillent dans une fonderie offrent une résistance si extraordinaire à la chaleur, qu'ils peuvent saisir avec les mains des objets tellement chauds que, s'ils étaient saisis par des individus non habitués, ils leur causeraient des brûlures de premier et même de deuxième degré ; les ouvriers électriciens reçoivent de constantes décharges qu'ils ne sentent qu'à peine et qui, pour les ouvriers non accoutumés, donneraient lieu à des troubles d'une certaine importance.

L'augmentation de résistance aux radiations et l'accumluation sont deux processus qui gardent entre eux une relaton inverse : plus la résistance des cellules est grande, moins important est le processus d'accumulation qui peut s'y produire avec l'habitude, on n'arrive pas à la perturbation colloïdale, tandis que, pour que l'accumulation se produise, il est absolument nécessaire que les cellules aient reçu une quantité de radiation qui trouble les composants fondamentaux de la cellule.

Le problème de la résistance que gagnent les tissus au fur et à mesure qu'ils reçoivent de petites quantités de rayons X, résistance qui a été reconnue par tous les radiologistes, a totalement changé la technique des traitements gynécologiques, tant contre les processus malins que pour obtenir des effets temporaires sur les fonctions ovariennes par l'emploi des doses d'inhibition.

Les recherches réalisées par Makovich sur *Paramecium caudatum* ont démontré d'une manière concluante l'action très distincte qu'ont les doses fractionnées en comparaison à celle qui provient de l'administration de doses uniques. En effet, au moyen de l'irradiation faite avec du mésothorium sur ces protozoaires, cet auteur a pu constater qu'avec une irradiation de huit à dix heures sans interruption, ils succombaient tous ; tandis qu'avec des doses fractionnées administrées durant 14 jours pendant une durée de soixante minutes par jour, soit vingt et une heures, les protozoaires restaient non seulement en vie, mais que le processus de leur reproduction avait lieu d'une manière identique que chez les protozoaires témoins.

Ovaire. — On sait, depuis longtemps, que l'ovaire est très sensible aux rayons. Cette sensibilité se manifeste dans le sens de l'excitation (guérison des aménorrhées) et dans le sens de l'inhibition (castration).

Celle ci étant susceptible de créer des troubles accentués, certains auteurs à la suite de Seitz et Wintz se sont efforcés de réaliser l'exovulation, c'est à savoir une destruction de l'ovule et des follicules, tout en conservant la glande interstitielle. Mais cette question n'est pas au point.

L'embonpoint qui est, souvent, fonction d'une insuffisance thyroïdienne, modifie beaucoup les conditions de l'irradiation suivant les divers cas.

Recasens est partisan d'obtenir la castration par une dose unique.

Il considère que les succès en cas de fibromyomes sont, uniquement, fonction de l'action sur l'ovaire ; il ne nie, cependant, pas l'action sur la fibre lisse, mais la croit peu importante.

Il étudie, ensuite, la question de la stérilisation temporaire et la valeur des enfants nés après une période de stérilité ainsi obtenue.

Rayons X et gestation. — Les radiations un peu intenses sont toujours nuisibles pour le produit de la conception ; le dommage est d'autant moindre que la gestation se trouve plus avancée ; dans la première moitié, il est presque certain que l'avortement a lieu, quelquefois immédiatement et d'autres fois, au bout de quelques temps.

Doederlein, Fraenkel, Gauss, se montrent partisan de ceux qui opinent que l'on peut utiliser ce moyen dans les cas où, par suite de tuberculose, de vomissements graves, de maladies cardiaques, etc., on juge nécessaire de provoquer l'avortement ; Seitz, Friedrich, Reifferscheid considèrent ce moyen comme nuisible.

Glandes mammaires. — L'action des rayons X sur les glandes mammaires est presque nulle lorsque celles-ci se trouvent en période de repos complet ; mais quand elles commencent à entrer en activité dans les premiers temps de la gestation, cette action est si réelle qu'à de grandes doses, elle produit un arrêt de la croissance.

L'irradiation pratiquée dans la première moitié de la gestation peut déterminer une atrophie complète des mamelles. Dans la deuxième moitié de la gestation, l'action inhibitoire de la croissance est encore plus prononcée. Cependant Nuremberger, affirme que, même avec de fortes doses, on n'arrive à produire aucune action durable sur la mamelle des chiennes et des chattes ; par contre, l'irradiation à doses faibles produirait d'une façon manifeste une augmentation de la sécrétion du lait.

On a publié récemment quelques cas de manque de développement des seins chez des jeunes filles qui, affectées de processus tuberculeux, avaient été irradiées à des doses un peu intensives dans la période de la croissance.

Glande thyroïde. — Recasens a employé six fois ce traitement pour des femmes qui présentaient des métrorragies abondantes par insuffisance de fonction thyroïdienne accompagnée d'obésité, de bouffissure du visage et de faiblesse intellectuelle, et il a obtenu, dans deux cas, une amélioration temporaire, et dans deux autres, la guérison complète ; mais, malgré cela, étant donné que l'opothérapie thyroïdienne produit, dans ces cas, des résultats si bienfaisants, il n'estimo pas que l'irradiation soit le traitement de meilleur choix.

Dans les cas d'hyperfonction thyroïdienne, il se présente très souvent des aménorrhées accompagnées d'autres symptômes cardio-vasculaires : palpitations, tachycardie, vomissements, diarrhée, etc., dont la disparition peut être obtenue par l'application de rayons X à des doses destructives.

Hypophyse. — L'action que la fonction hypophysaire exerce sur l'appareil génital est parfaitement démontrée, surtout celle qui se rapporte à la préhypophyse ; en tenant compte de ce que l'hypofonction de cette partie de la glande est cause de l'atrophie génitale, on a songé à agir au moyen des rayons X et du radium afin de faire entrer cette glande en plus grande activité. Béclère, Bartolotti ont vu disparaître des aménorrhées de longue durée dans deux cas de dystrophie adipeuse-génitale.

Glandes surrénales. — La situation spéciale des glandes surrénales fait qu'elles sont fortuitement intéressées par les irradiations employées dans des cas gynécologiques, surtout quand on pratique la roentgenthérapie profonde sur de vastes champs : dans ces cas, si ce n'est la radiation directe, ce sont du moins, les rayons secondaires qui agissent sur ces glandes. L'irradiation de la rate et celle du foie, dont on connaît l'action hémostatique et qui sont employés comme adjuvants des autres traitements gynécologiques produisent. de même, une irradiation imprévue des glandes surrénales. C'est un fait que le gynécologue ne saurait ignorer.

La diminution de l'adrénaline et l'abaissement de la pression artérielle pourraient, peut-être, servir de traitement dans quelques-uns des troubles vaso-moteurs qui accompagnent la ménopause naturelle ou celle provoquée par des opérations ou des radiations sur les ovaires.

***

Tels sont les principaux faits qu'a envisagés le prof. RECASENS, dans son intéressant ouvrage ; et il donne au cours de ses divers chapitres un exposé qui ne saurait laisser indifférent ceux qui soignent les maladies et les malaises des femmes.

Henri VIGNES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 avril 1929.

Fistule pancréatique. — M. *Lecène* rapporte une observation de M. *J. Madier* (de Paris).

A la suite d'une opération de gastrectomie (Polya) pour ulcère, il s'est constitué une fistule pancréatique. Le traitement médical ne fait rien. Au bout de sept mois, opération : résection du bloc cicatriciel. Sous le méso-côlon, on trouve une tumeur de la grosseur d'une mandarine autour d'un canal qui paraît être le canal de Wirsung lui-même. M. Madier fit alors une anastomose avec l'anse jéjunale afférente de la gastroentérostomie.

Suites opératoires un peu mouvementées : désunion partielle de la plaie. Mais peu à peu, tout se termine (deux mois) par la guérison. Guérison maintenue depuis trois ans.

Une observation de Kleinschmidt est à peu près identique. Quand il s'agit d'une fistule consécutive à un pseudo-kyste, la plupart des auteurs ont anastomosé la fistule à l'estomac.

M. Lecène à vu un cas analogue. Femme présentant une collection suppurée rétro-gastrique. Intervention. Il s'agit d'un abcès pancréatique. Gros drainage. Une fistule se forme qui résiste à tous les traitements. Au bout de quatre mois, réopération.

M. Lecène utilisa le même procédé que Doyen. (Cathétérisme du trajet par une sonde). Suites normales jusqu'au douzième jour. Puis il se produit successivement deux petites fistulettes qui guérirent spontanément.

M. *Michon* dit qu'il a aussi opéré une fistule pancréatique à la suite d'un kyste et il l'a abouchée dans l'estomac.

M. *Mocquot* a vu un cas identique. Première opération : dissection du sujet fistuleux et abouchement de l'estomac. Echec. Deuxième opération.

M. Mocquot utilise alors un tube de caoutchouc pour cathétériser le trajet. Guérison définitive.

M. *Brocq* distingue la fistule traumatique, la fistule à la suite d'un faux kyste, enfin la fistule purulente. Il a vu un malade qui faisait des crises de rétention avec foyers de pancréatite subaiguë. M. Brocq utilisa une voie sous péritonéale pour atteindre le pancréas, et établir un drainage. Mais le malade est mort d'insuffisance hépatique.

De plus M. Brocq ne comprend pas comment peut agir le traitement de Wohlgemuth où l'on donne de la viande.

M. *Maisonnet* dit que dans le liquide qui s'écoule, il peut ne pas exister de pouvoir digestif pour les albuminoïdes et le régime de Wohlgemuth n'est peut-être actif que dans ces cas.

Phlegmons d'origine dentaire traités par le bactériophage. — M. *Gosset* rapporte un travail de M. ***A. Raiga*** portant sur trois cas avec extraction secondaire de la dent malade guéris sans opération.

Dans deux cas, ponction à distance et injection de bactériophage. Dans le troisième, il a fait simplement des injections à distance. Guérison en 12, 11 et19 jours. De plus, dans les heures qui suivent l'injection, l'amélioration des signes fonctionnels a été manifeste, et la chute de température a été très rapide.

M. *Bazy* a utilisé aussi le bactériophage et les résultats thérapeutiques ont été les suivants · les microbes ne sont pas *tous* sensibles au bactériophage. Si on les cultive, dans les premiers jours, la culture se lyse, mais en quelques jours, elle recommence à pousser malgré le bactériophage. De plus M. Bazy n'a pu mettre en évidence une action spécifique.

Enfin. le bactériophage injecté dans l'organisme y fait développer des anti-bactériophages.

M. *Sauvé* a vu un cas de pyélonéphrite traité avec succès par le bactériophage. Il estime que le bactériophage et les vaccins n'agissent pas de la même façon. La difficulté paraît être de cultiver le bactériophage.

M. *Métivet* a vu une injection de bactériophage entraîner une septicémie et la mort.

M. *Cadenat* dit qu'à l'heure actuelle, il enlève la dent secondairement.

M. *Gosset* dit qu'il s'est contenté de rapporter trois faits.

Artériographie par une solution d'iodure de sodium. — M. *Gosset* rapporte le travail que M. *Raynaldo dos Santos* avait présenté il y a quelques semaines à la Société.

M. *Lecène* dit que l'iodure de sodium est toxique ; il a vu, à la suite d'une pyélographie, des lésions de cautérisation très intenses sur la muqueuse urétérale. Une méthode de diagnostic doit, avant tout, être strictement bénigne.

M. *P. Duval* dit qu'il n'y a là qu'une chose neuve, c'est l'injection par l'aorte

M. *Gosset* dit que M. *dos Santos* n'a jamais vu aucun accident.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 avril 1929.

A propos de la radiothérapie en gynécologie. — ***M. Petit de la Villéon*** communique deux observations où l'application de radiothérapie profonde fut au moins inopportune. Dans le premier cas, il s'agissait de deux volumineux kystes de l'ovaire, dans le second d'une fibromatose interne avec hémorragies profuses qui persistèrent. Les deux malades, opérées enfin, guérirent néanmoins.

Réfection par greffe osseuse du toit d'un néo-cotyle dans un cas de luxation congénitale douloureuse chez une adulte. — ***M. Judet*** présente une malade âgée de 40 ans, qu'il a opérée pour une luxation sus-cotyloïdienne appuyée avec néo-cotyle peu profond, boiterie peu marquée mais vives douleurs à la moindre fatigue et impossibilité de marcher. La tête fut abordée par voie antérieure : on détacha par dédoublement de l'aile iliaque un greffon de 5 cm. de long sur 2 cm 1/2 de large et de 6 à 8 cm. d'épaisseur. L'épine iliaque antérieure avec le tendon du fascia lata faisait partie du greffon qui fut appliqué sur la tête. Des radiographies successives ont permis de constater que le greffon s'était soudé à l'aile iliaque et avait formé un toit solide. Actuellement, dix-huit mois après l'opération, la malade peut faire sans fatigue et sans douleurs huit à dix kilomètres et les mouvements de la hanche ont une amplitude presque normale.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Conduite à tenir en présence de la conjonctivite du nouveau-né,

Par le Dr Albert FAVORY,
Chef de clinique ophtalmologique.

En présence d'une conjonctivite chez un nouveau-né, il faut d'abord déterminer s'il s'agit ou non d'une conjonctivite d'origine gonococcique.

Rappelons que la conjonctivite purulente à gonocoques est d'apparition précoce, 2e ou 3e jour, qu'elle s'accompagne d'une sécrétion purulente abondante, que les complications cornéennes sont fréquentes et graves, que l'examen microscopique montre le gonocoque intra ou extra-cellulaire.

Les conjonctivites non gonococciques sont d'apparition plus tardive, 8e ou 10e jour, les signes réactionnels sont moins violents ; il n'y a pas à craindre de complications cornéennes enfin l'examen bactériologique montre des microbes banaux : streptocoque, staphylocoque, surtout pneumocoque, bacille de Weeks.

Une forme particulière, la conjonctivite à inclusions, rappelle l'ophtalmie purulente gonococcique, mais on retrouve au microscope, les cellules à inclusion d'Halbersatler et Prowazeck.

Depuis l'application de la méthode prophylactique de Crédé, consistant à instiller du nitrate d'argent dans les yeux des nouveau-nés, le nombre des ophtalmies purulentes gonococciques a été réduit de 60 % à 10 %.

On emploiera de préférence des solutions assez diluées au 150e par exemple, des accidents (catarrhe argenté) ayant quelquefois suivi l'instillation de solutions trop concentrées. Le traitement prophylactique devra être appliqué systématiquement dès la naissance avant même la ligature du cordon.

Les paupières devront être soigneusement écartées au besoin par un aide qui se servira de coton si les paupières glissaient. Il est extrêmement important, on le conçoit, que cette instillation soit faite correctement car son efficacité en dépend entièrement.

Le traitement curatif devra être appliqué dès le résultat de l'examen bactériologique, il consistera dans trois sortes de soins :

1° Soins de propreté ;
2° Grands lavages conjonctivaux ;
4° Instillations.

1° *Soins de propreté* :

Le nouveau-né devra être l'objet d'une surveillance constante. Une garde ou une infirmière soigneusement conseillée par le médecin devra constamment à l'aide d'un coton trempé dans une solution antiseptique (permanganate par exemple), débarrasser l'œil de la sécrétion purulente à mesure qu'on la verra soudre entre les paupières ;

2° *Grands lavages conjonctivaux* :

Ceux-ci devront être fréquents et courts.

En faire toutes les deux ou trois heures. Employer soit du permanganate au 1/0.000e, de l'eau boriquée ou du protargol au 1/1.000e

Ces lavages seront faits au bock par un personnel instruit par le médecin qui fera lui-même les premiers lavages. Ceux-ci devront bien atteindre toute la conjonctive Aussi les paupières devront être écartées à l'aide d'un écarteur de Desmarres stérlisé. On devra également, retourner chaque paupière afin de bien irriguer sa face conjonctivale ;

3° *Les instillations* seront faites deux ou trois fois par jour à l'aide du nitrate d'argent au 1/150e. Il sera parfois utile de les remplacer par des badigeonnages avec une solution de nitrate plus fort 2 ou 3 %. Le médecin retournant alors chaque paupière s'armera d'une sonde à voies lacrymales autour de laquelle il enroulera une mince plaque de coton et fera l'attouchement de la muqueuse en la débarrassant, le cas échéant, des fausses membranes qui pourraient la recouvrir.

Plus tard, alors que la conjonctivite est en décroissance, on pourra remplacer ces manœuvres par l'instillation d'argyrol à 10 %. La marche de l'affection devra être suivie à l'aide d'examens systématiques et serrés de la sécrétion au microscope. Le traitement sera réglé sur les résultats de ces examens.

Le traitement sérothérapique ou vaccinothérapique appliqué souvent avec succès dans la conjonctivite gonococcique de l'adulte a pu être employé le nouveau-né et a donné de bons résultats.

Il faudra enfin pratiquer le traitement des complications. L'apparition de celles-ci ressortira dès lors beaucoup plus à l'ophtalmologiste. L'examen des cornées pratiqué avec douceur les décelera dès leur apparition.

Il faudra continuer les lavages et le nitrate d'argent, instiller en plus de l'atropine à 1 pour 200 ; faire des compresses chaudes, enfin mettre de la pommade à l'oxyde jaune de mercure à 2 %.

En cas de perforation de la cornée, l'enclavement de l'iris sera évité par l'instillation d'atropine à 1 p. 200 si la perforation est centrale, d'ésérine en solution huileuse à 1 %, si elle est périphérique.

Du traitement des autres conjonctivites, nous ne dirons que deux mots. La conjonctivite à pneumocoque souvent accompagnée d'imperforation du conduit lacrymo-nasal guérit à la suite d'un cathétérisme avec la sonde de Bowmann, n° 1.

Les autres formes cèdent rapidement à un traitement par instillations d'argyrol à 5 %, puis du sulfate de zinc au 1/200e.

La conjonctivite à inclusions est plus rebelle, elle est justiciable d'un traitement analogue à la conjonctivite à gonocoques, mais ne comporte aucune complication.



REVUE DE LA PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Pathologie générale.

Le métabolisme basal est l'énergie (exprimée en grandes calories) dépensée par heure et par mètre carré de surface du corps, lorsque le sujet est au repos complet, à jeun depuis 14 heures environ, dans une atmosphère moyenne de 16°, suffisamment couvert pour n'avoir à reagir ni contre le froid, ni contre la chaleur du milieu extérieur.

Cette définition de G. Florence et J. Enselme (*Journal de médecine de Lyon*, 5 mars 1929) comporte deux notions différentes : la dépense de fond est la quantité d'énergie minima strictement nécessaire au simple maintien de la vie ; la notion de surface est choisie de préférence à la notion de poids parce que la dépense de fond par mètre carré de surface est remarquablement constante chez l'homme adulte et chez les animaux. On peut donc simplifier ainsi la définition du métabolisme basal : c'est la dépense minima (exprimée en grandes calories) ou dépense de fond par heure et par mètre carré de surface. Il y a par suite deux mensurations à faire : la dépense d'énergie minima et la surface du corps.

La dépense d'énergie minima peut être mesurée par deux méthodes : la calorimétrie directe (le sujet étant enfermé dans une chambre calorimétrique), inapplicable en clinique, et la calorimétrie indirecte par l'étude des échanges respiratoires, moins précise mais suffisante dans la pratique médicale. Des appareils respiratoires spéciaux mesurent la quantité d'air inspiré et expiré ; les analyses des gaz inspirés et expirés permettent d'en établir la composition ; le coefficient respiratoire moyen montre qu'un litre d'oxygène, brûlant des protéiques, des graisses et des hydrates de carbone, dégage 4,83 calories. La depense d'énergie minima est donc égal au produit par 4,83 du nombre de litres d'oxygène retenus en une heure.

La surface du corps se mesure suivant la formule : surface = poids × hauteur × 71,84, la surface étant exprimée en centimètres carrés, la hauteur en centimètres et le poids en kilos.

Le métabolisme basal s'obtient en divisant le chiffre d'énergie minima par le chiffre de surface du corps ; il varie suivant l'âge et le sexe ; il s'abaisse à mesure que l'âge augmente ; les chiffres normaux sont chez l'homme de 46 à 16 ans et de 35,5 à 70 ans et chez la femme de 43 à 16 ans et de 33 à 70 ans.

La tension artérielle augmente avec l'altitude. — L. Billon a pris la tension au Vaquez d'une vingtaine de personnes devant supporter en auto une dénivellation de 2.000 mètres (*Marseille médical*, 3 février 1929) ; les observations se classent en deux groupes, comprenant le premier les touristes de moins de 40 ans, le second ceux de plus de 40 ans. Les moyennes obtenues furent les suivantes : 1er groupe, 9-12,5 à 1.000 mètres, 10,5-14,5 à 3.000 mètres ; 2e groupe, 10-13,5 à 1.000 mètres, 11,5-15,5 à 3.000 mètres. Il y a donc eu une augmentation très nette de la tension pour une dénivellation de 2.000 mètres, effectuée sans fatigue en 1 h. 30.

Voies respiratoires.

La physionomie clinique de l'asthme infantile est nettement dégagée par M. Péhu et A. Mestrallet dans un article du *Journal de médecine de Lyon* (20 février 1929), dont les conclusions sont très nettes :

L'asthme bronchique infantile peut se manifester à partir du deuxième semestre de la vie ; son domaine habituel est représenté par la periode comprise entre 2 et 12 ans ; vers l'adolescence, il s'atténue et peu à peu, cesse ; très souvent un asthme authentique, ayant commencé dans l'enfance, disparaît à l'âge adulte.

Son allure générale l'apparente aux maladies du groupe anaphylactique ; mais la cause spécifique, l'antigène, ne peut être décelé que dans un nombre restreint de cas.

Sa symptomatologie n'a pas le type tranché que l'on rencontre chez l'adulte ; les signes cardinaux consistent dans une gêne respiratoire plus ou moins accusée et dans un rythme emphysémateux de la respiration, qui souvent disparaît avec l'accès ; tandis que la dyspnée est intense, on ne note aux extrémités aucune cyanose ; la modalité, la durée, la fréquence des crises, sont fort variables.

A l'exception de quelques cas, l'asthme infantile n'a aucun rapport, même lointain, avec la tuberculose ; ce n'est pas une maladie *lésionnelle*.

Psychiatrie.

La paralysie générale ne doit plus être tenue pour une maladie incurable pour Jean Abadie, qui donne ses directives thérapeutiques dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (20 mars 1929) :

Elle doit toujours être traitée activement ; le traitement fondamental est, contrairement à l'opinion classique, la médication anti-syphilitique, appliquée, systématiquement et méthodiquement, sur les principes suivants : médication lente, progressive, jamais intensive, longuement poursuivie, contrôlée par le maintien d'un bon état général, surveillée par la courbe du poids, plus efficace encore quand elle utilise en cures répétées l'association du mercure à l'arsenic ou au bismuth.

La médication spécifique, ainsi réalisée, est sans danger ; elle permet d'éviter des erreurs regrettables de diagnostic ; elle améliore tous les paralytiques généraux au point de vue physique ; elle provoque, chez un très grand nombre d'entre eux, des améliorations au point de vue mental, ralentissant ou arrêtant l'évolution progressive du mal, permettant la réadaptation familiale et même une reprise de la vie sociale.

Les méthodes non spécifiques, par exemple les pyrétogéniques, sont susceptibles d'améliorer les paralytiques généraux : leur association au traitement spécifique provoque habituellement des améliorations plus nombreuses et plus étendues.

Le problème de la guérison véritable de la paralysie générale doit s'inspirer en définitive des données thérapeutiques suivantes : recherche de la meilleure application du traitement spécifique, découverte de la meilleure méthode adjuvante augmentant l'action curative de ce traitement.

Pathologie exotique.

La question de la tuberculose pulmonaire à Tanger s'est posée seulement depuis 1910, époque à laquelle cette affection a commencé à prendre une grande extension sous l'influence de l'émigration et du développement des échanges commerciaux (P. Remlinger, *Maroc Médical*, 15 septembre 1928.)

La tuberculose prend fréquemment la forme aiguë, galopante chez les Arabes ; elle est plus bénigne et plus lente chez les Européens et les Israélites ; elle est certainement plus grave qu'en Europe.

Les effets du climat tangérois sont néfastes dans les formes fébriles, congestives, éréthiques et hémoptoïques, qui commandent le rapatriement ; ils sont moins marqués dans les formes apyrétiques, lentes et torpides, à conditions d'habiter le plus loin possible de la mer et dans les quartiers protégés du vent.

Le Maroc presque tout entier est défavorable aux tuberculeux, dont il est, a-t-on dit, le cimetière ; le danger est beaucoup plus grand à la ville qu'à la campagne et à la côte qu'à l'intérieur. Cependant les régions de Meknès, Settat et Marrakech seraient relativement indiquées pour les malades qui ne peuvent pas quitter le pays.

Varia.

Nous ne chercherons pas à savoir pourquoi le nourrisson ne supporte guère qu'on lui ouvre le ventre, mais le fait est là, il n'y a qu'à l'enregistrer (Le Cam, de Guerlesquin).

La multiplicité des médicaments utilisés pour combattre l'hypertension artérielle est une preuve de la difficulté que nous éprouvons à ramener à un taux normal la tension de nos malades (Regnier, de Dijon).

Les explications les plus simples sont aussi les plus justes (Ch. Deschamps, d'Amiens).

L'art de guérir parcourt une route sinueuse, on devrait même dire ondulante, puisque les réactions y apparaissent périodiquement (L. Charron, de St-André de Cubzac).

J. Lafont.



GLANURES

Une lettre de Marey (22 mai 1900) : MM. Lumière... inventeurs du cinématographe... — M. Léon Riotor a versé dans les Archives de la Commission municipale de la cinématographie la lettre autographe suivante de Marey.

A Monsieur le Ministre du Commerce,
11, boulevard Delessert.

Paris, 22 mai 1900.

Monsieur le Ministre,

Il est un nom que tout le monde regrette de ne pas voir sur la liste du jury de la classe 18, c'est celui d'un des chefs de la Maison Lumière, de Lyon, la plus importante de France et même d'Europe.

MM. Lumière sont non seulement des fabricants et des commerçants de premier ordre, mais aussi des savants très distingués.

Inventeurs du cinématographe, ils ont encore fait en chimie d'importantes découvertes ; ils appliquent leur activité aux recherches les plus variées. On trouverait difficilement, pour apprécier les divers produits de la classe 18, des jurés dont la compétence soit moins discutable.

D'autre part, les fonctions de membre du jury que vous m'avez fait l'honneur de me confier me deviennent très lourdes en raison des devoirs multiples que j'ai un peu imprudemment acceptés.

Président de la Commission d'Hygiène et de physiologie qui doit, pendant tout l'été, suivre les concours d'exercices physiques, j'aurai souvent à opter entre des fonctions incompatibles.

Si vous acceptiez, Monsieur le Ministre, de me substituer, comme membre du jury, M. Louis Lumière, vous rendriez un double service, au jury d'abord qui gagnerait en compétence, et à moi-même que vous mettriez en état de servir plus utilement les intérêts de l'éducation physique et de l'hygiène auxquelles mes travaux m'ont plus spécialement préparé.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, les respectueuses salutations de votre dévoué,

MAREY,
de l'Institut, président de l'Académie de Médecine
et de la classe 18 à l'Exposition.

Il est inutile de souligner le grand intérêt de cette lettre, dans laquelle on lit sous la plume de Marey lui-même qui passe communément (on sait que le groupe des « Amis de Marey » a toujours affirmé que ce fut Marey et non les frères Lumière qui inventa le cinématographe) pour en être l'inventeur cette phrase décisive : *MM. Lumière... inventeurs du cinématographe.*

MM. Lumière sont aussi des savants très distingués, écrit Marey le 22 mai 1900.

Une observation de hoquet... épidémique (?) à la fin du 17e siècle. — Les hasards de la lecture nous ont fait mettre la main sur une observation assez curieuse de hoquet, qui rappelle les cas décrits dans ces dernières années sous le nom de « hoquet épidémique ». On jugera par la lecture, cette observation qui est relatée par M. O. Ryan, professeur en médecine, agrégé au collège de Lyon, dans un discours sur le magnétisme animal, lu dans une assemblée du collège des médecins de Lyon, le 15 septembre 1784, et donnée comme datant de 1698.

« En 1698, on vit une fille d'environ vingt-trois ans, attaquée d'une *maladie fort extraordinaire, à Villemané en la Nouvelle-France.* Cette fille fut affligée d'un hoquet continuel et violent, avec lequel elle imitait assez bien le japement d'un chien ; elle souffrait beaucoup par le mouvement continuel du diaphragme et par une secousse forcée des intestins, qui lui permettait à peine de prendre quelques gorgées de bouillon pour se soutenir. Elle entra dans l'Hô-

tel-Dieu pour être plus à portée d'être secourue et les religieuses la placèrent dans la salle des femmes, *où il y avait quatre autres jeunes filles malades de différentes maladies qui ne se ressemblaient point du tout. Trois jours après l'entrée de cette fille, l'on entendit les quatre autres hoqueter dans leur lit et attaquées de la même manière et avec les mêmes symptômes.*

Le cinquième jour, celle qui était entrée avec le hoquet en fut guérie, mais les quatre autres continuèrent de l'avoir avec des circonstances et des symptômes qui faisaient pitié, car après avoir hoqueté pendant une demi-heure elles entraient dans des convulsions si violentes qu'il fallait quatre hommes pour en tenir une.

Le hoquet et les convulsions leur arrivaient à toutes quatre en même temps : pendant les convulsions, elles avaient les yeux fermés, elles se débattaient avec violence, elles mordaient, déchiraient ce qu'elles pouvaient attraper, les accès duraient un bon quart d'heure ; après quoi elles demeuraient sans mouvement et presque sans respiration pendant un quart d'heure.

Elles revenaient à elles-mêmes et paraissaient se bien porter pendant une demi-heure. Au bout de la demi-heure le hoquet recommençait et durait, comme on l'a dit, une demi-heure, après laquelle, ces filles, le hoquet cessant, entraient dans des convulsions qui duraient un quart d'heure *ensuite un quart d'heure de léthargie*, après laquelle elles ouvraient les yeux, ressuscitaient en quelque façon et demeuraient pendant une demi-heure dans cet état de résurrection, se portant bien et sans le moindre ressentiment des agitations précédentes. Après cet intervalle de santé recommençait le hoquet, comme on l'a dit, ensuite les convulsions, la léthargie et la résurrection, ce qui dura de cette manière jour et nuit, sans interruption *pendant huit jours.*

La salle de garde de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1834; vue par Diday,— « Acceptez cette page de mes notes sur la salle de garde de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1834, écrivait Diday en 1863.

Mes notes, ai-je dit !... Mais en tête de cette page où je retrouve consignées tant de gaies réminiscences, un tableau, presqu'un nécrologe aujourd'hui, ouvre la liste ! L'Hotel-Dieu, le plus vaste d'alors des hôpitaux de Paris, ne comptait pas moins de dix-huit internes, et la garde y était faite simultanément par deux de nous.

J'ai conservé les noms de mes collègues, rangés dans l'ordre des gardes, deux par deux, tels que nous associaient les lois d'une amicale attraction. Eh bien ! lisez : et comptez les absents.

Hélas ! dans certaines cases, il n'en reste pas même un pour payer au premier tombé le pieux tribut d'un souvenir de condisciple.

Cazalés, Lacroix
Marrotte, Olivieri
Giraldès, Bottu-Desmortiers
Forget, Balme-Dugaray
Lafont-Marron, Cazeaux
Husson, Amstein
Fleury, Peyrot
Désir, Monestier
Tessier, Diday

Donc, seul de tous les hôpitaux, l'Hôtel-Dieu avait deux internes de garde. Cette exception, justifiée par le chiffre de sa population, par l'importance de ses services chirurgicaux, l'était aussi par une raison toute locale.

Voisins du bureau central, nous avions à exécuter les consultations qui s'y délivraient presque à toute heure ; et ce n'était pas là, vous pouvez m'en croire, une sinécure à cette époque, encore sous le coup de la tourmente Broussaisienne. A chaque instant on troublait notre solitude. Pan ! pan ! Entrez ! C'est un gros luron de boulanger ; c'est un horloger dyspeptique ; c'est une couturière sur le retour ; mais tous sont porteurs de la même ordonnance : *Bon pour une saignée d'une livre* (et signée Trousseau, Monod, Guersant, etc.) Tous, disent-ils, *sont fatigués par le*

sang. Et la vaste cabine du cabinet de garde, cet opaque recéleur de nos méfaits en exérèse dentaire. est là pour témoigner si jamais nous en laissâmes partir un sans l'avoir convenablement *reposé* !

A ce supplément d'attributions, à cette prepotence que donnait le nombre. ajoutez le prestige qui nous venait de nos chefs de service, et vous aurez une idée de ce qu'était, de ce que se croyait l'Interne de l'Hôtel-Dieu, Dupuytren, Chomel, Récamier, Petit, Husson, Magendie, Guéneau de Mussy. Bailly, tel était alors, en effet, le personnel médical de l'hôpital. Approcher de tels hommes, pouvoir suivre des yeux, à mesure qu'elle s'opérait dans leur tête, l'élaboration du diagnostic et du traitement. les remplacer à la visite du soir, c'est un honneur dont on pouvait à bon droit, je pense, se montrer fier.

L'interne de Dupuytren, surtout brillait par je ne sais quel dédaigneux reflet de l'auréole du maître. Mieux que personne, hélas ! j'ai pu apprécier depuis, le poids de notre bagage scientifique d'alors ; mais certes, en ce temps-là, aucun de nous n'eût consenti à permuter avec un second du chirurgien en chef, avec l'un des chirurgiens ORDINAIRES, car tel était le titre accepté par Beschet, Sanson.

Comment eussions nous douté de cette supériorité, d'ailleurs quand tous nos collègues la reconnaissaient à l'envi. L'Hôtel-Dieu, — et à l'Hôtel-Dieu, la salle de garde — était le rendez-vous de tous les internes passés, présents et futurs, la boîte aux lettres de toutes les nouvelles, l'arène de tous les tournois artistiques, littéraires, politiques et médicaux, le trébuchet de toutes les gloires, la tribune ouverte aux essais oratoires de tous ceux qui ont aujourd'hui un nom. C'est là que, en passant, on venait prendre langue, se former une opinion, demander un avis, déposer une plainte, souvent tendre une main conciliante. Que de réputations, que de fortunes, que de livres, que de doctrines, que d'amitiés ou de haines et que d'émeutes aussi. — nous étions au lendemain de 1830 — ont eu pour point de départ ces quatre murs enfumés dont je cherche en vain à répercuter ici l'écho de jour en jour affaibli !

Mais à cette légion de novices, il fallait un chef, à ce pouvoir, plus sûr de ses droits que de ses forces. un représentant capable de la faire respecter, le chef. Nous l'avions eu sans le chercher ; un beau jour il se trouva à notre tête, et tous d'instinct, l'acclamèrent. J'ai nommé B. P. Teissier : Teissier tel qu'il était alors, mon ami, mon premier guide, celui dont je puis m'honorer d'avoir reçu les conseils, car il m'apprit à penser.

Aujourd'hui encore, je ne prends pas la plume, je ne hasarde jamais une opinion sans le sentir en moi, présent et agissant. Et même — chose étrange mais vraie — si je suis parfois conduit à apprécier la transformation ou sa haute raison subit l'influence d'un mobile étranger, c'est Teissier, je crois encore l'entendre, qui parle par ma bouche et se juge lui-même !

Que ses successeurs actuels répudient avec empressement un disciple tel que moi, c'est ce dont je ne me formaliserai pas plus que je ne m'en étonne.

Mais ce n'en était pas moins un devoir pour mon cœur de proclamer ici ce que je dois à mon ancien, à mon jadis si cher compagnon d'internat.

Tous, d'ailleurs, accepté ou imposé, reconnaissaient son ascendant. Je crois le voir encore, avec sa gravité précoce, comme gonflée d'une permanente ironie en incubation, avec sa jeune prestance de maître, dérouler un de ces aperçus ingénieux, l'un de ces paradoxes hardis, vingt fois coupé par nos interruptions, mais qu'il menait toujours triomphalement jusqu'au bout.

Son aimable assurance, son imperturbable sang-froid, mettaient invariablement de son côté les rieurs ainsi que la victoire.

Un jour, je m'en souviens, nous arrive ahuri, éperdu, comme la mouche tombée du bec d'une hirondelle, un pauvre PROVISOIRE. Il venait, comme nous le disions, *prendre une consultation* de Teissier.

Voyons, Tessier, lui dit-il dans un élan de confiance, vous m'avez vu concourir, vous me connaissez. Je m'en rapporte à vous. Apprenez moi ce que je vaux. Dois-je croire ce qu'on s'obstine à me répéter, suis-je plus bête qu'un autre ? — Tu vois, répond Teissier — (comme Ambroise Paré, son lecteur, Tessier en pareil cas, tutoyait toujours son justiciable) — tu vois petit ! si tu n'étais pas plus bête qu'un autre... est-ce que tu me le demanderais ?

Autre exemple : l'un de nos condisciples — un quasi millionnaire aujourd'hui — venait assez assidûment à notre garde, mais jusque-là il n'y avait assisté qu'en personnage muet. Depuis quelque temps néanmoins, il s'animait de plus en plus. Sa jeune faconde paraissait vouloir briser la coquille. Finalement, il en était venu à developper assez proprement un thème de polémique.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Florence à une nuit de Nice.

Depuis le 1er février, un service de wagons-lits fonctionne entre Nice et Florence avec wagon-restaurant à l'aller de Vintimille à Gênes.

Départ de Nice 15 h. 15. Arrivée à Florence à 6 h. 45.

En sens inverse, départ de Florence à 0 h. 10. Arrivée à Nice à 13 h. 49.

Frappé de l'ampleur inaccoutumée de ses discours, Teissier l'observait en silence, lorsque, un jour, après une oraison encore plus arrondie que d'habitude : « Tu t'exerces ! tui crie Jean-Paul éclatant enfin, tu veux concourir et tu l'exerces à nos dépens ! Va-t-en ! va-t-en ! »

L'intervention de Teissier ne se bornait pas à ces humoristiques boutades. Nul n'a porté plus haut que lui le sentiment de l'honneur du corps ; et l'on se souvient encore parmi les contemporains de la sévère correction, je ne puis dire manuelle, malgré l'adage *pes altera manus* — qu'il infligea à un chirurgien étranger, assez osé pour nous avoir accusés d'être allés par jalousie, enlever subrepticement un appareil qu'il expérimentait sur un fracturé de la salle Ste-Marthe.

Tout, il faut le dire, contribuait à élever le piedestal de notre condisciple. Il vivait entouré comme d'une auréole de magnificence. Maître d'une partie de sa fortune, ayant vu mourir de tuberculisation son frère et une sœur, averti déjà lui-même par deux hémoptysies, il avait déclaré à la diathèse naissante une guerre à outrance. Guerre loyale, défense des plus légitimes : vins généreux, rosbifs, consommés, bains d'air et de soleil, peu de nuits passées sans dormir. (J'ai cru m'apercevoir, au bout de deux ans, que ce motif n'avait pas été tout à fait étranger au choix qu'il fit de moi pour camarade de garde).

Il triompha, notre ami. Sa belle constitution, après quelques épreuves, finit par l'emporter. Mais aussi, comme le répète notre cher P.... le pseudo-phtisique, *il y avait pris peine* !

Vous avez vu dans quel ordre se succédaient les couples d'internes de garde. Rien de curieux comme le changement d'aspect de la salle à chaque nouvel occupant. S'il y avait des gardes gaies, jaseuses, festoyantes, il en était de taciturnes, de studieuses. L'un occupait ces vingt-quatre heures à mettre en ordre ses observations, l'autre à rédiger je ne sais quel *Mémoire pour servir à l'histoire des... ou du...* ; celui-ci à se perfectionner aux échecs ou à polir sur le violon un passage de Viotti.

Avec nous rien de pareil.

Nos jours de garde étaient des noces.

On le savait, à 4 heures sonnantes, le père Tonnelier — l'agent de surveillance de l'Hôtel-Dieu — se bouchait les oreilles, l'excellent homme ! Joseph, Charles, d'un revers de main, faisaient disparaître livres, cahiers, encre et plumes. *Tout ce qu'il faut pour écrire* faisait place à tout ce qu'il faut pour manger et bien manger. Babet oubliait son ascite en courant aux provisions. Et autour de ce joyeux couvert, ou le cube desséché du bœuf administratif et la verdoyante purée réglementaire ne furent jamais admis sous aucun prétexte, la vie renaissait et le tubercule se fondait dans son dissolvant naturel.

Car ne croyez pas que le banquet se passât entre nous, en tête-à-tête. Invité ou s'invitant, du potage au *gloria*, c'était un va-et-vient, une chaîne non interrompue d'hôtes toujours cordialement accueillis, payant son écot chacun par une nouvelle, un baba, un mot, un vieux flacon, un couplet. Je vous revois tous dans mes souvenirs de trente ans, héros de ces soirées ou tant d'intelligences, tant de caractères se sont formés au choc des opinions et des verres ! Michon, Aug. Brun, de Mussy, Gariel, Cazeaux, l'appoint médico-musical de nos fêtes, Taupin, qui a si bien suivi le conseil que Dupuytren lui donnait un jour, de grandir (1).

(1) Taupin, en 1832, mon collègue d'externat, n'était alors rien moins que d'une stature avantageuse. Aux yeux des malicieuses malades de la salle Saint-Jean, il passait pour mon frère, voire pour mon frère cadet. Or, un jour à la visite on posait un moxa. C'est une bien petite opération, mais que Dupuytren pratiqua toujours lui-même ; tenant avec une pince à pansement le cylindre de coton fixe en place, et le tenant jusqu'au bout de l'ustion, pendant qu'un aide soufflait à tour de bras ; manœuvre délicate, délégation redoutée, car il suffisait d'un faux mouvement pour envoyer à Dupuytren, en pleine figure, les bouffées d'une fumée dont il s'accommodait moins bien que de certaines autres.

Or, Taupin, vu sa taille, soufflant de bas en haut, le maître, ce jour-là n'en perdait pas un atome.

« Soufflez de plus haut, lui crie Dupuytren impatienté. »

— « Je ne suis pas assez grand »

— « Eh ! montez sur la pointe des pieds ! »

— « Mais... j'y suis déjà ! »

A travers le tourbillon croissant, les plus rapprochés de Dupuytren aperçurent, — météore visible à peu près une fois par an — un pâle sourire plisser imperceptiblement sa commissure labiale gauche.

Baudouin le rivoyeur intrépide, le seul qui osat monter à l'abordage des arguments blindés de Jean-Paul : Lapierre l'entomophile le plus consciencieux que j'ai connu. Sollicité un soir, de passer la nuit avec nous : — Impossible se récria-t-il — mes punaises m'attendent. Ne les entendez-vous pas se dire l'une à l'autre : « Eh bien ! en voilà du nouveau ! Il découche, ma chère ! Il découche, ma chère ! Il découche ! Qu'allons-nous devenir ? »

Parfois cependant, — la Bohême est de tout rang et de tout âge, — il manquait à notre luxe l'élément indispensable. Les 33 fr. 50, mensuellement alloués par l'Administration, ne pouvaient nous mener loin. Or, demandez-vous mon ami, si vingt gaillards de notre trempe manquaient de ressources pour battre monnaie : et la réponse ne se fera point attendre. Mais ne me demandez pas de vous compter tous les moyens employés ; un volume n'en donnerait même pas l'idée aux profanes. Heureusement pour vous, un exemple peut suffire.

Il existait en ce temps-là à l'Hôtel-Dieu, une petite collection — rudiment, pour le dire en passant, du musée Dupuytren — de préparations anatomo-pathologiques, de moules en plâtre, instruments, dessins, etc. Or, dans ce *sepulcretum*, une pièce surtout attirait nos regards, car c'était une pièce de cinq francs ! Extraite jadis par Dupuytren de l'œsophage d'un affamé, elle semblait aiguiser notre appétit et aux jours de jeûne forcé, la tentation que nous jetait son fulgurant éclat était vraiment de celles dont l'intervention divine peut seule délivrer.

Un obstacle invincible nous retenait pourtant, car je l'ai dit autre part, quelque autorité que s'arrogeât l'interne de l'Hôtel-Dieu, Dupuytren avait pour nous un prestige indiscuté et l'on n'aurait pas plus osé toucher à ses œuvres qu'à sa personne.

Dans nos colloques, comme dans nos méditations muettes sur cette séduisante pièce, nous avions déjà cependant mis hors de conteste, un point préliminaire essentiel : c'est que son importance était une pure question de diamètre. En effet supposez un disque de n'importe quel métal, pourvu qu'il eût la même largeur, le mérite de l'extraction et la gloire de l'opérateur restaient absolument semblables... Comme conclusion, nous voilà donc en quête d'un *gros sou* de dimensions pareilles.

Mais hélas ! quoique alors on eût largement le choix, parmi les sous blancs de Louis XVI, les sous-cuivres (type de la couleur des syphilides), sous aux tables de la loi, vrais décimes républicains, sous à l'L double, rien, sous tant de régimes divers, n'avait été frappé d'*assez grand* pour remplacer l'écu de Dupuytren.

Les choses et nos regrets en étaient là, lorsqu'un soir, soir de boulimie érodante, entre comme un fou M... exultant d'allégresse. Il a découvert le bienheureux équipollen ! C'est une pièce *obsidionale*, estimée deux sous par la fruitière du coin, mais qui pour nous vaut juste son volume d'argent. Aussitôt fait que dit ; le soir même nous vîmes figurer à notre table un rôt extra, et jusqu'à la dispersion du petit musée, les curieux ébahis devant cette monnaie phénoménale ont dû se dire que le choix du corps étranger par le malade n'était pas moins remarquable que le fait de son extraction même.

Mais je m'oublie vraiment, j'excède n'est-il pas vrai toutes les bornes. Au moment de toucher le trentième anniversaire de ces jours de bonheur, je n'ai pu maîtriser l'épanchement auquel de pareils souvenirs me sollicitent. Soyez indulgent — comme vous savez l'être pour toutes les faiblesses du cœur. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Réactions, incidents, accidents provoqué par les rayons ultra-violets. Prophylaxie. Traitement, par le Dr R. HICKEL 1 vol. in-16, 128 p. : 15 fr. (Legrand).

Traitement du goitre simple, par le Dr P. BURGEAT. 1 vol. in-16, 160 p. : 12 fr. (Legrand).

Technique de l'observation microscopique, par STEPHANIDES. In-8. 164 p., 18 fig. : 20 fr. (Legrand).

Embryologie, par G. DELMAS. In-8, 82 fig. : 10 fr. (Maloine)

Elles et eux. Essai psychologique sur l'amour, par le Dr DELMAS. In-8 : 12 fr. (Maloine).

NOUVELLES

Assistance publique.— *Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.* — Epreuves écrites. — Séance du 7 mai. Questions données :

1° *Electrologie.* — Conditions qui déterminent la gravité des accidents électriques de haute et basse tension. Description de ces accidents et de leur traitement.

2° *Radio-diagnostic.* — Radio-diagnostic des tumeurs du médiastin.

3° *Radiothérapie.* — Rœtgenthérapie des glandes à sécrétion interne.

Notes attribuées : MM. Beau 2 + 6 + 7 = 15, Busy 8 + 7 + 8 = 23, Delapchier 3 + 4 + 3 = 10, Desgrez 11 + 10 + 8 = 29, Foubert 3 + 4 + 3 = 10, Pelizza 9 + 2 + 2 = 13, Porcher 4 + 6 + 7 = 17, Quivy 6 + 3 + 6 = 15, Ordioni 5 + 5 + 6 = 16, Serrand 4 + 6 + 7 = 17.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Epreuve de médecine opératoire. Séance du 7 mai. Questions traitées : Ligature de l'artère fémorale à la base du triangle de Scarpa. — Désarticulation sous-astragalienne. MM. Lacomme 15, Ravina 9, Lantuéjoul 16.

Séance du 9 mai. — Consultation écrite : MM. Ravina 19, Lacomme 15, Lantuéjoul 17.

Séance du 11 mai. — Epreuve clinique : MM. Ravina 29, Lantuéjoul 25. M. Lacomme s'est retiré.

Classement des candidats : MM. Ravina 135 points, Lantuéjoul 125 points.

Le concours se termine par la nomination de M. Ravina.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 8 mai. — M. Choffé. Du rôle des maladies infectieuses dans l'étiologie de la tuberculose de la deuxième enfance. — M. Kaletcheff. Etude de la vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. — M. Wayntal. Propriétés thérapeutiques de l'acide acéthyl-ortho-crésotique.

11 mai. — M. Stoclet. Traitement des abcès du poumon. — M. Berardier. Etude du chimisme gastrique dans les affections de la vésicule biliaire. — M. Blaizot. Névraxite périphérique épidémique. — M. Mandaroux. Etude de la réaction de Vernes à la résorcine (diagnostic de la tuberculose). — Mlle Slit. Endocardite au cours des infections typhiques. — M. Pajot. Etude sur le traitement du zona.

Institut de criminologie. — *Section de police scientifique.* — Les cours auront lieu tous les jours, de 14 à 16 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à partir du mercredi 22 mai jusqu'au jeudi 13 juin inclus.

Ils comporteront des notions de médecine légale, de psychiatrie et un enseignement de police scientifique.

Médecine légale. — M. Balthazard, professeur de médecine légale, commencera le cours le mercredi 22 mai, à 15 h., et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Médecine légale psychiatrique (anthropologie criminelle). — M. Claude, professeur de clinique des maladies mentales, avec la collaboration de MM. Levi-Valensi, Heuyer et Cellier, commencera ce cours le jeudi 23 mai, à 15 h., et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Police scientifique. — M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire, commencera ses cours le mercredi 22 mai, à 14 h., et les continuera les vendredis, lundis et mardis suivants, à la même heure.

Organisation policière et procédure criminelle. — M. Lafont, commissaire de police de la Ville de Paris, commencera ses cours le jeudi 22 mai, à 14 h., et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Pourront suivre ces cours les étudiants inscrits dans une autre section de l'Institut de criminologie et les étudiants qui se seront fait inscrire à la section de police scientifique (Secrétariat de la Faculté de médecine).

Un certificat de police scientifique est délivré après examen de l'aptitude du candidat, au moyen d'épreuves écrites et orales.

Les droits à percevoir en vue du certificat de police scientifique sont fixés ainsi qu'il suit : un droit de travaux pratiques : 60 fr.

Programme des réunions médicales de Nancy. — Ce programme pourra être complété ultérieurement par des présentations de malades effectuées par des professeurs et agrégés de la Faculté ou par des médecins participant aux réunions médicales. Les demandes de présentation devront être adressées, le plus tôt possible, à M. le Professeur Perrin, secrétaire du Comité.

Première journée. — Dimanche 26 mai 1929, 9 h. 30 : Réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique rue Lionnois. Conférence de M. le Professeur agrégé Barthélemy : « Y a-t-il encore un traitement médical de l'appendicite ? »

10 h. 30 : Conférence de M. le Professeur agrégé Simonin : « Ultra-virus tuberculeux et hérédité tuberculeuse. »

14 h. 30 : Présentation par M. le Dr Lutembacher, de ses films cardiologiques. (Cœurs normaux et pathologiques.)

15 h. 30. Conférences de M. le Dr Pierra : « Les cures hydrominérales en gynécologie. »

Deuxième journée. — Dimanche 23 juin 1929, 9 h. 30 : Visite de la nouvelle maternité départementale, sous la direction de M. le Professeur Fruhinsholz et de ses collaborateurs. (L'entrée se fera par la rue en construction qui prend naissance rue de Strasbourg, à côté de l'ancienne église Saint-Pierre.)

10 h. 45 : Conférence de M. le Professeur agrégé Cornil : « Conduite à tenir en présence d'un sujet dans le coma. »

14 h. 30 : Conférence de M. le Professeur agrégé Watrin : « Les agents physiques dans le traitement des dermatoses. »

15 h. 30 : Conférence de M. le Professeur Couvelaire, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris : « De l'avortement thérapeutique. »

N. B. — Les conférences du 23 juin auront lieu, sauf avis contraire, dans la salle de conférences de la Maternité.

Ecole de Clermont. — Quatre concours pour les emplois de professeurs suppléants ci-après désignés à l'école de Clermont s'ouvriront le lundi 18 novembre 1929 devant la faculté de Toulouse : 1° Pathologie et clinique médicale ; 2° Pathologie et clinique chirurgicale ; 3° Obstétrique ; 4° Chimie minérale.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture des concours.

Faculté de Montpellier. — La chaire de physique de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 14 mai 1929.)

Syndicat des dermatologistes, syphiligraphes et vénéréologistes français. — A la date du 18 avril 1929, a eu lieu la première Assemblée générale du Syndicat des dermatologistes, syphiligraphes et vénéréologistes français.

L'Assemblée générale a constitué son bureau de la façon suivante : M. Hudelo, président ; MM. Milian, Petges, Pautrier, Carle, vice-présidents ; M. Fernet, secrétaire général ; M. Payenneville, secrétaire général adjoint ; M. Rabut, trésorier.

Le Conseil d'administration comprend 12 membres parisiens, 12 membres provinciaux : MM. Ravaux, Touraine, Marcel Pinard,

Emery, Jeanselme, Sabouraud, Gaston, Fouquet, Civatte, Flandin, Bory, Legrain ; MM. Nicolas, Joulia, Spillman, Danel, Margarot, Hufschmidt, Rodin, Chatellier, Vigne, Malherbe, Montpellier et Mallein.

Le syndicat comprend 120 membres fondateurs.

Les médecins spécialistes qui désireraient faire partie du Syndicat sont priés d'adresser leur demande a M. Fernet, secrétaire général, 11, rue de Sontay, Paris (16e).

Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire (156 *bis*. avenue de Suffren, XVe arrond., métro Sèvres-Lecourbe. Chef du service : M. le Dr F. CATHELIN ; assistants titulaires : Drs BOULANGER, GRANDJEAN, BRULÉ et QUENAY ; assistant chirurgical : Dr YVON ; assistant médical : Dr SIGURET ; chefs des laboratoires : MM. BEAUVY, DETOT, BRETONNEAU et BOUCHACOURT). — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes*. (Semestre d'eté à partir du jeudi 23 mai 1929). — PROGRAMME : Consultations, tous les jours, sauf le vendredi, de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie, les vendredis à 9 heures, au Pavillon-annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères, les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches, les jeudis à 10 heures 1/4. — Injections épidurales et électricité. (Haute fréquence), les mercredis à 9 1/2. — Urétrites, examen des gouttes et radiographies, les lundis à 10 heures. — Traitements, tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le concierge, 156, avenue de Suffren.

Société de neurologie de Paris. — A l'occasion de la réunion neurologique internationale, M. le professeur Wagner JAUREGG, de Vienne, fera le mercredi 5 juin 1929, à 10 heures 30, à l'amphithéâtre Charcot à la Salpêtrière, une conférence sur la malariathérapie de la paralysie générale.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur Paul CARNOT). — *Cours de vacances de* 1929. (Septembre et octobre). — Cours de septembre (9-20 septembre 1929) : Notions récentes sur le diabète et les maladies du foie.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs pour un cours et de 450 francs pour les deux cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté. sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Faculté de médecine de Bordeaux. (Clinique oto-rhino-laryngologique.) — Cours de perfectionnement du professeur PORTMANN. — PROGRAMME DU COURS. — 1re semaine : Lundi 1er juillet, matin, à 9 heures, Hôpital du Tondu : Exposé du cours. Séance opératoire avec démonstrations techniques (indications, soins post-opératoires). M. PORTMANN. — Soir, à 15 heures. Annexe Saint-Raphaël : Traitement climatique de la tuberculose laryngée. M. LEURET. A 16 heures, Faculté (Pavillon B) : Médecine opératoire ; ethmoïdectomie et transmaxillo-nasale. M. PORTMANN.

Mardi 2 juillet, matin, à 9 heures. Annexe Saint-Raphaël : Examen fonctionnel de l'audition. M. PORTMANN. A 10 heures, Annexe Saint-Raphaël : consultation oto-rhinologique avec démonstrations cliniques et indications thérapeutiques. M. PORTMANN. — Soir, à 14 h. 30. Annexe Saint-Raphaël : Méthodes d'examen et de traitements spéciaux en O.-R.-L. Ponctions sinusiennes. Massage nasal et laryngé. M. PORTMANN. A 17 heures, Annexe Saint-Raphaël : Ligature des artères carotides et leurs conséquences. M. PAPIN.

Mercredi 3 juillet, matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques : adénotomie ; amygdalotomie ; amygdalectomie. M. PORTMANN. A 10 heures, Annnexe Saint-Saphaël : Consultation oto-laryngologique avec démonstrations cliniques. M. PORTMANN. — Soir, à 15 heures, Faculté (Pavillon B) : Médecine opératoire : anesthésie locale et régionale eu O.-R.-L. M. PORTMANN. A 17 heures. Annexe Saint-Raphaël : Traitement préventif de la diphtérie, M. DUPÉRIÉ.

Jeudi 4 juillet, matin, à 9 heures, Hôpital du Tondu : Séance opératoire avec démonstrations techniques. Visite des salles. M. PORTMANN. — Soir, à 14 h. 30, Institution des sourds et muets : Visite et démonstrations à l'Institution des sourds et muets. M. FRANCOUAL. A 16 heures, Faculté (Pavillon B) : Médecine opératoire : mastoïdectomie ; évidement pétro-mastoïdien ; chirurgie du labyrinthe ; chirurgie de la mastoïde chez l'enfant. M. PORTMANN.

Vendredi 5 juillet, matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire. M. PORTMANN. A 10 heures, Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-rhinologique avec démonstrations cliniques. M. PORTMANN. — Soir, à 14 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : La diathermie en O.-R.-L. M. PORTMANN. A 16 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : Démonstrations de trachéo-bronchoscopie. M. PORTMANN.

Samedi 6 juillet, matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques ; éperotomie ; cornétomie. M. PORTMANN. A 10 heures. Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-laryngologique avec démonstrations cliniques. M. PORTMANN. — Soir, à 15 heures, Faculté (Laboratoire d'histologie) : Examens de laboratoires en O.-R.-L. ; indications ; prélèvements ; biopsies ; modes de fixation ; examen de pièces. M. PORTMANN. A 17 heures, Annexe Saint-Raphaël : La radiographie en O.-R.-L. ; incidences. Interprétations des clichés. M. RÉCHOU.

2e semaine : lundi 8 juillet, matin à 9 heures, Hôpital du Tondu : Séance opératoire avec démonstrations cliniques (indications, soins post-opératoires). M. PORTMANN. — Soir, à 15 heures. Annexe Saint-Raphaël : Rhino-bronchites descendantes. M. AUBERTIN. A 16 heures. Faculté (Pavillon B) : Médecine opératoire ; sinusites ethmoïdo-frontales ; sinusites maxillaires. M. PORTMANN.

Mardi 9 juillet, matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto rhinologique avec démonstrations cliniques. M. PORTMANN. — Soir, à 14 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : Démonstrations de méthodes d'examen et de traitement en O.-R.-L. M. PORTMANN. A 16 heures, Annexe Saint-Raphaël : Démonstration de trachéo-bronchoscopie. M. PORTMANN. A 17 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : Les complications nerveuses oculaires des sinusites. M. TEULIÈRES.

Mercredi 10 juillet, matin, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques ; résection muco-cartilagneuse ; résection sous-muqueuse de la cloison. M. PORTMANN. A 10 heures. Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-laryngologique avec démonstrations cliniques. M. PORTMANN. — Soir, à 14 h. 30, Faculté (Pavillon B) : Médecine opératoire ; chirurgie cosmétique et plastique de la face et du cou. M. PORTMANN. A 17 heures, Annexe Saint-Raphaël : Les complications nerveuses précoces de la syphilis en O.-R.-L., et leur traitement. M. PETGES.

Jeudi 11 juillet, matin, à 9 heures, Hôpital du Tondu : Séance opératoire avec démonstrations techniques ; visites dans les salles. M. PORTMANN. — Soir, à 15 heures. Faculté (Pavillon B) : Médecine opératoire : ligatures de la carotide primitive, des carotides interne et externe, de la linguale, de l'occipitale. M. PORTMANN. A 17 heures, Annexe Saint-Raphaël : Le traitement chirurgical ou radiothérapique des métastases ganglionnaires cervicales. M. JEANNENEY.

Vendredi 12 juillet, à 9 heures, Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-rhinologique avec démonstrations cliniques. M. PORTMANN. — Soir, à 14 h. 30, Annexe Saint-Raphaël : Méthodes d'examen et de traitements spéciaux en O.-R.-L. M. PORTMANN. A 17 heures, Annexe Saint-Raphaël : Démonstrations d'œsophagoscopie. M. PORTMANN.

Samedi 13 juillet, matin, à 9 heures. Annexe Saint-Raphaël : Opérations de petite chirurgie avec démonstrations techniques : curettage de l'ethmoïde ; trépanation des cavités accessoires par voie endonasale. M. PORTMANN. A 10 heures. Annexe Saint-Raphaël : Consultation oto-laryngologique avec démonstrations cliniques. M. PORTMANN. — Soir, à 16 heures, Faculté (Pavillon B) : Médecine opératoire ; trachéotomie, thyrotomie ; laryngectomie ; laryngostomie. M. PORTMANN.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine, à Bordeaux. Droit d'inscription : 300 francs.

Nécrologie. — Dr Gustave ALEXANDRE, décédé à Paris dans sa 54e année. — Dr MAGNIER, ancien médecin chef des hôpitaux de Beauvais.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du rôle anesthésique et thérapeutique du froid [1],

Par L. LORTAT-JACOB.

Médecin de l'hôpital St-Louis

L'emploi de la réfrigération en thérapeutique est connu depuis bon nombre d'années, mais on peut dire que l'utilisation des basses températures pour l'anesthésie est de date plus récente et qu'elle est due à des chirurgiens français.

Quant à l'emploi de la cryothérapie en dermatologie ell n'est devenue véritablement pratique que du jour où les cryocautères ont vulgarisé son emploi.

J'insisterai donc aujourd'hui sur le rôle anesthésique du froid, et sur les services qu'il peut rendre d'une manière générale en thérapeutique et plus spécialement dans le traitement de certaines dermatoses. Mais au préalable quelques exemples vous démontreront l'action biologique du froid.

Il est une idée fondamentale en *cryothérapie*, c'est que le froid ralentit la vie dans les tissus, il semble les stupéfier, les immobiliser dans un état de vie ralentie, mais il ne peut servir, par exemple, à détruire des microbes.

Le froid engourdit donc la *vie dans certaines conditions*.

Voici quelques exemples pris au hasard.

Vous savez qu'en hiver les fleuves de Sibérie, l'Ienisséi, l'Obi, sont gelés et que les poissons sont pris dans des blocs de glace. Ils revivent au moment du dégel.

L'expérience de Pictet est saisissante, 28 *poissons sont plongés* dans de l'eau à 0° pendant 24 heures.

On fait alors une congélation lente de cette eau jusqu'à 20. Poissons et glace ne font qu'un même bloc : trois semaines et deux mois après, la décongélation permet de retrouver les poissons vivants. Cette expérience a été utilisée dans la pratique pour l'expédition des poissons vivants sous un petit volume et à grande distance, puisqu'un wagon de 10.000 kil., avec de l'eau refroidie, ne peut contenir que 500 kilos de truites vivantes.

On a aussi remarqué que certaines *mouches des régions arctiques* ne possèdent pas d'ailes, ce qui leur donne l'aspect de fourmis.

Dans quelques régions des Alpes on rencontre des mouches présentant la même organisation.

Des jeunes guêpes placées pendant 48 heures dans un frigorifique sont définitivement privées de leurs ailes.

Le froid a donc une action sur les tissus ; mais très différente suivant l'âge de ces tissus.

Vous voyez que sur des tissus jeunes en *voie d'accroissement* il est de *nature à les empêcher de proliférer*. Il agit sur le pigment : des rats embarqués dans un frigorifique en sortent blancs après une assez longue traversée.

Le froid est employé aussi pour les coupes histologiques pour fixer les tissus. Letulle a montré depuis longtemps que ni les cellules ni les noyaux ne subissent d'altération du fait de la congélation.

Au *point de vue thérapeutique* on peut se servir du froid pour les liquides vivants, comme le *sérum*. Déjà les viticulteurs bordelais s'en servent pour agir sur le vin de Bordeaux, qui acquiert ainsi des proriétés du vin vieux, par action sur les pectates, etc.

Pour le *sérum*, les basses températures diminuent la *toxicité* du sérum. Aussi s'il faut 6 cc. de sérum-bœuf pour tuer le kilo de lapin, il faut, après congélation et décongélation successives, dans l'air liquide, 18 cc. de ce même sérum pour tuer le kilo de lapin.

Il y a donc une grande atténuation de la *toxicité* sans *altération du pouvoir* antitoxique.

Il faut encore savoir que les basses températures trouvent un emploi dans les à-côté de la thérapeutique, dans la conservation des vaccins, et dans la *préparation des extraits secs glandulaires au moyen* du vide de Hitorff.

On peut encore employer le froid pour conserver les viandes. Je vous signale que trois semaines de réfrigération détruisent dans la viande les *cysticerques* qui s'y peuvent rencontrer.

Vous voyez donc quel intérêt il y a à employer le froid, en *hygiène alimentaire*, qui touche à la préservation des maladies. Mais vous vous rendrez encore mieux compte de ce que fait le froid pour prévenir les intoxications ou les infections intestinales chez l'enfant si vous envisagez la *question du lait*.

Si on examine un centimètre cube de lait deux heures après la traite on trouve :

	Bactéries
Arrivée au laboratoire.......	9.000 p. cc.
Une heure après.............	21.750
2 heures après..............	26.250
7 heures après..............	60.000
9 heures après..............	120.000
25 heures après..............	5.600.000

Avec le froid pareille pullulation ne se produit plus, d'où la nécessité de réfrigérer le lait pour empêcher les pullulations microbiennes.

J'en ai assez dit, pour vous montrer déjà le mode d'action du froid dans différentes circonstances.

Voyons comment il peut agir sur l'*organisme pour l'anesthésier* puisqu'il s'agit ici du rôle anesthésique du froid. Il est démontré par ce qui procède que le froid ralentit la vie microbienne, arrête le développement de certains tissus, peut tuer certains parasites, *il engourdit* la vie *cellulaire depuis les microbes* jusqu'aux êtres plus perfectionnés. Chez ceux-ci, il agit éminemment sur le *sympathique* que Claude Bernard qualifiait de *nerf réfrigérateur* et l'analyse des faits montre que la vaso-constriction locale de même que la vaso-dilatation réactionnelle sont liées à des *phénomènes d'excitation*. On y retrouve les mêmes conditions qui président à la production de la raie blanche vasomotrice dans certains cas d'éréthisme du sympathique.

Certains faits plaident encore en faveur de *cette excitation sympathique par la cryotherapie*. Telle la sécrétion des glandes voisines de la région opératoire : une transpiration circonscrite, une sécrétion abondante de larmes ou de mucus nasal qui peuvent apparaître suivant le siège de la région traitée, de même l'horripilation localisée.

En même temps, dans le territoire restreint qui est le siège de ces phénomènes, les vaso-moteurs entrent en jeu : pâleur ou rougeur circonscrites, notamment à la face et au cuir chevelu.

Ces *alternatives de rougeur* et de pâleur s'observent soit au voisinage du point d'application, soit sur un *point symétrique*.

C'est ainsi que nous les avons observées *strictement localisées, sur une aire peladique à distance*.

La *réfrigération locale est donc capable d'effets lointains*, transmis par voie sympathique.

L'EXPÉRIENCE de Brown-Séquard et Tholozan est à ce point de vue très suggestive.

Immergeant une main dans une eau très froide, ils constatèrent une diminution assez rapide de sa température de 1 à 3 degrés, selon les cas.

L'abaissement de température était durable ; puisque dans un cas, après dix minutes d'immersion il fallut une heure dans une atmosphère de 15 à 16° pour que l'état de ses vaisseaux, lui permît le retour de sa température initiale.

Cette *épreuve n'a pas d'effet sensible sur la température générale du corps*. En *revanche, la main non soumise à l'expérience* subit de son côté un refroidissement considérable.

(1) Leçon à la Faculté de médecine (mars 1929). Cours de thérapeutique du professeur Loeper.

Fr. Franck, confirma ces faits à l'aide du *pléthysmographe de Mosso*.

L'application d'un morceau de glace sur la main droite, détermine sur l'autre main enfermée dans l'appareil, une diminution de volume, qui débute après deux secondes et demie. La courbe se poursuit, atteint son acmé, demeure un certain temps stationnaire avant le retour du volume initial.

Vous voyez donc, Messieurs, que la réfrigération n'a pas seulement un effet local, ni régional même, mais qu'elle peut se faire sentir à distance, par voie sympathique par des systèmes réflexes et c'est par ce procédé en partie que le rôle anesthésique du froid peut être expliqué.

Mais puisqu'il s'agit d'anesthésie, il faut aussi envisager l'action du froid sur les tissus nerveux.

Sur les *fibres à myéline* la congélation détermine la coagulation de la myéline comme l'a montré Laveran.

Le dégel, active sa segmentation d'après Rémy et Thérèse.

Cette action modificatrice est mise à profit dans la cryothérapie des névrodermites, pour faire disparaître la démangeaison de certains prurits circonscrits. Car bien que le réseau de Langerhans s'arrête, semble-t-il au, stratum granulosum, le rôle trophique du sympathique sur la peau se poursuit dans les couches *plus superficielles*.

Après cet exposé du mécanisme d'action du froid en général sur les tissus, et plus spécialement sur le système nerveux, il nous faut passer en revue les applications qu'on a pu en faire.

1° d'abord comme anesthésique :

2° en thérapeutique dermatologique plus spécialement.

Le *rôle anesthésique du froid est démontré* par l'application heureuse des compresses froides, d'eau froide, des vessies de glace sur des lésions inflammatoires.

La sensation momentanément bienfaisante de l'eau froide sur une brûlure, une contusion, le prouve.

De même que de garder de l'eau froide sur une gencive enflammée par une lésion dentaire soulage la douleur.

De même ordre est, la *déglutition de glace* pilée après les *ablations* d'amygdales.

Enfin, tous les chirurgiens ont apprécié à la fois le rôle anesthésique et décongestionnant de la vessie de glace appliquée en permanence sur un foyer pelvien ou appendiculaire.

Il faut cependant faire ici une remarque.

Combien de fois l'emploi de la vessie de glace n'est-il pas en défaut, en raison de la fonte de la glace, du poids du sac de glace, de la discontinuité de la réfrigération par ce procédé. Il est à craindre que par des alternatives de congélation, de décongélation, des effets contraire à ceux qui sont désirés ne se produisent.

Aussi est-il désirable de voir la vessie de glace remplacée par un *cryoplasme*.

Celui-ci serait *un cataplasme froid* à température réglable et constante, il suffirait qu'il soit réglé à + 1 — + 2 pour obtenir un froid suffisant.

Ne serait-il pas possible de voir un jour une plaque métallique, en relation avec un cryostat, remplir ce rôle ?

On voit tout le bénéfice que pourrait en tirer l'assistance chirurgicale : plus d'aléas, de brûlures, suppression du froid, suppression des surveillances et des alternatives néfastes de réchauffement des foyers, après les stades de réfrigération.

***

En *médecine générale*, le froid peut intervenir encore pour anesthésier un *point névralgique*.

Le crayon de menthol appliqué sur une névralgie temporale remplit ce but.

Il est tout une série d'accidents douloureux dans lesquels les phénomènes vasomoteurs sympathiques sont jugulés par un contact glacé.

Il s'agit ordinairement de syndrome *de vasodilatation hémicéphalique*.

Nous en avons observé plusieurs exemples. Il s'agit habituellement de femmes. Les cas sont tous à peu près les mêmes. C'est ainsi, que de leur côté MM. Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier ont rapporté des guérisons d'hémicranie, hémi-hydrorrhée nasale, hémi-larmoiement par l'application de vessie de glace sur le front ou par l'immersion d'une main dans l'eau glacée.

La sédation est obtenue par la vasoconstriction due à la glace. On a pu avoir un effet analogue par l'adrénaline.

Contrairement à la migraine, où l'immersion des mains dans l'eau froide augmente l'accès, les accidents d'hémicranie d'origine *sympathique cèdent au* froid

Il en est de même de certaines *algies ovariennes* périodiques.

Algies tous les deux mois, du même côté, se rapportant à l'ovaire kystique, avec hydrorrhée, rougeur de la face du côté correspondant, hydrorrhée nasale.

Tous accidents du même ordre que les précédents et justiciables de la même thérapeutique. Ces mêmes troubles se voient dans LES CAUSALGIES très intéressantes de la guerre. Celles-ci montrent les faits suivants :

Il s'agit de blessures partielles du nerf médian. A une impotence plus ou moins marquée dans le domaine des muscles tributaires du médian, s'associent des douleurs permanentes du type des brûlures. Mais ce qui caractérise surtout cette forme ce sont ces accès *douloureux paroxystiques* qui apparaissent à propos de certaines occasions, notamment le bruit, le choc à distance, l'émotion.

Un de mes blessés avait une crise dans la main lorsqu'on ouvrait la porte de sa chambre.

Parfois aussi la douleur est réveillée dans le membre blessé par la friction d'un autre point du corps.

C'est ainsi que nous avons observé, Sézary et moi, des lésions partielles du sciatique qui s'accompagnaient de crises causalgiques lorsque le blessé se frottait les deux mains l'une contre l'autre, les paumes étant séchées préalablement.

Dans tous ces cas, les phénomènes sympathiques sont évidents.

La main des blessés causalgiques du médian est violette, les doigts sont tuméfiés, parfois boudinés, parfois la peau est rose, lisse, amincie, il y a disparition des plis de la peau. Une transpiration abondante inonde la région douloureuse : le moindre attouchement superficiel suffit à déclancher un accès fort pénible.

Dans certains cas, la douleur est telle qu'elle a occasionné des tentatives de suicide.

Or il est une manœuvre qui soulage ordinairement ces blessés et qu'ils connaissent bien, c'est l'enveloppement permanent du membre douloureux dans une serviette humide. L'évaporation détermine un froid *qui anesthésie* le membre causalgique.

D'autres traitements d'ailleurs ont été employés et à côté des dénudations nerveuses périartérielles, suivant la technique de Leriche, il faut reconnaître que la compression du nerf médian rend parfois de grands services à l'instar de ce qui se passe par la pression de la région temporale dans l'hémicranie.

Cette constatation nous a permis d'entreprendre pour ces causalgiques, pendant la guerre, une intervention simple, toujours suivie de succès : les douleurs cessent instantanément, sous l'influence de la striction du nerf médian dans une cravate de catgut.

Il est encore d'autres circonstances où le froid a été employé pour les névralgies.

C'est la méthode du *stypage de Bailly pour les sciatiques*. On plonge des stypes, petits cotons pressés, dans un mélange, réfrigérant ou du chlorure *de méthyle* et on applique ces stypes sur les points de Valleix.

Ou bien on emploie la méthode *de Debove*, le *siphonage* ou *pulvérisation* qui projette sur la région lombosacrée et

la face postérieure de la cuisse douloureuse un jet de chlorure de méthyle.

On peut aussi employer *le chlorure d'éthyle.*

Aussitôt le givre se dépose sur les téguments. et bientôt après une ligne rouge congestive remplace la zone congelée. Par ce moyen on fait une révulsion utile.

Mais cette méthode mal appliquée expose parfois à des incidents, à des brûlures et à des complications ultérieures, des escharres dont la gravité est connue, surtout au cours des sciatiques chez les diabétiques.

Il importe donc de remplacer ces procédés par une technique plus précise et ne permettant pas de dépasser en intensité, en surface et en profondeur la zone que l'on désire traiter.

C'est à quoi les *cryocautères* peuvent tendre.

En *petite chirurgie* courante, le froid réalise une anesthésie utile, mais il a parfois l'inconvénient de modifier la consistance des tissus à inciser.

C'est ainsi que le jet de chlorure d'éthyle qui congèle, anesthésie, une pulpe digitale, en rend également l'incision plus difficile.

Au contraire, la congélation jointe à la striction par une sonde uréthrale peut permettre l'ablation sans douleur de l'ongle incarné par le procédé de l'incision en volets, et l'arrachement de l'ongle.

Il n'a été question jusqu ici que de congélation par le chlorure d'éthyle ou de méthyle.

Je ne mentionne qu'en passant l'éther très inflammable et dont le rôle anesthésiant est connu en anesthésie générale mais dont l'étude ne peut rentrer aujourd'hui, dans cette leçon : et je veux insister sur les dangers de l'emploi des anesthésiques froids inflammables, en pratique dermatologique courante.

Il faut utiliser le froid, évidemment qui est un très bon anesthésique, mais il vaut mieux employer le mélange ou le corps réfrigérant qui n'est pas inflammable.

Il faut donc donner la préférence, en petite chirurgie courante, lorsqu'on ne recherche que l'anesthésie et non l'intensité du froid pour agir sur les téguments au *chlorure de méthyle* déjà employé par Lailler à St-Louis en 1882.

Sa température est de 55° on peut l'employer en pulvérisation, en stypage, il *n'est pas inflammable* et permet l'usage simultané du thermocautère.

Par contre, le *chlorure de méthyle* ou *kélène* brûle avec une flamme verte, il faut donc proscrire toute flamme au moment de son emploi.

De même le *sulfure de carbone* est inflammable, a une très mauvaise odeur.

Il a été employé en 1865 par Simonin, de Nancy, POUR L'ANESTHÉSIE LOCALE. L'*air liquide*, sur lequel on avait fondé un instant de grandes espérances pour l'anesthésie par le froid et les destructions des tissus pathologiques en raison de sa température de 193°, est d'un maniement difficile et relativement coûteux.

Il est contenu dans des vases de Darsonval-Devar, à double parois où règne le vide. Mais il se répand comme une mousse impalpable, fait des brûlures ou escharres et en sommen'est que peu utilisable, à moins qu'on ne recherche l'escharre brutale par le stype plongé dans l'air liquide.

A cause de sa brutalité, il n'a pas conquis droit de cité dans les interventions anesthésiantes ou dermatologiques où il faut user à la fois l'anesthésie et la destruction des tissus pathologiques *sans cicatrice appreciable.*

L'air liquide ne met pas à l'abri de vilaines cicatrices, car il atteint le *tissu élastique.*

Au contraire, tous les dermatologistes se rallient avec nous à l'emploi de l'acide carbonique en mélange réfrigérant au contact de l'acétone. Le mélange, comme l'acide carbonique d'ailleurs qui sort du tube: a une température de — 79.

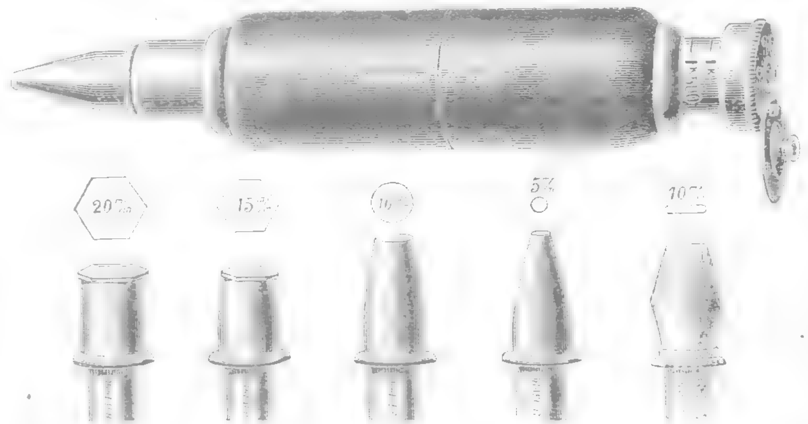
Déjà en 1907, Pusey, de Chicago, insistait à la Société de dermatologie de New-York sur ses avantages, contrairement à Dade qui préconisait l'emploi de l air liquide.

On employait alors l'*acide carbonique en crayons*, en pilant dans des moules cette neige que je vous présente. Mais bien que blanche, cette neige cachait des impuretés, des levures, des microbes, des champignons et il n'est pas indifférent lorsqu'on recherche une absence de cicatrice d'avoir une application propre ou aseptique.

D'autre part, les crayons sont friables, il faut les tailler à chaque instant, mais ils offrent surtout le gros inconvénient du phénomène de caléfaction.

Cette neige peut être pressée entre les deux mains, et la sensation est fort supportable. Pourquoi la brûlure n'est-elle pas immédiate, ni infaillible ? en raison précisément de ce phénomène de calefaction qui empêche l'adhérence intime du crayon à la peau. Remplacez au contraire la neige ou le crayon, par une pâte d'acide carbonique et d'acétone, véritable sorbet fluide, vous ne pourrez en supporter le contact sans brûlure et sans phlyctène. C'est donc aux *mélanges réfrigérants qu'il faut s'adresser* et l'expérience montre que les plus appropriés aux besoins courants des anesthésies et de la chirurgie dermatologique est l'emploi d'acide carbonique et d'acétone abandonnant la température à des tubes de cuivre, c'est le principe des *cryocautères.*

Les uns, comme celui de MM. Béclère, Bordas, se chargent indirectement par des manipulations préalables de pâte froide dans une cuvette.



Par contre celui que je vous montre *est à chargement direct* et comporte un détendeur central, qui remplit l'office du sac de toile, dans lequel vient se détendre l'acide carbonique pendant sa transformation en neige.

Ainsi chargé, l'appareil est prêt à fonctionner.

Le mélange a la même température que la neige, mais la température est transmise au cuivre.

La pointe est *ou givrée ou noyée.*

La pointe givrée est celle qui est blanche. La pointe noyée est une pointe sur laquelle s'écoule un excès d'acétone ; ces deux aspects correspondent à des emplois divers. Si l'on désire une application superficielle la pointe sèche givrée est utile : si au contraire, on désire imbiber fortement une lésion cornée, ou qu'on veuille aborder une muqueuse, il faut mettre un excès d'acétone qui noie la pointe, permet la cryoimbibition des tissus et évite le phénomène du happage au niveau d'une muqueuse humide.

Le résultat de l'application est l'apparition d'une plaque *blanche porcelanique* (aire de congélation), qui va mettre trois fois autant de temps à se décongeler, qu'il aura fallu de temps à sa production.

Les conséquences sont variables suivant la *durée surtout* :

Macule à 5 secondes.

10" une papule.

20" une phlyctène.

40" et plus peuvent amener une escharre suivant l'état de la peau et des plans sous-jacents.

Cette technique de la cryothérapie avec le cryocautère remplit des conditions avantageuses, anesthésie, trans-

mission du froid aux téguments par la pointe, ENFIN ABSENCE DE CICATRICES ULTÉRIEURES.

Avec ces divers agents qui emploient les basses températures, mais principalement avec les cryocautères à l'acide carbonique qui les rendent pratiquement maniables, on sera à même de traiter des lésions cutanées, qui réclament à la fois l'anesthésie et une modification des tissus. Au premier chef, puisque nous devons insister sur le rôle anesthésique du froid aujourd'hui, je veux placer l'action du froid dans le traitement des *prurits*.

Vous savez qu'il existe des *prurits* parasitaires, gale, phtiriase, et des prurits toxiques ou d'autres encore appelés prurits séniles, prurigo ferox, prurigo saisonnier, prurigo des leucémies, de la maladie de Hodgkin, des mycosis, mais que d'autre part le prurit appartient à un très grand nombre de dermatoses, ou du moins se montre satellite d'un grand nombre de dermatoses.

Ce *prurit* dans ces cas dépend ordinairement d'une prédisposition individuelle héréditaire, ou acquise le plus souvent, la part du facteur psychique est évidente, mais il est indiscutable que la plupart des prurits s'exagèrent à la chaleur d'un foyer, ou lorsque le malade a pris des boissons chaudes ou lorsqu'il entre *dans le lit*.

Certains de ces malades prurigineux sont aussi parfois atteints d'asthme des foins, de coryza spasmodique, de réactions les rapprochant des asthmatiques, et vous savez quelle part l'instabilité de la constitution humorale joue dans l'interprétation de ces faits.

Il en est de même pour certains *urticariens* qui voient leur crise se répéter soit par l'effort qui active les échanges pendant la chaleur, soit par les changements brusques de température.

Or il est un fait à retenir, c'est qu'en Amérique on a construit des *chambres froides* pour les malades atteints de rhume des foins, et d'accidents de rhinite spasmodique et qu'on a observé que le séjour dans les chambres froides les soulageait considérablement.

N'y a-t-il pas là, par ce procédé de réfrigération générale un processus qui vous rappelle ce que nous avons vu de l'action locale heureuse du froid, dans certaines hémicranies, dans ces causalgies où l'élément sympathique est si évident.

Eh bien, ces prurigineux des dermatoses, des grands prurigos, mettez-les dans l'eau froide, vous verrez leur prurit disparaître considérablement, faites des ablutions froides, le résultat sera le même. Il faudrait donc pouvoir les maintenir dans un état de réfrigération cutanée, compatible avec leur état organique, et on verrait ainsi disparaître le prurit, tout comme il disparaît d'ailleurs lorsqu'on vernit la peau ou qu'on la couvre d'un maillot de colle de zinc.

Pour rendre l'action du froid durable dans les algies cutanées on a préconisé les crèmes mentholées, en voici une que je formule souvent :

Menthol..........................	} ãã	0.80	centg.
Gaïacol synthétique............	}		
Oxyd. d. zinc................		[illegible]	
Cold-cream frais............	q.s p.	100	centg.

à mettre dans un tube

L'action du menthol s'ajoute ici au gaïacol et rend service dans certains prurits.

* * *

Reste l'action *de la douche* froide pour modifier les prurits. Il est classique de recommander les douches baveuses ni froides ni chaudes. Elles agissent comme sédatif nerveux.

Mais il nous a semblé *que la douche froide* n'avait pas dans ces cas la place qu'elle méritait et voici pourquoi

De prime abord, la douche froide calme le prurit, mais après la réaction de la douche la chaleur réapparaît, et le prurit avec lui. Si on s'en tient à des essais limités, on abandonne la douche froide, si on persiste on voit l'action de l'eau froide amener la guérison de bon nombre de prurits et par quel mécanisme ? Par un mécanisme nerveux, sympathique, mais aussi par une action vasculaire et sanguine très voisine du choc.

En effet, aussitôt après une douche assez prolongée la tension diminue, une certaine leucopénie apparaît et en résumé on trouve d'une manière transitoire les phénomènes de choc atténués. N'est-ce pas ce qu'on recherché dans le traitement par le choc auto-hémoautoséro injections d'hétéro-albumine.

Mais laissons les *prurits* généralisés et plaçons-nous sur le terrain des *prurits localisés*.

Vous savez bien que ce groupe contient, à côté des réactions cutanées dues à des parasites végétaux ou à des levures, une partie des lésions dermatologiques caractérisées par un placard érythémateux infiltré, souvent lichénifié, avec exagérations des plis de la peau et parfois production de petites papules brillantes réfringentes pouvant simuler un lichen plan. De telles réactions extrêmement prurigineuses s'observent à la nuque, aux aisselles, aux plis des jarrets, des coudes chez les femmes ou les sujets nerveux et on invoque la nevrodermite.

Eh bien ! la thérapeutique locale qui aboutit au soulagement et à la guérison peut être recherchée dans un mécanisme *d'exosérose*, c'est-à-dire dans la production d'une bulbe, d'une phlyctène, et nul autre agent que le froid ne pourra vous donner d'une manière certaine, propre et non sujette à une irritation parfois difficile à juguler, cette exosérose.

Celle-ci obtenue, que ferez-vous ? Vous respecterez ce liquide de bulbe, sur la plaie naguère prurigineuse, vous verrez ce liquide se résorber et le malade n'aura plus son prurit.

Que s'est-il donc passé ? Plusieurs phénomènes importants.

Histologiquement un clivage épidermique et une ascension des liquides humoraux à travers les voies lymphatiques du derme.

Physiologiquement une action le sur sympathique ; *cliniquement* une action substitutive.

Biologiquement, une résorption du liquide de phlyctène, une vaccination locale.

Ces phénomènes associés concourent à l'anesthésie de la région prurigineuse et à la guérison clinique de la cause même du prurit.

Ainsi se trouve réalisé un *exemple complet* du *mode d'action du froid, agent anesthésique et thérapeutique*.

Cette technique peut aussi être mise à profit dans bon nombre de lésions cutanéo-muqueuses où vous désirez combiner :

l'action anesthésiante,
l'action thrombosante sur les vaisseaux,
l'action vaccinante du froid.

A ce titre, je vous signale la supériorité du froid dans le traitement des végétations vénériennes qui combine ainsi les divers modes et sa supériorité encore sur l'action dissociée d'un anesthésique comme la cocaïne préparant l'exérèse ou la destruction à la chaleur.

A ce propos qu'il me soit permis de mettre ici en valeur les avantages de la cryothérapie, mode *d'anesthésie non dangereux* lorsqu'il s'agit d'opérer des végétations siégeant sur une surface étendue.

Les classiques préconisent encore l'emploi de la cocaïne et du mélange de Bonin, vous savez que celui-ci est constitué par la liquéfaction réciproque de cocaïne, menthol, acide phénique à parties égales.

Ce mélange jouit d'une réputation en oto-rhino-laryngologie, il est également précieux pour faire des *petites biopsies* mais à mon sens il ne devrait pas être employé sur des végétations vénériennes en surface un peu étendue car des cas de mort ont été observés après un badigeonnage des végétations vulvaires *une demi-heure après le Bonin*.

Dans ces conditions l'anesthésie au froid s'impose pour enlever les *crêtes de coq*, et l'action combinée anesthésiante

et thrombosante peut être telle que dans certains cas elle suffise à guérir les végétations : dans d'autres, elle permettra l'emploi indolore du ciseau. Ici encore, comme pour les muqueuses n'abordez les végétations qu'avec une pointe noyée, à moins que vous ne désiriez en *faire l'exérèse*, par le procédé de l'arrachement en retirant la pointe du cryocautère à laquelle elle vient adhérer si la pointe *est sèche*.

Le cryocautère rend encore de grands services pour anesthésier et traiter en même temps les *verrues de la langue*. Voici comment l'on procède, avec une pointe très noyée par excès d'acétone, on applique le cryocautère 6 à 8 secondes sur la verrue ou le papillome lingual, dès qu'il est tout blanc et parfaitement congelé avec une curette de Volkmann au manche court et trapu, on procède à l'énucléation. La même congélation aura raison des LEUCOPLASIES *linguales, jugales* et devient ainsi le traitement de choix de ces affections. Les leucoplasies verruqueuses sont remarquablement guéries. Les ulcères, leucoplasies également. Exemple : si par hasard la pointe étant trop peu humide, il y avait adhérence à la muqueuse, il faudrait se garder de faire une traction qui l'arracherait. Il est indiqué de faire couler un peu d'eau froide, sur le point d'accolement de la muqueuse et du cryocautère, la température de l'eau froide étant très supérieure à celle de — 79 de l'appareil, il s'en suit une décongélation et libération de la muqueuse, sans déchirure.

* * *

De multiples indications cliniques s'offrent chaque jour en dermatologie au médecin qui veut employer les basses températures dans le traitement de certaines dermatoses.

Depuis 1912, nous avons perfectionné et vulgarisé cette méthode et nous vous montrons aujourd'hui les résultats obtenus dans le traitement des angiomes, des nævi plans, des couperoses.

En un mot chaque fois qu'on se trouve en présence d'une lésion vasculaire, l'utilisation du froid remplit les conditions les meilleures de traitement en thrombosant les vaisseaux, en les flétrissant, en amenant leur diminution de volume. C'est ainsi que disparaissent en séances hebdomadaires de 8 à 10 les angiomes de la face, du tronc, des membres, chez les bébés et chez l'adulte. C'est ainsi qu'on peut obtenir dans des conditions particulières qu'il nous faut maintenant préciser la disparition des *taches de vin*, des nævi plans.

D'une manière générale on peut affirmer guérir totalement un angiome saillant, on ne peut que voir pâlir souvent incomplètement le nævus plan et surtout chez l'adulte. Il est donc nécessaire de s'adresser au nævus plan, le plus tôt possible après son apparition, dès les premières semaines de la naissance.

C'est à ce prix qu'on le verra rétrocéder. Il faut donc combattre le préjugé trop répandu d'attendre l'adolescence pour traiter ces nævi plans.

Les *nævi pigmentaires* sont également utilement dépigmentés par la cryothérapie en applications de 20' avec une pression d'un kilogr.

A côté des lésions vasculaires, il faut faire une mention toute spéciale pour le traitement des verrues séborrhéiques.

Taches grasses, friables, café au lait, brunâtres, souvent appelées à tort verrues séniles, elles s'apparentent aux nævi, et diffèrent des *kératodermies* séniles pré-épithéliomateuses.

Leur guérison par la cryothérapie est un fait très appréciable et le résultat esthétique est parfait.

Mêmes indications pour les verrues (poireaux), les verrues planes juvéniles et une mention spéciale pour la *verrue plantaire*, affection fort douloureuse et encore souvent prise par les pédicures pour un cor.

L'aspect est toujours le même, sous une pastille cornée, on aperçoit des petits points noirâtres, en aspect de barbe rosée. C'est la verrue.

Elle est à une profondeur variant entre 1 à 2 centimètres.

L'opercule corné enlevé, on constate qu'elle est dans une loge creuse et qu'elle est constituée par des colonnettes molles, ce sont ces colonnes molles qu'il faut congeler et détruire. Si non la verrue ne guérit pas.

Il convient donc de laisser la congélation dans la loge environ une minute après quoi on peut curetter et enlever d'un coup tout le tissu verruqueux. Les suites sont simples, l'hémorragie s'arrête avec du néol et l'obturation à l'emplatre rouge de Vidal permet au malade de marcher, et ne pas interrompre ses occupations.

Ou bien, on ne fait que congéler avec curettages superficiels et il faut alors plusieurs séances. Les résultats sont excellents mais plus longs. En tous cas la cryothérapie doit être préférée aux mains et aux pieds, la radiothérapie qui expose aux radiodermites parfois graves.

Dans certaines lésions cutanées *inesthétiques* le froid rendra d'éminents services.

Notamment pour traiter les *xanthélasmas des paupières*, taches jaunes fauves très criantes aux paupières. Elles seront traitées par des applications de 6 à 8 secondes et des pressions appropriées. Très supérieure à la méthode de galvanocautère inapplicable dans la région ciliaire la *cryothérapie* est vraiment le traitement de choix. De même pour les verrues planes juvéniles, les kystes épidermiques, le milium, le grutum.

En résumé, toutes les fois qu'il s'agit de provoquer une desquamation épidermique sans laisser de cicatrice, et ce résultat est obtenu par ce fait que le cryocautère à l'acide carbonique, n'attaque pas le tissu élastique.

En outre, dans la cure de certaines tuberculoses cutanées, le *lupus* érythémateux et des affections à virus filtrants, il est intéressant de constater que l'exosérose obtenue par la cryothérapie permet la résorption *in situ* du liquide de phlyctène. C'est un procédé que j'utilise comme vaccination locale, analogue aux techniques qui s'inspirent de la résorption du liquide des séreuses pleurales, vaginales, etc, et qui comptent de brillants résultats.

Les *cancroïdes de la face* sont constamment traités par ce procédé, lorsqu'il s'agit d'épithélioma baso-cellulaire et déterminent une guérison sans avoir à redouter de complications ultérieures.

Les *kéloïdes*, mais surtout les kéloïdes suite d'accidents ou de sutures chirurgicales peuvent aussi être très heureusement modifiées par le froid qui a le pouvoir de les faire pleurer ainsi que nous le disons souvent, et de transformer le tissu fibreux en phlyctène. Les desquamations successives et la résorption du liquide de phlyctène, associées à des pansements par les emplâtres de Vidal ou d'huile de foie de morue, peuvent aussi, avoir raison, lentement, il est vrai, mais d'une manière souvent fort esthétique de ces affections qui défient la chirurgie et souvent les autres agents physiques.

C'est également par un processus de thrombose et de vaccination qu'on peut utiliser l'action du froid, dans le traitement des *nodules lépreux*. Sous cette influence ils diminuent de volume, desquament, parfois s'ulcèrent et rétrocèdent.

Très souvent le processus de phlyctène détermine, une véritable *phlycténothérapie*, dans la lèpre, celle-ci s'accompagne alors de réactions thermiques dénotant la part intéressante attribuable à la résorption du liquide de phlyctène, réalisant aussi un choc ou une vaccination ainsi que je l'ai pu constater avec mon ancien interne Morlas.

Pour terminer, enfin Messieurs, je vous signale qu'il est indiqué de traiter les pelades, et les vitiligos par ce procédé, il m'a donné dans certains cas des résultats, là où tout avait échoué.

Le froid est donc un agent d'anesthésie locale. Il peut agir pour modifier, en dehors du rôle anesthésiant, les tissus qu'on veut exciser ou curetter, mais par lui-même il modifie les cellules pathologiques qui sont plus sensi-

bles que les cellules normales et il doit être employé par les cryocautères avec l'acide carbonique, quand il s'agit de thromboser des vaisseaux, des angiomes, de faire disparaître des cancroïdes, des verrues, des proliférations inesthétiques sans occasionner de cicatrices. Enfin son action sur les muqueuses est très utile à connaître et les nombreux services qu'il rend dans le traitement des leucoplasies buccales en fait un agent préventif de dégénérescences cancéreuses. Il mérite donc bien une place de prédilection dans le cortège des *agents physiques*.

CHRONIQUE

L'activité du cortex cérébral

Le professeur I. P. Pavloff, dont les recherches sur le fonctionnement des glandes digestives sont bien connues de tout médecin, a consacré son activité depuis vingt-cinq ans, avec de très nombreux collaborateurs, à étudier le fondement des opérations intellectuelles, c'est à savoir le fonctionnement élémentaire des cellules des hémisphères.

Le livre où il résume ses recherches vient d'être traduit par Mme Trifonoff (1), dont on ne saurait trop louer les qualités de traductrice. On peut cependant regretter que la volonté expresse de l'auteur n'ait pas permis d'utiliser certaines façons d'exposer, soit verbales, soit typographiques, qui auraient rendu la lecture de ce grand et beau livre plus accessible au public français.

Jusque vers 1860, la physiologie des hémisphères n'existait pour ainsi dire pas. C'est seulement à cette époque que Fristch et Hitzig surent adapter à son étude les méthodes habituelles de la physiologie : l'excitation et la destruction. Ils montrèrent qu'à l'excitation d'endroits déterminés du cortex, répondaient des contractions de groupes déterminés de muscles squelettiques et qu'à l'extirpation de ces mêmes endroits du cortex répondaient certains troubles de l'activité propre à ces groupes musculaires.

Ces recherches ont été intensifiées ultérieurement. Mais pendant longtemps encore, on ne tenta nulle investigation sur les facultés psychiques.

Comment entreprendre cette étude en physiologiste ?

Descartes, il y a quelques trois cents ans, institua la notion du réflexe, en tant qu'acte fondamental du système nerveux : telle activité de l'organisme est la réponse obligatoire à l'action de telle cause extérieure et cette liaison du phénomène produit avec l'agent causal se fait suivant une voie nerveuse déterminée. Cette notion du réflexe a été le fondement de la physiologie nerveuse.

Sétchenoff, en 1863, fit un grand pas dans l'application de cette notion aux hémisphères et il essaya de représenter l'activité des hémisphères en tant qu'activité réflexe.

D'après lui, les pensées étaient des réflexes à déterminaison inhibée et les affections, des réflexes renforcés ayant une large irradiation d'excitation. Ch. Richet, J. Loeb, de nos jours, essayèrent des synthèses analogues.

D'autres physiologistes furent bientôt amenés à envisager toute la question en tant que formations d'associations entre les excitations visuelles ou tactiles ou autres et l'acte moteur.

Pavloff fut incité à reprendre ces études parce que, étudiant le chimisme digestif, il voulut s'occuper de l'excitatation psychique de ce chimisme. Ces travaux, entrepris depuis un quart de siècle, se sont peu à peu élargis et l'ont amené à construire, sur des faits, une doctrine physiologique de l'activité des hémisphères. Son point de départ, sa notion fondamentale fut la notion de Descartes, la notion du réflexe. Cette notion est pleinement scientifique, car le phénomène qu'elle traduit est strictement un déterminisme.

Les réflexes sont positifs ou négatifs (réflexes dits inhibiteurs),

(1) Prof. I. P. Pavloff. — Leçons sur l'activité du cortex cérébral, traduit par Mme I. Trifonoff, préface du Prof. Gley, 1928. 1 vol. in-8°, 420 pages. Prix : 60 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Des réflexes classiques, il faut rapprocher certaines réactions congénitales à certaines conditions, que nous appelons instincts. C'est Herbert Spencer, le premier, qui comprit l'identité entre le réflexe et l'instinct.

Il n'y a pas de différence essentielle entre ces deux phénomes : 1° Il existe un nombre considérable de transformations tout à fait imperceptibles des réflexes habituels en instincts.

Prenons un poussin qui picore (tout de suite après sa sortie de la coquille) en réponse à n'importe qu'elle excitation qui lui tombe sous les yeux à commencer par un petit objet et jusqu'à une tache sur la surface où il marche. En quoi cela diffère-t-il par exemple du retrait de la tête et de la fermeture des paupières quand, tout près de l'œil, jaillit un objet quelconque, dans ce cas je dirai ; c'est un réflexe de défense, dans le cas précédent, je dirai ; c'est l'instinct alimentaire. Et, pourtant, dans l'action de picorer, si l'excitation est provoquée par la présence d'une tache tout se limite à l'inclinaison de la tête et aux mouvements du bec.

2° On a insisté sur la plus grande complexité des instincts par rapport aux réflexes. Mais il y a des réflexes très complexes, tel le vomissement, et il y a des réflexes à enchaînement, c'est-à-dire tel que la fin d'une réaction réflexe déclanche la réaction suivante.

3° On a dit que les instincts dépendent d'un état interne. Mais d'une façon plus générale, l'excitabilité réflexe est sous la perpétuelle dépendance des proprietés physiques et chimiques du sang.

4° Les instincts seraient diffus à tout l'organisme et les réflexes seraient systématisés à un organe.

Mais la marche, la position debout, l'équilibre sont des réflexes et, pourtant, ils s'adressent à tout le corps.

Nos connaissances des instincts sont très limitées et sans cohésion. Il n'existe qu'un groupement grossier des instincts : l'alimentaire, le réflexe d'autopréservation, le sexuel, celui de la parenté et le social.

Mais nos connaissances sur tout ceci sont fragmentaires.

Pavloff expose, à ce propos, comment il a été amené à envisager, chez le chien, le réflexe de la liberté et, aussi le réflexe de « qu'est-ce que c'est ? ». Ce dernier est fondamental. Aussi bien que les animaux, à la moindre variation du milieu ambiant, nous instituons un appareil récepteur correspondant dans la direction de l'agent produisant la variation. Le sens biologique de ce réflexe est énorme. Si l'animal ne possédait point cette réaction, on pourrait dire qu'à chaque minute sa vie ne tient qu'à un fil. Chez nous, ce réfexe va plus loin, il se manifeste sous forme de désir d'études qui crée la science nous promettant la possibilité suprême d'orientation dans le monde environnant.

Mais les réflexes classiques sont insuffisants pour assurer une vie normale et la preuve en est que l'animal privé de ses hémisphères garde ses réflexes, mais ne peut survivre s'il est livré à lui-même. Il faut, donc supposer une fonction particulière des hémisphères.

Un exemple va nous permettre de préciser un fait : un chien qui s'alimente salive ; mais il peut saliver si on lui présente son écuelle ou s'il voit le porteur d'écuelle. Or, si le chien est privé de ses hémisphères, il ne conservera que la salivation alimentaire. C'est justement la possibilité de considérer l'écuelle ou son porteur comme étant le signal du repas imminent qui constitue l'activité propre aux hémisphères : l'activité des hémisphères est une activité de signalement.

La méthode principale de Pavloff a consisté à étudier les conditions physiologiques de la sécrétion salivaire. Les animaux en experience étaient placés dans des dispositifs réalisant un isolement rigoureux qui les soustrayait à toute influence extérieure et qui permettait d'étudier une excitation donnée dans des conditiont données. On a pu, ainsi, créer des réflexes acquis, réflexes conditionnels, que Pavloff oppose aux réflexes congénitaux. Ce sont eux qui sont le fondement de toute psychologie : L'enchaînement de réflexes ainsi provoqués permet de reconstituer des opérations intellectuelles complexes, grâce à cette expérimentation, l'étude de la conduite des animaux et celle de l'homme nous apparaissent comme explicables scientifiquement.

Henri Vignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril 1929.

Le régime chloruré dans les néphrites. — M. *F. Rathery*. — Le régime déchloruré, depuis les travaux d'Achard, Widal et leurs élèves, est prescrit quotidiennement chez les néphritiques. Mais par suite d'une déformation commune à toute découverte importante, on a, par une généralisation inconsidérée déformé les idées des promoteurs de la méthode. Le régime déchloruré est devenu le « régime à tout faire » des néphritiques. Dès 1903, l'auteur, avec Castaigne, avait montré cliniquement et expérimentalement les dangers du régime déchloruré quand il n'était pas indiqué. Le régime déchloruré reste le régime des néphritiques en état de rétention chlorurée ; mais il cesse de l'être, il est même dangereux chez d'autres néphritiques. L'auteur, avec Maurice Rudolph, a attiré récemment l'attention sur l'existence de cas de néphrite avec azotémie et hypochlorémie, améliorés par l'ingestion de chlorure de sodium. D'autres cliniciens, notamment L. Blum, sont revenus ensuite sur ces faits. L'auteur expose le tableau clinique de cette hypochloruration et montre l'importance indéniable de la recherche du taux des chlorures dans le sang en cas de néphrite. Cette recherche est indispensable pour établir un régime rationnel.

Il faut envisager, à côté de la déchloruration, une véritable chloruration ; à côté du régime déchloruré, un régime chloruré.

Un cas de contagion professionnelle d'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne. Essais d'inoculation transcérébrale au lapin. — MM. *Crouzon* et *Horowitz* rapportent l'observation d'une infirmière soignant une parkinsonnienne postencéphalitique, malade depuis neuf ans et contagionnée trois semaines après avoir pris la malade dans son service. La contagion a été due à la salive de la malade qui en rendait un litre par jour en bavant.

Ce cas est analogue à celui publié par MM. Guillain, Alajouanine et Cécile, il montre la nécessité d'isoler les parkinsoniens postencéphalitiques pendant plusieurs années après le début de la maladie.

La vaccination antidiphtérique à l'hôpital des Enfants-Malades. — M. *P. Lereboullet* expose les efforts qu'il a poursuivis aux Enfants-Malades depuis plusieurs années pour y appliquer une méthode efficace et inoffensive de vaccination. L'anatoxine de Ramon, essayée par lui avec MM. Joannon et Boulanger-Pilet dès sa découverte, lui a permis de vacciner, de 1924 à 1928, 17.000 enfants. Son action a été particulièrement intense depuis 1927, époque à laquelle il a pu, avec M. Gournay, fonder un centre de prophylaxie anti-diphtérique, institué officiellement par l'Assistance publique. Ce centre a permis de faire œuvre prophylactique efficace, non seulement en préservant de la diphtérie bon nombre d'enfants, mais aussi en démontrant aux médecins et aux familles l'innocuité de la vaccination de Ramon et son utilité ; plus de 12.000 enfants ont été vaccinés depuis deux ans, soit à ce centre, soit hors de l'hôpital dans des milieux très divers, desquels étaient venus des diphtériques. L'activité du centre ne s'est pas bornée à la vaccination, mais a permis de dépister un assez grand nombra d'angines larvées qui auraient pu être des foyers de contagion pour d'autres enfants. La technique de la vaccination a pu être précisée et, sur 17.000 vaccinations, aucune reaction vraiment sévère n'a été relevée. L'efficacité n'est pas douteuse puisque quatre angines seulement, toutes bénignes, ont été relevées chez les enfants vaccinés à trois piqûres, alors que d'assez nombreux cas ont été notés chez ceux qui n'avaient eu qu'une piqûre. Ces constatations plaident en faveur de la généralisation de la vaccination antidiphtérique à tous les jeunes enfants.

La lutte sociale contre le cancer dans le département de la Seine (banlieue parisienne) et dans quelques départements voisins. — M. le professeur *G. Roussy* expose l'organisation administrative et régionale du Centre anticancéreux de la banlieue parisienne. Cette organisation qui diffère de celle des autres centres régionaux de France repose sur le principe du dépistage, du triage et du traitement des malades à plusieurs échelons. Elle fonctionne depuis trois ans et semble aujourd'hui avoir fait ses preuves.

Le Centre de la banlieue parisienne a reçu, par arrêté ministériel, en date du 14 décembre 1925, comme attributions : la banlieue de Paris, les départements de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne et du Loiret.

Dans les communes de la Seine et dans les départements limitrophes, ont été installés :

1° Des consultations anti-cancéreuses, gratuites et réservées aux indigents, qui représentent l'échelon de dépistage et de triage des malades ;

2° Des sous-centres qui fonctionnent dans certaines villes munies d'hôpitaux et qui représentent l'échelon intermédiaire de triage et de traitement.

Ces diverses consultations ainsi que les sous-centres sont en liaison étroite avec le Centre principal de Villejuif.

Dans la *Banlieue parisienne*, des consultations ont lieu toutes les semaines, ou toutes les deux semaines, dans les communes de Suresnes-Puteaux, de Boulogne-Billancourt, de Saint-Ouen-l'Aumône, de Montreuil-sous-Bois et de Vincennes. Elles sont faites par les médecins spécialistes et les assistants du Centre anticancéreux de la Banlieue parisienne, avec le concours, dans certaines villes, à Boulogne, par exemple, des médecins du dispensaire.

De ces consultations, les malades sont dirigées, s'il y a lieu, au Centre de Villejuif en vue d'un complément d'enquête médicale, d'un examen de laboratoire ou d'un traitement.

Dans les *départements de Seine-et-Oise, Seine-et-Marne et du Loiret*, en accord avec les préfets et les Services d'hygiène, ont été créés trois sous-centres : à Orléans, à Melun et à Versailles, et qui comprennent une consultation externe, des services de chirurgie et de médecine, de radiothérapie semi-pénétrante ou superficielle et parfois même de curiethérapie. Plusieurs de ces services sont dirigés par des anciens internes das hôpitaux de Paris.

De plus, dans les principales villes de ces départements ont été installées des consultations anti-cancéreuses du même type que celles de la Banlieue parisienne, mais assurées par les médecins des villes intéressées. Ces consultations de dépistage fonctionnent en : Seine-et-Oise, à Etampes, Mantes, Saint-Germain et Pontoise : en Seine-et-Marne, à Coulommiers, à Fontainebleau, Lagny, Meaux, Montereau, Nemours et Provins, et dans le Loiret, à Gien, Montargis et Pithiviers.

De ces centres de dépistage départementaux, les malades sont dirigés sur les sous-centres principaux du département de la Seine, suivant les besoins et les nécessités des malades, et suivant les facilités des moyens de transport.

Telle est l'organisation que M. G. Roussy a pu mettre sur pied, avec l'aide des autorités préfectorales et communales et surtout avec l'appui moral et matériel du Conseil général de la Seine.

Bien que ne fonctionnant que depuis trois ans, les résultats en sont déjà appréciables ; les malades atteints de tumeurs malignes arrivent plus tôt et en plus grand nombre aux consultation de dépistage.

Elle représente donc un moyen de lutte régionale qui mérite de retenir l'attention.

Séance du 30 avril 1929.

L'alcoolisme mondain. — M. *Guillain*. — De l'Amérique sèche nous est venue une nouvelle forme de l'alcoolisme : l'alcoolisme mondain. Par snobisme, les jeunes gens et surtout les femmes du monde se sont mis, à l'exemple des américaines, à prendre plusieurs fois par jours des cocktails — on disait autrefois l'heure de l'absinthe, il n'y a plus d'heure pour les cocktails. Pris à jeun, avant, après les repas, au cours de la soirée, les cocktails jouissent d'un succès dont on peut mesurer le danger si on se rappelle qu'ils sont composés de whisky, d'angustura et autres poisons convulsivants. Dans beaucoup d'installations modernes, on voit même un coin réservé pour

le bar, trop de femmes du monde, renonçant au thé, y consomment des cocktails, du porto, du gin, etc.

M. Guillain se borne à énumérer les conséquences pathologiques et sociales de ces abus.

Négligeant les troubles digestifs, il attire l'attention sur les syncopes, insomnies, états anxieux, crises épileptiformes, névrites, névralgies, polynévrites que l'on rencontre souvent maintenant chez les amateurs de cocktails. Il montre les ménages désunis, les divorces, les situations perdues par ces alcooliques nouveau style. Il signale les accidents graves d'automobiles qui leur sont imputables, il dénonce enfin le danger pour la descendance de l'alcoolisme par cocktails, qui par les cercles, les casinos, les villes d'eaux, s'étend tous les jours.

Episode pulmonaire pseudo-tuberculeux curable au décours d'une vaccination par le bacille Calmette-Guérin. — MM. *Sergent*, *H. Lenormand* et *R. Turpin*. — Après avoir fait remarquer que lorsqu'il s'agit d'approfondir la preuve d'une technique de prévention dont les conséquences sont aussi considérables que celle de la vaccination anti-tuberculeuse de Calmette, tous les faits recueillis doivent être versés au débat. M. le professeur Sergent et ses collaborateurs relatent l'histoire suivie pendant le mois, d'un épisode pulmonaire curable pseudo-tuberculeux, survenu au décours d'une vaccination par le bacille Calmette-Guérin. Seuls, les examens cliniques, bactériologiques et radiologiques effectués en série, permirent de faire la preuve pneumococcique des troubles observés. Par ailleurs, l'étude de la croissance de cet enfant, prouve une fois de plus que les nourrissons vaccinés par le bacille Calmette-Guérin ne sont pas plus éprouvés que les témoins par les maladies intercurrentes qui peuvent les atteindre.

La tuberculose à Lyon. — MM. *Auguste Lumière* et *Paul Vigne* présentent une étude statistique des décès par tuberculose à Lyon pendant une période de vingt années. Ils ont dépouillé les 188.124 certificats de décès déposés dans les archives municipales de 1906 à 1925. Sur le nombre, 15 p. 100 seulement ne portent aucune indication utile sur la cause de la mort. Quant aux diagnostics erronés, leur proportion semble négligeable. Finalement la proportion des décès par tuberculose serait de 18,59 en moyenne.

Envisageant cette proportion par périodes, les auteurs constatent qu'elle était de 22,36 en 1910, qu'elle a baissé jusqu'à 14,60 en 1920 pour se relever à 16,70 p. 100 en 1925. Ils envisagent les principales causes qui ont pu entraîner ces modifications dans l'évolution de la tuberculose et étudient principalement à cet égard l'influence des conditions de travail, de l'alimentation, du logement, du perfectionnement des thérapeutiques, des mesures prophylactiques, de la guerre, de la grippe (1918) et de l'alcoolisme.

Les fractures des membres. Enseignements de la guerre. — M. *Rouvillois*, dans sa communication, insiste, comme il l'a déjà fait dans de nombreuses publications antérieures, sur les enseignements de la guerre relatifs au traitement orthopédique des fractures.

Après avoir rappelé les avantages qui résultent dans le traitement des fractures du temps de paix de l'emploi des appareils dérivés de ceux qui ont été utilisés pendant la guerre, il estime qu'il est nécessaire de prévoir dans les hôpitaux, une organisation permettant d'appareiller les fractures dans de bonnes conditions.

Il insiste également sur la nécessité de réserver à cet enseignement la place qu'il mérite.

Il conclut en disant qu'il paraît nécessaire, à l'heure actuelle, de prévoir un plan d'ensemble, comportant une meilleure organisation hospitalière et une orientation plus pratique des méthodes d'enseignement, dont les blessés pendant la paix doivent tirer les mêmes bénéfices que pendant la guerre.

Cure de Vichy et acide urique. — M. *Desgrez* présente un travail de MM. Léon Lescœur et Charles Desgrez établissant que l'acide urique du plasma sanguin augmente surtout au début de la cure de Vichy, particulièrement chez les hyper-uricémiques, et que cette influence se maintient, quoique moins marquée, au cours de la cure. Bien que les hyper-uricémiques présentent, en même temps, une élimination d'acide urique plutôt accrue, on n'observe aucune proportionnalité entre ces deux influences, sanguine et urinaire.

Erythrémie des altitudes. — M. *Monge*.

L'œuvre éducative accomplie par le Comité d'éducation féminine de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale. — Mme *Montreuil-Straus*.

Election d'un membre titulaire dans la première section (médecine). — Classement des candidats : en première ligne : M. Roussy ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : M. Le Noir, de Massary, Rothery, Ravaut et Rist. Adjoint par l'Académie : MM. Lereboullet et Loeper.

Au premier tour : M. Roussy obtient 65 voix ; M. Le Noir, 4 voix ; M. Ravaut, 3 voix ; M. de Massary, 2 voix.

M. Gustave Roussy, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 avril 1929.

Remarques sur la posologie de l'acétylcholine. — MM. *Maurice Villaret* et *L. Justin-Besançon*, à l'occasion de trois années d'expérience thérapeutique de l'acétylcholine, précisent le mode d'emploi actuel de ce médicament.

Le produit doit être conservé anhydre en ampoules et dissous dans l'eau au moment de l'injection.

Les auteurs insistent sur l'absence d'accoutumance et la remarquable tolérance au médicament même pour des doses fortes et des injections longtemps répétées.

Mais ils insistent surtout sur la nécessité d'une posologie rigoureuse suivant les indications cliniques. Ils précisent les doses et la durée des injections dans les artérites, le syndrome de Raynaud, le ramollissement cérébral, les spasmes de l'artère rétinienne, l'hypertension artérielle, les sclérodermies, les sueurs des tuberculeux et les coliques de plomb. Ils insistent enfin sur la nécessité d'employer des doses suffisantes et pendant un temps proportionné à la nature de l'affection qu'il s'agit de traiter.

Cysto-adénome de la tête du pancréas. — MM. *Noel Fiessinger* et *Roger Cattan* rapportent l'histoire d'un cysto-adénome de la tête du pancréas. Celle-ci se fit en cinq années et traversa des étapes cliniques bien distinctes: La première étape, de 18 mois, se signale par des signes digestifs sans aucun caractère spécial nausées vomissements, anorexie, amaigrissement, augmentation de volume du foie.

Dans la deuxième étape, qui dure trois longues années s'établissent un ictère par obstruction complète et vers la fin un syndrome diabétique. Le foie prend le volume et la dureté d'un foie de cirrhose. Après ces trois années, l'ictère disparaît, les matières se colorent, le diabète disparaît de même sans laisser aucune trace qu'une glycosurie alimentaire, mais le foie conserve sa dureté et reste cirrhotique. Pendant la troisième étape, la cachexie s'accuse, c'est l'étape des signes physiques, on découvre une grosse vésicule qui persiste malgré la disparition de l'ictère, et une grosse masse sous-hépatique médiane, dure, fixe, dont la nature pancréatique est affirmée. La quatrième étape est marquée par une tuberculose pleuro-pulmonaire aiguë suivie de granulie.

A l'autopsie, on découvre un cysto adénome de la tête du pancréas du volume d'une tête de nouveau-né formé de productions kystiques alvéolaires contenant un liquide clair, limitées par un épithélium cubique posé sur des fibres de collagène. Le foie est frappé de cirrhose insulaire et annulaire sans aucune caractéristique anatomique de cirrhose biliaire.

M. *Bard* pense qu'il s'agit là d'une maladie kystique du pancréas et que cette affection n'a rien de commun avec les tumeurs.

Pancréatite hémorragique. Infarctus mésentérique et myocardite chez un éthylique. — M. *Mondon* (de Cherbourg).

Le pied tabétique trophique pseudo syringomyélique. — MM. *Ala-*

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire médical de Marseille et de la Provence 1929. Prix : 11 fr. 50, contre remboursement : ou 10 francs par mandat et chèque postal à Editions « Quo Vadis », 107, rue Paradis, Marseille, C.C. Postal, 108-43.

Cet annuaire du Dr PORCHERON, très précis parce qu'il est régional, contient en un format commode (400 pages) tous les renseignements relatifs au corps médical de six départements : Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Corse, Var, Vaucluse, et Principauté de Monaco. Il paraît pour la douzième fois, ce qui est le meilleur indice de son utilité et de sa vitalité.

Au début de l'ouvrage, on trouve, en une page spéciale, tous les postes vacants de la region : médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens.

Précis de l'ionothérapie électrique, par le Dr F. GIDON. Un vol.in-8, 96 pages avec tableau : 15 fr., franco : 16 fr. Les Presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris.

Cet opuscule présente sous une forme concrète et précise les renseignements nécessaires pour la pratique des opérations ionothérapiques courantes : traitements de rhumatismes, d'arthrites, de raideurs, d'adhérences ou de compressions fibreuses, de traumatismes récents (entorses), ou encore traitements de névralgies, ionisation d'ulcérations chroniques ou de plaies suppurantes, stérilisation sous-cutanée de points d'acnés, de furoncles ou d'autres états dermatologiques.

Le guide du malade à Vichy, par le Dr Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal, chez Maloine, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Ce livre pourra servir de guide aussi bien aux médecins qui envoient leurs malades à Vichy, qu'à ces malades eux-mêmes. L'auteur a su faire à la fois une œuvre de vulgarisation simple et claire et une étude scientifique intéressante et approfondie, basée sur les travaux de la clinique thermale et de l'hydrologie modernes. Il a voulu mettre la malade à l'abri des erreurs de psychologie et de pratique si répandues dans les stations thermales. Il le renseigne sur la valeur de la médication qu'il a à prendre ; médication si délicate à manier, que la cure doit être nécessairement dirigée par un médecin spécialisé. Il passe en revue l'action de l'eau, les maladies soignées à Vichy, les traitements externes de l'eau et les agents physiques ; enfin les régimes sont expliqués en détail au malade.

Il serait à souhaiter que dans toutes les villes d'eaux un médecin autorisé écrive de même un guide du malade qui permette au grand public de mieux connaître ainsi toutes les richesses nationales.

Tableaux des personnages célèbres de la Révolution française du Consulat et de l'Empire, par Jean LHOMER et Pierre CORNUAU. Introduction de Raoul BONNET. Avec deux portraits et 225 fac-similés. 1 volume in-4° écu sur beau papier. Prix : 25 francs. 100 exemplaires sur grand papier de Rives numérotés. Prix : 75 francs.

La simple recherche des dates de naissance et de mort d'un personnage célèbre, nécessite souvent la consultation de nombreux ouvrage et occasionne de ce fait, une perte de temps ainsi qu'un travail fastidieux.

Les tableaux que l'on trouvera dans cet ouvrage ont pour but d'obvier à ces inconvénients. On y trouvera, groupés par chapitres, les noms des personnages les plus illustres à côté d'autres moins connus, mais qui ont tous joué un rôle historique, anecdotique, militaire, artistique, scientifique ou autre, pendant les époques passionnantes de la Révolution et de l'Empire.

Les amateurs d'autographes y trouveront une source de documentation précieuse sous la forme de nombreux fac-similés (plus de 225) qui reproduisent fidèlement les signatures ou écritures authentiques des personnages les plus marquants et de ceux dont l'identification est rendue difficile par suite d'écriture illisible ou d'homonymie. On évitera ainsi les pièces suspectes et les fréquentes erreurs d'attribution.

Deux beaux portraits et la reproduction de quelques pièces curieuses complètent l'illustration de ce volume dans lequel on compte plus de 900 noms cités.

jouanine et *Bascouret* présentent les observations de deux malades tabétiques frustes qui présentent un ensemble symptomatique d'ordre presque exclusivement trophique localisé au niveau des pieds. Dactylomégalie du gros orteil avec maux perforants plantaires multiples, chute spontanée des ongles, arthropathies phalangiennes, le tout accompagné de troubles vaso-moteurs intenses et de sudation spontanée. La sensibilité est troublée surtout suivant le mode thermique. Tous ces éléments sont analogues à ceux que l'on observe dans la syringomyélie au niveau des membres supérieurs et sont le fait du tabès où la réflectivité; l'équilibration, la sensibilité tactile, les fonctions sphinctériennes même, sont le plus souvent normales et où le liquide céphalo-rachidien ne présente aucune réaction pathologique.

Syndrome adiposo-génital familial. Action thérapeutique de la vaccination antityphique. — M. *J. Troisier* et *M. Monnerot Dumaine* ont observé dans une famille six sujets du sexe féminin atteints de syndrome adiposo-génital. Les malades naissent avec un poids double de la normale; leurs règles apparaissent précocement entre sept et onze ans, mais cessent intégralement ou non vers la vingtième année ; dès lors, l'obésité se développe jusqu'aux alentours de cent vingt-cinq kgr. Les hormones ovariennes sont chez elles diversement dissociées. Chez l'une, pendant neuf ans, l'hystérythrine avait disparu complètement, tandis que l'hystérauxine subsistait. Chez deux autres, une hystérythrine d'origine placentaire provoquait des hémorragies utérines suivies d'avortement. Les auteurs relèvent également un syndrome spécial d'allure hypophysaire, caractérisé par l'oligurie et l'insomnie. Ils insistent enfin sur l'influence remarquable de la vaccination antitypho-paratyphique qui provoqua chez une femme une réaction fébrile de trois semaines environ, suivie d'une réapparition régulière des hémorragies cataméniales et d'une régression du tiers du poids corporel (de cent vingt-sept kgr. à quatre-vingt-trois kgr. cinq cents en l'espace de dix mois.

Un cas de périphrénite tuberculeuse de Loeper. — M. *P. Chevalier* rapporte un cas de périnéphrite tuberculeuse ayant déterminé des vomissements, un amaigrissement, de la fièvre, une atrophie musculaire. Les sommets pulmonaires étaient normaux, il existait seulement de la pleurite de la base droite. Enfin on notait des douleurs de sciatique. L'examen anatomique a permis de constater qu'il s'agissait d'une périphrénite tuberculeuse. Il existait d'ailleurs quelques granulations tuberculeuses sur la plaie.

Grippes toxi-infectieuses avec accès fébrile simple, sans retentissement sur une tuberculose pulmonaire antérieurement guérie ; ou suivie de complications pulmonaires (congestion simple, splénisation, broncho-pneumonie avec abcès.) — MM. *G. Caussade, Vulliet, Mourlon* et *A. Medioni.* — Des dix observations recueillies par les auteurs, pendant la dernière épidémie de grippe, il résulte 1° que la grippe peut évoluer rapidement sous la forme d'un unique et violent accès simulant celui du paludisme ; 2° que sous une forme atténuée, l'accès fébrile, ayant duré plusieurs jours, peut ne s'accompagner d'aucune manifestation pulmonaire chez une ancienne tuberculeuse guérie depuis deux ans par un pneumothorax thérapeutique ; 3° que les congestions pulmonaires banales et légères chez le vieillard ne sont pas graves en elles-mêmes, ni par des complications cardiaques, mais réellement par la toxi-infection ; 4° que, en général, le système cardio-vasculaire et le rein sont respectés ; 5° que les complications pulmonaires, quoique simulant parfois la pneumonie dès le début s'en distinguent par des crachats sanglants, des douleurs thoraciques d'une violence extrême et l'évolution dont la terminaison s'effectue en un lysis très prolongé ; 5° qu'il y a des lésions pulmonaires beaucoup plus graves, caractérisées cliniquement par les phénomènes précédents, et, en outre, par des abcès pulmonaires dont la résolution exige un temps très long. Cette dernière forme doit être rapprochée, sans leur être exactement superposable, de celles qui ont été observées en 1918-19 (hémorragies, œdème, suppuration et nécrose.)

Les agents infectieux recherchés dans les crachats de deux complications pulmonaires graves ont été le plus souvent des associations microbiennes: pneumocoques, bacilles de Friedlander, staphylocoques, streptocoques et micro-cocci-catarrhalis. La toxi-infection semble toujours prédominante qu'il s'agisse ou non de complications pulmonaires. Parfois, dans la convalescence, on observe un déséquilibre neuro-végétatif notable et persistant.

M. *Marchal* a constaté des complications cardiaques dans 1/5 des cas qu'il a pu observer, et que les pleurésies ne sont pas exceptionnelles.

Séance du 3 mai 1929.

Fractures spontanées chez un syphilitique non tabétique. Remarques sur la pathogénie des fractures tabétiques. — MM. *Sezary* et *Jonesco* rapportent l'observation d'un syphilitique qui eut, de 1920 à 1924, trois fractures spontanées réparées par un cal normal. En l'absence de tout signe de tabès, ils rapportent ces fractures à la syphilis. Après un traitement spécifique intensif et prolongé, la réaction de Wassermann fut réduite, et il ne se reproduisit plus de fracture. Les auteurs émettent l'hypothèse que nombre de fractures chez les tabétiques ne sont que des fractures de syphilitiques, favorisées ou non par des troubles vaso-moteurs et dont le cal devient exubérant sous l'influence de troubles vaso-moteurs. On sait, en effet, que d'une part, la vaso-dilatation prolongée provoque de l'hypertrophie osseuse et que d'autre part, les tabès qui se compliquent de fractures sont ceux qui s'accompagnent de troubles vasomoteur.

Un cas de pied tabétique pseudo-syringomyélique. — MM. *Lortat-Jacob* et *Yves Bureau* présentent un homme de 46 ans porteur d'une hypertrophie du gros orteil du pied droit avec arthropathie sous-jacente, mal perforant plantaire, hypersudation intense et troubles de la sensibilité thermique. Cet homme présente des signes de tabès avérés : aréflexie, Argyll, Romberg. La ponction lombaire montre une dissociation cyto-albumineuse avec 0,40 d'albumine, trois lymphocytes par mmc. et une réaction de Wassermann positive. Le pied pseudo-syringomyélique n'est donc pas l'apanage exclusif de tabès fruste, mais peut se voir dans le tabès avéré. Cependant, même dans ce dernier cas, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont souvent modérées.

Granulie pulmonaire syphylitique. — MM. *Gaté, Dechaume* et *H. Gardère* rapportent un cas se résumant ainsi : cyanose intense et persistante précédée d'hémoptysie accompagnée de fièvre élevée, aboutissant à la mort. A l'autopsie poumons farcis de granulations grises ; on croit à une granlation tuberculeuse. L'histologie montre que ces granulations sont des gommules miliaires ; qu'il n'y a ni formations tuberculeuses, ni bacille de Koch ; qu'il existe des dilatations bronchiques et des gommes syphilitiques au niveau du foie et de la rate. Pour toutes ces raisons, les auteurs croient à un cas de granulie syphilitique et discutent le mécanisme de production des troubles de l'hématose qu'ils rattachent à des processus congestifs sous la dépendance de la syphilis.

Un cas de méningite cancéreuse. Intérêt clinique de la morphologie de cellules présentes dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. *A. Lemierre* et *E. Boltanski.*

Insuffisance cardiaque goutteuse d'origine métabolique. — M. *Ed. Doumer* (de Lille) apporte l'observation d'un homme de 54 ans, ancien goutteux, qui n'avait jamais eu auparavent à se plaindre de son cœur et qui fit assez brusquement des accidents de défaillance cardiaque nettement caractérisés, avec distension globale importante du cœur. Quelques semaines plus tard, le malade fait une crise de goutte. Après la crise et sous la seule influence du traitement de la goutte; la défaillance cardiaque s'amende spontanément. Le cœur retrouve son intégrité fonctionnelle et des dimensions sensiblement normales. Ces résultats furent durables.

L'auteur estime qu'on ne peut incriminer les facteurs habituels de l'insuffisance cardiaque des goutteux, ni l'hypertension, qui faisait défaut, ni des lésions d'athéro-sclérose aortique, sous lesquelles le cœur n'aurait pas retrouvé son intégrité. Etroitement liée aux manifestations cliniques habituelles de

la goutte dont elle a pris l'allure paroxystique et dont elle a suivi l'évolution, l'insuffisance cardiaque doit être interprétée comme une manifestation de l'état de goutte lui-même.

L'hypothèse de fluxion goutteuse du cœur est peu probable, car on n'avait que des signes d'asthénie cardiaque. Mais l'énergie de contraction du myocarde peut souffrir des troubles humoraux dus au métabolisme défectueux des goutteux, car son fonctionnement est sensible à certaines modifications du milieu qui l'irrigue, Par leurs conséquences humorales, certains troubles du métabolisme peuvent être directement responsables d'insuffisance cardiaque fonctionnelle et cette observation est un exemple d'insuffisance cardiaque d'origine métabolique.

Syndrome neuro-anémique. Echec du traitement par la méthode de Whipple. — M. *J. Dereux* (de Lille) relate l'observation d'un malade atteint d'une sclérose combinée avec anémie. Il insiste sur deux les points suivants : 1° l'existence très rare d'une atrophie optique ; 2° la dissociation de l'influence du traitement par la méthode de Whipple sur les deux syndromes : l'un, l'anémique ayant guéri ; l'autre le neurologique ayant persisté en s'aggravant. Cette dissociation n'est pas pour surprendre quand on se rappelle que ces deux syndromes, tout en étant sous la dépendance d'une même cause, ne sont pas nécessairement dépendants l'un de l'autre.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 avril 1329.

Une « œuvre » thermale. — *M. Censier* signale la création à Bagnoles-de-l'Orne d'un nouvel organisme d'assistance destinée à faciliter la cure thermale de cette station, dans les suites de couches, aux jeunes mères nécessiteuses.

L'infection colibacillaire par propagation ; colibacilloses pelviennes. — *M. Mazeran* considère que l'infection du colibacille par propagation directe est extrêmement fréquente, et qu'on doit la différencier de celle qui emprunte la voie sanguine avec relai rénal. Une lésion de la dernière portion du gros intestin et une « épine d'attraction » du côté de l'organe infecté sont les conditions indispensables pour réaliser cet état pathologique. Aussi le traitement sera-t-il à deux fins : modifier l'état primitif de l'intestin, et traiter l'organe affecté secondairement.

L'usage de bouillons-vaccins en application locale, l'emploi de vaccins par la bouche, et, à la rigueur, en injection, constitueront les éléments de cette thérapeutique.

Cyanoses locales et nodules inflammatoires de Bazin. — *M. Delater* donne les raisons qui le portent à penser qu'il convient de séparer les cyanoses (stase veinulaire, trouble passif) et les érythoses (congestion artériolaire active souvent de nature inflammatoire). Il sépare les cyanoses susmalléolaires hypostatiques des érythroses de l'érythème induré de Bazin, ne pouvant accepter la confusion du mot : *Erythro-cyanose.*

Migrations microbiennes entéro-réno-génito-veineuses. — *M. Delater* attire l'attention sur des fixations sournoises des germes intestinaux au niveau de l'utérus, fixations susceptibles d'amorcer des phlébites *post partum* ou post-opératoires.

A propos du drainage en thorax ouvert dans les pleurésies purulentes. — *M. Petit de la Villéon* présente des calques radiographiques montrant bien l'insufflation du poumon côté malade par le poumon côté sain dans la manœuvre spirométrique à robinet demi-fermé de Pescher. C'est la clef de la guérison dans le drainage en « thorax ouvert ».

Le danger d'infection et la gravité des thoracoplasties expérimentales. — *M. Georges Rosenthal* signale ces risques. Il est indispensable que la technique soit strictement aseptique et que l'opération pulmonaire ne soit pratiquée qu'après disparition de l'amaigrissement souvent considérable résultant de la première intervention, c'est-à-dire de l'ouverture large de la plèvre après résection de plusieurs côtes.

La sérofloculation de Vernes à la résorcine et la sédimentation des hématies dans les tuberculoses. — *M. Tilmant* montre que la sédimentation des hématies par la méthode de Westergreen modifiée par lui se présente comme une réaction très aisée à effectuer, et apportant des renseignements non sur la nature de l'affection, mais sur la gravité. Elle se présente dans les tuberculoses comme évoluant dans le même sens que la sérofloculation de Vernes à la résorcine, mais dans certains cas, il existe une discordance entre les deux. Dans ces cas, c'est le signe de la coexistence d'un autre trouble ou d'un retard dans la restitution *ad integrum* de l'état général.

Tumeur bénigne de l'estomac. — *MM. Bécart et Gæhlinger* rapportent l'histoire d'un homme âgé de 35 ans, présentant des troubles gastriques récents caractérisés simplement par une sensation de gêne épigastrique avec affaiblissement de l'état général et Weber positif, chez lequel la pneumogastrographie permit d'emblée de faire le diagnostic de tumeur intragastrique. Il s'agit d'une tumeur sessile de la taille d'une mandarine. L'examen histologique a montré les caractères d'un schwannome.

E. PERPÈRE.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 avril 1929 (*suite*).

Deux cas d'ostéite tuberculeuse « en grelot » de l'extrémité inférieure du radius tardivement ouverte dans l'articulation. — *M. Rœderer* communique ces observations. Un homme de 30 ans et une femme de 28 ans souffraient depuis un an ou deux de douleurs dites rhumatoïdes. Brusquement s'est ouvert dans l'articulation radio-carpienne un foyer radial d'ostéite tuberculeuse ; d'où l'apparition de symptômes d'arthrite aiguë succédant à la longue période d'indolence qui avait jusqu'alors marqué la lésion bacillaire juxta-articulaire.

Abcès de l'utérus. — *M. Haller* communique l'observation d'un abcès de la paroi utérine survenu quarante jours après un accouchement. Une hystérectomie abdominale sub-totale fut nécessaire et guérit la malade. L'abcès, du volume d'une petite orange, occupait la paroi antérieure de l'utérus et s'était ouvert dans la cavité péritonéale par une perforation du fond de l'organe, près de la corne droite. L'auteur fait une étude succincte des abcès de la paroi de l'utérus.

A propos des fractures de la rotule. — *M. Trèves* présente l'observation suivante, avec les radiographies. Une femme obèse de 30 ans se fracture la rotule droite, puis, huit mois après, la rotule gauche. Cette seconde fracture avait trois fragments. Dans les deux cas le fragment inférieur était beaucoup plus volumineux que le supérieur et présentait, sur la radiographie de profil, une zone de raréfaction osseuse. La malade avait ressenti des douleurs dans le genou quelques semaines avant chaque fracture. Les interventions ont été pratiquées trois jours après les accidents pour attendre la fin de l'hémorragie osseuse. Cerclage au tendon de renne suivi d'un retour normal de la fonction.

De la mastopexie costale transpectorale par voie péri-aréolaire. — *M. Dartigues* propose une technique de fixation de la mamelle de la côte sous-jacente (la 4e généralement) à travers le grand pectoral, en utilisant une petite incision curviligne au niveau de la partie supérieure de l'aréole qui donne accès au pôle supérieur de la glande. Ce procédé qui s'adresse à un premier degré de prolapsus du sein serait aussi applicable par extension aux autres procédés de réfection du sein.

Epithélioma atypique de la langue chez une femme. — *M. Barbet* communique l'observation d'une femme de 60 ans présentant dans la moitié gauche de la langue une tumeur située en plein muscle et qui avait les caractères d'une tumeur bénigne. Ablation simple. La coque conjonctive qui l'enveloppe adhère en grande partie aux fibres musculaires. L'examen histologique a montre un épithélioma atypique de faible malignité.

Fracture de l'épine tibiale et rupture du ménisque interne. — *M. Bressot* (de Constantine) communique l'observation assez rare où l'on a constaté la présence de ces deux lésions. Elles résultent d'un mouvement forcé de rotation interne associé à une hyper-abduction de la jambe. Opération. Section transversale basse de la rotule et des ailerons rotuliens. Extirpation du ménisque. Réfection des ailerons et suture aux crins de la rotule. Guérison avec bon résultat fonctionnel.

La voie transarticulaire, par dessous le tendon rotulien, détaché avec son tubercule d'insertion, pour découvrir et traiter ostéosynthétiquement certaines fractures de l'extrémité inférieure du fémur. — *M. Juvara* (de Bucarest) communique deux observations de fractures de l'extrémité inférieure du fémur qu'il a traitées par cette méthode avec un bon résultat.

Une fracture complexe du coude. — *M. Rœderer* communique ce cas. Il s'agit d'un coude violemment traumatisé dans un accident d'auto : fracture sus-condylienne de la diaphyse humérale, fracture de la coronoïde, luxation du coude en avant et double fracture de l'olécrane.

Gros calcul coralliforme du bassinet et des calices enlevé d'un seul morceau par une pyélotomie postérieure élargie, précédée d'incision transversale haute de la paroi abdominale. — *M. R. Bonneau* présente ce calcul qui mesure 8 cm. de haut sur 5 cm. dans sa plus grande largeur.

Appendicite avec perforation par corps étranger dans un trajet herniaire-inguinal. — *M. Petit de la Villéon* présente un appendice atteint d'infection développée autour d'une arête de poisson qui avait perforé la paroi appendiculaire et déterminé un abcès. Cette appendicite s'est développée dans un trajet herniaire-inguinal très serré. Le diagnostic avant l'opération avait été tumeur du cordon.

Séance du 3 mai 1929.

A propos de la radiothérapie en gynécologie. — *M. Burty* communique le cas suivant : chez une femme présentant des nombreux fibromes utérins, la radiothérapie a tari les hémorragies mais n'a pas empêché l'évolution de l'infection des annexes qui a causé une péritonite généralisée dont la gravité faillit entraîner la mort. La malade, opérée en deux temps, a guéri.

A propos du cerclage métallique de la rotule. — *M. Mansart* communique l'observation d'un blessé auquel, il y a six ans, avait été fait un cerclage de la rotule. Depuis quelques mois ce blessé recommençait à souffrir du genou. Une radiographie permit de voir que le fil de cerclage s'était rompu en plusieurs fragments. L'ablation du fil brisé à fait disparaître les douleurs. L'auteur pense qu'il faut toujours enlever les prothèses métalliques surtout lorsqu'elles sont placées en des régions mobiles.

Trois trépanations pour syndromes épileptiformes. — *M. Brodier* rapporte trois cas de trépanation, faites par *M. Mario Béraud* (de Blida) pour syndromes épileptiformes. Dans le premier cas, il s'agit d'un blessé de guerre qui présentait des troubles psychiques : la trépanation l'a guéri. Le deuxième cas concerne un paludéen qui avait fait une chute sur la tête et qui, treize ans après, eut des accidents d'épilepsie généralisée et d'épilepsie partielle ; la trépanation l'a amélioré ; il s'agit là d'un cas mixte où l'épilepsie névrose a plus de part que l'épilepsie traumatique. Le troisième cas est celui d'un dégénéré épileptique congénital : la trépanation n'a déterminé qu'une amélioration passagère.

Le signe de la carphologie sexuelle dans le pronostic chez l'homme des traumatismes graves du crâne. — *M. Dupuy de Frenelle* fait un rapport sur un travail de *M. Mario Béraud* (de Blida). Celui-ci décrit un signe qui s'observe généralement chez les blessés du crâne dans le coma. Le sujet porte les mains sur les organes génitaux et saisissant entre ses doigts le scrotum ou plus souvent le prépuce exerce sur ces organes des tractions. D'après l'auteur, la constation de ce signe comporte pour le blessé un inévitable verdict de mort.

Sept cas de gastropexie. — *M. V. Pauchet* fait un rapport sur un travail de *M. Max Manon* (de Toulon). L'auteur a fait sept gastropexies pour relâchement de l'estomac ; ses malades ont été soulagés ou guéris. C'est une opération que le chirurgien ne pratique pas assez souvent, le rapporteur résume les indications de la gastropexie.

Un cas de sarcome de l'humérus ayant abouti à la production d'un syndrome d'anémie pernicieuse. — M. *Mornard* fait un rapport sur cette observation de *MM. Scheikevitch et Uteau* (de Biarritz). Il s'agit d'une syphilitique ayant subi en 1925 une désarticulation de l'épaule pour sarcome et qui, en 1928, fit une sévère angine de Vincent suivie d'une anémie grave ayant entraîné la mort en quelques mois. Les auteurs rattachent l'anémie au sarcome, pensant que l'une et l'autre affection ont pour points communs : l'origine infectieuse probable et la nature conjonctive de la néoplasie. Le rapporteur pense au contraire qu'il s'agit là d'un cas d'agranulomatose de Schulz consécutive à l'angine nécrotique ulcéreuse de Vincent.

Les kystes de la région hypophysaire : intra-sellaires, sus-sellaires et mixtes. — *M. Bourguet* fait une étude de ces kystes en partant des données embryologiques. Il explique comment ces diverses variétés de kystes peuvent dériver de la poche rathkidienne, de la portion nerveuse, ou de la zone intermédiaire.

Sur un cas de polydactylie. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une enfant de six mois présentant une main droite avec sept doigts dont deux médius et un doigt surnuméraire cubital informe, inséré à l'auriculaire. L'auriculaire et l'annulaire sont fusionnés. La main gauche a deux médius. Le pied gauche a six orteils dont deux orteils à la place du cinquième et qui sont insérés à un métatarsien unique. Cet enfant est mort subitement sans avoir été opéré. La théorie atavique peut expliquer la pathogénie de cette polydactylie.

Fracture transtrochantérienne du fémur vissée par trois vis. — *M. Dupuy de Frenelle* présente un coureur cycliste chez qui il a « vissé » une fracture transtrochantérienne par trois vis. Soixante jours après l'opération, le blessé a fait 40 à 50 km. par jour à bicyclette. Il a retrouvé toute sa musculature. Ce cas démontre la supériorité de l'opération sur l'immobilisation plâtrée, lorsqu'on veut la récupération intégrale de la musculature et de la souplesse articulaire. L'auteur insiste sur la nécessité de ne pas dénuder la face externe du trochanter. Une simple incision doit suffire. Pour orienter la vis, il se sert d'un guide-vis, plaque dont les griffes encadrent les contours du grand trochanter. Sur cette plaque est soudé un tube dont la direction prolonge l'axe du col du fémur. Les vis, munies d'une mèche perforatrice, sont vissées directement dans l'os à l'aide d'un plante-vis de l'auteur et sans forage préalable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1929.

Luxation du genou selon un axe vertical. — M. *Guillemin* (de Nancy). Rapporteur M. *Mouchet*. La rotation externe du pied est complète.

Le ligament latéral interne et le ligament croisé postérieur sont arrachés.

La réduction est facile sous anesthésie générale. Immobilisation ouatée. Trois mois après, la marche est à peu près normale ; il persiste quelques mouvements de latéralité.

M. *Robineau* a vu une lésion analogue, où la luxation du tibia s'était faite en dedans. Elle était accompagnée d'une luxation de la hanche en avant.

Volvulus du grêle. — M. *Roux-Berger* rapporte cette observation de M. *Hartglass* (de Dourdan). Il s'agit d'un enfant de 14 ans. Une anse à 40 cm. du cæcum est tordue de 180°. Détorsion, fixation de l'anse qui paraît bourrée de corps étrangers. Le traitement anti-helminthique fait évacuer des ascaris.

M. *Thiéry* a vu un cas comparable, où il avait porté le diagnostic d'appendicite.

Fibrome péritonéal. — M. *Roux-Berger* rapporte une observation de **M. de la Marnière** (de Brest). C'était un fibrome pur développé entre la séreuse et les muscles (chez un homme).

Tumeur à myéloplaxes de la synoviale du genou. — M. *Lecène* rapporte une observation de MM. *Négrier* et *Canton*. Crises de blocage. A l'arthrotomie, une petite tumeur dure appendue à la synoviale est réséquée. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur à myéloplaxe, M. Lecène croit qu'il s'agit peut-être d'une réaction inflammatoire à évolution lente plutôt que d'une véritable tumeur.

Drainage systématique après les gastropylorectomies. — M. *P. Duval* fait un rapport sur un travail de M. *Ortolomći* (de Jassy).

L'auteur résèque souvent le duodénum, jusque sur la deuxième portion. Il a eu sept fistules dont une seule a entraîné la mort.

M. Duval se demande si l'on ne blesse pas ainsi des acini pancréatiques. Pour sa part, il ne résèque jamais les ulcères duodénaux vrais et se contente de la gastro-entérostomie.

M. *Cunéo* est du même avis et même n'enlève jamais le fond des ulcères de la petite courbure adhérents au pancréas.

M. *Métivet* préfère les mèches au drain de caoutchouc.

M. *Lenormant* croit que l'ulcère d'estomac n'a pas les mêmes caractères en France et en Allemagne.

M. *Dujarier* ne draine jamais et n'a pas eu de fistule.

M. *Roux-Berger* demande à quoi sont dues les morts après gastropylorectomie.

M. *de Martel* croit que toutes les complications ont comme origine le bout duodénal et pas la tranche gastrique.

M. *Gosset* met toujours un petit drain.

Splénectomie pour purpura hémorragique récidivant. — M. *P. Duval* a revu une malade opérée par lui il y a quatre ans. Or il y a un an, elle a présenté un temps de saignement de une heure. L'anthéma améliora la situation et à l'heure actuelle le temps de saignement est de quatre minutes.

M. *Brocq* a un bon résultat éloigné de deux ans.

Enchevillement par greffons pour tumeurs blanches. — M. *Lance* a employé le simple enchevillement, sans résection concomitante.

Un plâtre est mis pendant trois mois ; puis la marche est autorisée en portant un appareil d'immobilisation. Trois fois, la guérison complète fut obtenue ; trois fois, les lésions restèrent en activité. Le bénéfice fut cependant remarquable par la disparition presque instantanée de la douleur, la diminution rapide des fongosités et la recalcification.

Séance du 8 mai 1929.

A propos des traumatismes du genou. — M. *Basset*. — Jeune homme ayant eu un genou porté en hyperextension il y a deux ans et trois mois, et ayant été plâtré six mois. Aucune lésion osseuse à la radiographie. Il y a eu rupture d'un des ligaments croisés et probablement des ligaments postérieurs, car il y a un léger tiroir.

Les radiographies montrent l'existence d'un butoir implanté sur la partie postérieure du tibia.

Fracture en T de l'extrémité inférieure du fémur. — M. *Morrisson* (de l'Armée). M. *Alglave* rapporteur. Arthrotomie transrotulienne. Fixation des condyles par une seule vis. Cerclage de la rotule. Gouttière plâtrée pendant deux mois. Parésie légère du sciatique poplité externe, qui cesse rapidement. La marche est reprise le 75e jour.

Le rapporteur insiste sur les avantages de l'intervention précoce qui évite l'atrophie et la rétraction musculaire, et même les phlyctènes, mais il reproche à M. Morrisson de n'avoir pas solidarisé l'épiphyse et la diaphyse.

Astragalectomie pour fracture de l'astragale. — M. *Lenormant* rapporte une observation de M. *Soupault*. Le malade avait en plus une fracture ouverte du frontal qui a bien guéri. M. Soupault a fait une astragalectomie, la malléole interne a été vissée au pilon tibial. Le résultat au bout de deux ans est tout à fait bon

Le rapporteur insiste sur les bons résultats de l'astragalectomie à la condition d'employer une bonne technique et surtout des soins post-opératoires bien suivis. Il faut en particulier reporter le pied le plus en arrière possible, ce qui est parfois difficile, M. Soupault propose alors de sectionner les ligaments tibio et péronéo-calcanéens.

M. *Alglave* pense que la fracture de la malléole interne observée est obtenue par des traumatismes en varus.

Torsion de l'ovaire sain. — M. *Auvray* rapporte une observation de M. *R. Bernard*.

Femme enceinte présentant une crise douloureuse abdominale. M. R. Bernard trouve une tumeur latéro-utérine, et pose le diagnostic de grossesse extra-utérine. A la laparotomie l'ovaire est tordu, et c'est l'ovaire seul. Aucun kyste. La grossesse a suivi son cours et la malade a accouché d'un enfant vivant.

La torsion d'un ovaire sain est tout à fait exceptionnelle : Aucun cas n'avait été encore publié. D'ailleurs, il n'existe encore que sept cas connus de torsions des annexes saines au cours de la grossesse.

Gangrène pulmonaire. — M. *Grégoire* relate une observation de M. *Fruchaud* (d'Angers). — Jeune homme de 25 ans, atteint d'une gangrène pulmonaire de le base du poumon droit. Un pneumothorax amène une petite amélioration. Une phrénicectomie n'a aucun résultat.

Injections d'huile goménolée qui amène une pleurésie purulente. Drainage. Au bout de deux mois, il fait une thoracoplastie en deux temps sur les douze côtes. Guérison.

La pneumotomie ne donne que des résultats incomplets qu'il faudra ultérieurement compléter par une autre opération.

M. *P. Duval* montre qu'il n'y avait plus, au moment où l'auteur a fait la thoracoplastie, de gangrène pulmonaire vraie, mais une simple suppuration pulmonaire.

Paraplégies pottiques. — M. *Sorrel* reprend avec détails la classification de ces paraplégies qu'il a proposée avec Mme Sorrel. Il cite deux observations récentes à l'appui de sa thèse.

A propos des métastases provoquées par la radiumthérapie. — M. *Guibal* (de Béziers). — Un homme atteint de cancer de la prostate est traité par une application de radium. Métastases dans la verge deux mois après. Une femme traitée pour un cancer du col utérin a eu, cinq mois après, une métastase au niveau du clitoris, qui disparait à la suite d'un traitement radiothérapique. L'homme, au contraire, n'a pas guéri à la suite de l'application des rayons X. Emasculation totale. Guérison apparente, mais mort de métastases trois mois après. De même, la femme dont il s'agit plus haut a récidivé et a fini par mourir.

M. *J.-L. Faure* montre que cette action métastatique du radium existe sûrement.

Invagination chronique. — M. *Pouliquen* montre, à l'aide de plusieurs observations, que la méthode du lavement bismuthé peut être dangereuse et n'est pas toujours efficace.

G. Menegaux.

La médecine des assurés sera une médecine de second ordre, elle coûtera très cher et elle sera entre les mains des médecins marrons et de ceux que le besoin aura obligés à accepter à contre cœur les conditions fixées par les Caisses.

Professeur Vanverts.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Dermato-vénéréologie.

Sur une demande en autorisation de mariage d'un syphilitique.

Par le Dr Louis BORY.

Il nous arrive parfois de recevoir des lettres de malades nous demandant des conseils, ce qui nous met dans l'obligation de les leur donner également par lettres ; de pareilles consultations par correspondance sont toujours fort délicates et l'effort de réflexion, le temps qu'elles nous demandent, restent toujours insoupçonnés du malade, que froisserait beaucoup certes un envoi d'honoraires à leur sujet. Et cependant, elles engagent davantage notre responsabilité que ne le ferait une visite à notre cabinet : *Scripta manent.* Si nous sommes obligés déjà à mesurer nos paroles, combien ne devons-nous pas peser les termes de nos écrits.

Voici le résumé d'une longue lettre reçue d'un Français inconnu habitant la Chine :

Fin décembre 23, chancre induré, traité par novarsénobenzol : « des plaques muqueuses font une vague apparition et disparaissent rapidement. Traitement sérieusement suivi, bismuth et arsenic alternés. Trois Wassermann, tous négatifs en juillet 25, novembre 26, septembre 27, ce dernier suivi d'une série finale de bismuth. »

Nouvelle infection en juillet 28 ; chancre du méat ; nombreux tréponèmes à l'ultra ; soins immédiats : 16 injections d'acétylarsan et 20 de cyanure de Hg, alternées, tou s les jours. En octobre, 8 acétylarsan et 8 cyanure, comme ci-dessus. Jusqu'au 15 novembre, stovarsol par la bouche. Wassermann négatif, le 5 décembre à Hong-Kong ; cependant, à la suite , injections de novar (0,45 chaque semaine).

« Je suis cependant anxieux... J'ai 29 ans. Me conseillez-vous de me marier et quand ?... J'ai précisément une jeune fille etc. :

1° Puis-je me marier ou serait-il préférable socialement que je reste célibataire ?

2° Si vous estimez que je peux me marier, à partir de quelle date, le pourrai-je ?

3° Pourrai-je avoir des enfants bien constitués ou dois-je m'abstenir d'en faire ? au moins pendant quelques années ?

4° Si je me marie, me conseillez-vous de dire franchement la situation à ma femme avant ou après le mariage ?

5° Pourquoi retarde-t-on le mariage des gens qui n'ont plus d'accidents et dont les réactions sont négatives depuis plusieurs mois. Ne serait-il pas possible de se marier plus tôt, tout en continuant à prendre les précautions pour conserver la santé et ne pas avoir d'enfants ?... »

A ces questions précises, voilà la réponse que j'ai cru pouvoir faire :

« Le problème que vous me posez est assez grave en soi pour que sa solution ne puisse vous être donnée sur les simples documents que votre lettre me transmet. Je ne donne le conseil du mariage qu'à des malades qu'il m'a été donné de suivre personnellement et si, depuis trois ans au moins, aucun accident d'ordre spécifique n'a été observé, toutes réactions étant négatives dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien.

Cela vous permettra déjà de conclure un peu pour vous-même. Tout d'abord, il ne vous est pas interdit de vous marier jamais. Mais, d'autre part, vous avez eu récemment, il y a six mois (ma réponse est datée du 1er février 1929), un accident chancriforme à tréponèmes : récidive d'une affection mal éteinte ou réinfection, peu importe ; cela commande un traitement d'attaque de quelque durée, avec intervention des arsénobenzènes à doses suffisantes (0,45 par semaine sont une dose insuffisante). Je ne peux que vous conseiller, sous toutes réserves, puisque j'ignore tout de votre organisme et de sa tolérance aux médicaments, de faire — avant de songer au mariage — les trois semestres de cure ci-dessous :

Pour un semestre, trois séries :

1° Novarsénobenzol intra-veineux. Progression habituelle des doses (en centigrammes) 15, 30, 45, 60, 75, 90, la dose maxima à atteindre doit être de un centigramme et demi par kilo, 1 gr. 05 si vous pesez 70 kgr. et cette dose maxima sera répétée deux ou trois fois suivant la tolérance. Les premières injections seront faites à cours intervalles, 2 jours, puis 4, puis 5, puis 6, puis 7.

Trois semaines de repos.

2° Bismuth lipo-soluble (Bivatol), 12 à 15 injections ; trois d'abord, puis deux par semaine.

Quatre semaines de repos.

3° Novar, comme ci-dessus ; commencer à 0,30 et sauter 0,45.

Six à huit semaines de repos.

Le deuxième semestre comportera une série de novar seulement, intercalée à deux séries de bismuth.

Le troisième semestre comportera, en place du novar, une série d'acétylarsan et la dernière série de bismuth pourra être remplacée par une série mercurielle (huile grise à l'argent par exemple).

Après cela, et dans les conditions ci-dessus exposées, je crois que vous pourrez contracter mariage et avoir une postérité saine.

Voilà, Monsieur, tout ce que je peux vous dire par lettre ; le reste ne pourrait être exprimé que dans un entretien et après examens personnellement faits par moi-même, y compris les réactions sérologiques.

Je peux simplement ajouter que les réactions négatives ne sont pas un critérium de guérison ; elles sont cependant une importante présomption, quand la négativité et l'absence de tout symptôme coïncident depuis deux ans. Si vous pensez que votre éventuelle fiancée consentira à retarder d'autant votre union, elle le fera d'autant mieux que vous lui aurez exposé les raisons de votre retard et que vous lui aurez ainsi fait comprendre toute l'honnêteté de votre conduite. »



REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Thérapeutique

La diathermothérapie dans le syndrome « péricolite droite ».

Si, disent MM. Gaston Durand et Delherm (*Presse médicale*, 12 janvier 1929), par guérison on entend la disparition des adhérences, il est difficile d'affirmer que la diathermie, comme du reste tous les autres procédés thérapeutiques, peut donner le résultat idéal.

Cependant, le fait que sur 21 malades, 10 ont été très améliorés ou cliniquement guéris pour un long temps après la cessation de la diathermie, paraît digne d'être retenu.

Les chances d'efficacité de la diathermie sur l'élément douleur sont en rapport avec le plus ou moins d'ancienneté de la maladie ; les risques d'échec dépendent pour une part du degré d'accentuation de l'état névropathique, acquis ou constitutionnel du malade.

Cette méthode thérapeutique ne peut et ne doit pas être envisagée comme un mode exclusif de traitement des états douloureux imputés, quelquefois à tort, à la périviscérite étendue, mais comme une des marques de ce traitement. Le repos dans toute la mesure du possible, un régime alimentaire surveillé, une médication exonératrice, qui ne soit pas irritante pour l'intestin déjà malade : tels sont les compléments indispensables de la cure. La vaccinothérapie (autovaccins tirés des fèces du malade) peut avoir sa place dans cet arsenal thérapeutique.

Pour activer la formation du cal dans les fractures osseuses

D'après MM. Glaesoner et Hass (*Presse médicale*, 6 février 1929), l'extrait thymique, qu'ils ont essayé sur les animaux et sur l'homme, déterminerait une accélération dans la consolidation des fractures.

Traitement des furoncles et des anthrax par le bactériophage de d'Hérelle.

On peut, dit M. Raiga (*Presse médicale*, 2 février 1929), lutter contre la furonculose sous toutes ses formes, bénignes ou graves, grâce au bactériophage, sans avoir recours aux incisions chirurgicales larges et mutilantes.

Mais il faut que le bouillon utilisé contienne une grande quantité de staphyphages. Il faut que l'attaque de l'anthrax soit, en même temps, locale par pansements, s'il est ulcéré, par injections dans les cas contraires, et générale, par plusieurs injections sous-cutanées de 2 cmc. faites tous les deux jours jusqu'à concurrence de quatre.

En se conformant à ses règles, M. Raiga a pu obtenir 95 p. 180 de succès immédiats et 84 p. 100 de guérisons sans récidives précoces, grâce au bactériophage de d'Hérelle.

Le traitement médical du glaucome.

Voilà plus de trente ans que M. Abadie (*Presse médicale*, 16 février 1929) soutient que le glaucome est une maladie non de l'œil lui-même, mais du grand sympathique oculaire destiné à régler sa nutrition, se traduisant par une excitation des vaso-dilatateurs des vaisseaux de l'œil ayant pour conséquence l'hypersécrétion des liquides intra-oculaires et par suite l'hypertension.

Cette conception l'a amené à prescrire le traitement médical suivant :

Deux cuillerées à soupe par jour, 1/4 d'heure avant les repas de :

Ergotine fluide	2 grammes
Chlorure de calcium	20 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères	100 grammes
Eau	200 grammes

Instillations trois fois par jour dans les yeux de II à III gouttes de la solution suivante :

Nitrate de pilocarpine	0 gr. 20
Eau distillée	10 gr.

Enhardi par le succès, M. Abadie a étendu ce traitement à toutes les formes de glaucomes aigus, subaigus, hémorragiques, chroniques simples et toujours avec d'heureux résultats.

Traitement de l'artérite oblitérante par la radiothérapie.

On peut, d'après MM. Delherm et Beau (*Paris médical*, 2 février 1929) améliorer considérablement certains cas d'artérite oblitérante par l'irradiation de la région vertébrale (entre D_{10} et L_3 pour les membres inférieurs.) L'amélioration se produit dès les premières séances de rayons X. il y a lieu de faire des séries courtes de séances de radiothérapie moyennement pénétrante. Les séries seront séparées par un intervalle d'au moins un mois à six semaines pour éviter l'accoutumance de l'organisme aux rayons X.

Entre les séries de rayons X, les auteurs préconisent le traitement diathermique du membre à la condition que ce traitement soit fait dans certaines conditions indispensables de technique en associant les rayons infra-rouges ou les bains de lumière locaux et, si possible, quelques séances de lit condensateur pour agir sur l'ensemble des échanges de l'économie et sur les glandes endocrines. Enfin les médicaments antispasmodiques et anticoagulants seront avantageusement associés à la cure ainsi que les bains carbo gazeux s'ils sont possibles ; et les prescriptions d'hygiène prophylactique de la sclérose artérielle et du spasme ne devront évidemment jamais être négligées.

Le traitement local des acnés

Voici comment MM. P. Blum et J. Meyer conçoivent un traitement d'acné (*Bulletin médical*, 24-27 avril 1929)

1° Traitement hygiéno-diététique. Il importe de manger lentement, de prendre peu de pain frais, d'éviter la constipation, d'exciter le fonctionnement du foie, au besoin de suivre une cure opothérapique.

2° Traitement local antiseptique : alcool-éther, crème d'Alibour soufrée, etc...

3° Après quelques semaines, et tout en continuant le traitement général, essayer soit le bactériophage, soit l'actinothérapie. Le bactériophage est plus indiqué dans les formes très infectées ; l'actinothérapie dans les formes très congestives. En cas d'échec avec l'une des méthodes, essayer l'autre. Il y a bien des chances, pour que l'on ait une amélioration proche de la guérison.

4° Traitement des plages de rosacée à la neige carbonique.

5° Traitement d'entretien par des antiseptiques, et, éventuellement, par des irradiations périodiques, à raison d'une séance tous les mois ou tous les deux mois.



VARIÉTÉS

Ce que pensait un médecin — il y a cent ans — de la création d'un ordre des médecins.

Il y a un siècle — sous le règne de Charles X — il était déjà question de créer un ordre des médecins. On se préoccupait non moins vivement qu'aujourd'hui de maintenir les médecins à la hauteur de leur profession, de la manière et des moyens d'exercer la médecine honorablement, de remédier à l'avilissement de la dignité professionnelle, conséquence de la tourmente révolutionnaire.

Fodéré, professeur de médecine légale à Strasbourg était partisan de la création d'un ordre des médecins. Or, comme aujourd'hui, cette idée ne ralliait pas tous les suffrages. Il nous paraît intéressant de reproduire ce qu'écrivait en 1829 — il y a donc exactement un siècle — le Dr Muret (1), adversaire de cette institution qui lui paraissait ou inutile ou dangereuse.

« ..... Sachons s'il n'est aucun moyen de remédier à ces maux, et examinons d'abord l'opinion de M. Fodéré à ce sujet. Ce savant professeur voudrait créer un ordre médical ; il croit qu'il serait très convenable qu'il existât « un conseil supérieur composé de tous les médecins et chirurgiens, tant ordinaires que consultants, du Roi ou de la famille royale, et d'un certain nombre de membres distingués en mérite, nommés par leurs confrères, ou seulement de ceux-ci, ce qui n'importerait pas l'idée de privilège.

Les attributions de ce conseil seraient d'être le conservateur des lois et des règlements sur l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, de nommer les membres des conseils de santé des départements et de les révoquer dans des cas prévus : d'exercer la surintendance sur toutes les eaux minérales du royaume, d'en nommer et d'en révoquer les inspecteurs : de donner des instructions et de maintenir la discipline parmi toutes les personnes qui exercent un état quelconque,

(1) Dr R. Muret. — Lettres sur quelques-uns des inconvénients qui sont attachés à la pratique de la médecine et sur les moyens de les faire disparaître (in-8° 1829.) Charles Béchet, libraire 57, quai des Augustins, et chez Millon jeune, libraire, 6, quai Vilbrog, Lyon.

direct ou accessoire à l'art de guérir. Les fonctions seraient gratuites.

« Les attributions des conseils de santé des départements seraient de nommer les médecins cantonaux, et de les révoquer pour des fautes graves ; de servir de conseil aux administrations en tout ce qui concerne la santé publique, et aux tribunaux pour les questions médico-légales, de surveiller directement et immédiatement l'exécution des lois relatives aux diverses branches de l'art de guérir ; d'inspecter, quand ils le jugeraient necessaire, les pharmacies et les drogueries ; de maintenir la dignité de l'art, et de veiller sur la conduite et sur les mœurs des personnes qui l'exercent. Ils devraient être investis d'un certain pouvoir judiciaire, avec droit de suspendre de la faculté d'exercer, sauf appel au conseil supérieur. Leurs fonctions seraient temporaires et purement honorifiques.

« Les attributions des médecins cantonaux seraient de servir de conseils aux sous-préfets et maires ; de faire les rapports en justice, à l'exclusion de tout autre ; d'être les médecins des hôpitaux de leur résidence, de servir gratuitement les pauvres ; de propager de plus en plus la vaccine ; d'exercer une surveillance active sur l'art de guérir dans leur canton, et d'en éloigner les empiriques et les charlatans, d'éloigner des campagnes les sages-femmes ignorantes, pour leur substituer celles qui ont été reçues dans les écoles ; de remplacer les médecins des épidémies dont les fonctions cesseraient, d'éclairer leurs concitoyens sur les maladies des bestiaux, et autres sujets importants d'hygiène publique d'entretenir enfin une correspondance active avec le conseil de salubrité de leur département. Ces médecins seraient salariés sur les centimes additionnels des communes composant le canton où ils résideront. »

C'est là une utopie dont l'exécution n'apporterait pas d'aussi grands avantages que son auteur semble se le promettre.

Le conseil supérieur serait un tribunal suprême qu'on ne peut établir aux termes de la Charte, et dont les pouvoirs seraient de véritables privilèges : et il ne faut pas de privilèges !

Les attributions qu'il accorde aux conseils de salubrité des départements donneraient lieu à de grands maux. S'ils sont investis d'un pouvoir judiciaire, s'ils ont le choix de censurer la conduite des médecins, il faudra qu'ils fassent des enquêtes, qu'ils entendent des témoins pour prononcer un jugement. Les secrets des familles ne seront-ils pas ainsi mal à propos dévoilés ? Et puis, n'est-ce pas ouvrir à la jalousie et à l'envie toujours prêtes à nuire, une carrière libre et sans limites ? N'est-ce pas jeter parmi les médecins des semences de discorde qui germent déjà beaucoup trop ? Et ne savons-nous pas que pour l'homme public, un soupçon même injuste qui a pesé sur sa conduite, est une espèce de flétrissure que le temps a de la peine à faire disparaître ? S'il est absous par le conseil de santé, beaucoup de personnes malveillantes diront encore : « On n'a pas tout su, on n'a pas pu tout prouver. » N'innovons pas sans nécessité ?

Nous avons des lois qui punissent les médecins prévaricateurs ; le soin de leur exécution est confié aux magistrats : pourquoi vouloir d'autres gardiens ? Ceux-là ne sont-ils pas suffisants ? *Ne faisons pas aux médecins en général l'injure de penser qu'ils ont besoin d'être environnés d'un appareil presque aussi terrible que celui des cours prévôtales, pour ne pas abandonner le chemin de l'honneur.* M. Fodéré veut encore que ce conseil ait le droit de suspendre la faculté d'exercer, sauf appel au conseil supérieur

Lorsqu'on aura enlevé à un médecin le droit d'exercer, quels moyens lui donnera-t-on pour en appeler au conseil supérieur, qui aura sa résidence à Paris ? Ne craint on pas que le conseil supérieur, qui sera fortement prévenu par la décision du conseil de santé, ne maintienne cette décision qui pourra avoir été surprise ? Et comment veut-on qu'un médecin isolé dans une petite ville ou dans une campagne, privé de protecteurs, puisse faire entendre sa faible voix à une si grande distance ? Ne connaissez-vous pas les hommes ? Ils sont sujets à l'erreur,

faciles à être trompés, et par une fatalité inconcevable, toujours disposés à croire le mal plutôt que le bien.

Mais le médecin à qui le conseil de santé a suspendu la faculté d'exercer, a été réintégré dans l'exercice de ses fonctions par le conseil supérieur ; quel dédommagement aura-t-on à lui offrir pour le mal qu'on lui aura causé ? Vous n'ignorez pas qu'un médecin qui a une clientèle nombreuse, la perd en fort peu de temps s'il s'absente ; il la perdra bien plus promptement encore s'il est interdit dans l'usage de ses fonctions. Il se verra donc forcé de changer de domicile ou de renoncer à son état !

Ce sont là des projets auxquels il faut renoncer ; mais aujourd'hui on parle de chambres de discipline. M. le ministre de l'Intérieur demande :

« Quel serait le meilleur mode d'organisation des chambres de discipline ?

« Comment devrait être tracé le cercle de leurs attributions ?

« Jusqu'où pourrait aller leur droit de censure ? »

Bien des médecins croient que les chambres de discipline sont nécessaires. Frappés des abus nombreux que produisent le charlatanisme et l'ignorance, ils ont pensé qu'il fallait des moyens positifs pour les réprimer.

En ne voyant les choses que superficiellement, on est tout d'abord tenté de croire que l'institution d'un jury composé de médecins aurait les plus heureux résultats. Les médecins qui seraient accusés obtiendraient plus de justice des confrères qui prononceraient avec connaissance de causes, que d'hommes, justes, il est vrai, mais absolument étrangers à l'art de guérir. A cela je réponds qu'il est beaucoup de délits que peut commettre un médecin, et que tout juré peut apprécier, et s'il en existe qui ne peuvent être bien jugés que par des médecins, au moins est-il sûr qu'ils sont rares, et l'on peut dire encore qu'il est à peu près impossible de les atteindre.

Si l'on crée un jury médical, un code médical devient indispensable ; car on ne voudrait pas donner à des hommes, quelque vertueux qu'ils soient, un pouvoir sans limites. Et si l'on crée un code médical, on met des bornes à l'art de guérir, qui n'en a pas ; on empêche un génie supérieur de prendre son essor.

Une chambre de discipline doit être investie d'un certain pouvoir, elle aura sans doute à prononcer sur les médecins qui manqueront à la dignité de leur art, sur ceux à qui l'ignorance fera commettre de trop fréquentes erreurs ; mais, Monsieur, qui dénoncera les médecins vils ou ignorants ? qui voudra se charger de cette triste fonction ?..... Je le répète, il y aura peu d'ignorance chez les médecins, aussitôt que les Facultés de médecine voudront apporter plus de sévérité dans l'examen des candidats ; les vices qu'on reproche aux médecins disparaîtront, parce qu'ils seront flétris par l'opinion publique, et nos lois sont à peu près suffisantes pour atteindre les crimes dont ils peuvent se rendre coupables.

Je suppose un médecin accusé d'ignorance par devant une chambre de discipline. On lui impute la mort d'un ou de plusieurs malades : comment cette chambre procédera-t-elle pour faire son procès à ce médecin ? On l'accuse d'ignorance ! Il exhibe son diplôme. Il faudra donc ainsi qu'elle fasse son procès à la Faculté qui l'aura revêtu de de son titre ? — Son malade est mort parce qu'il ne l'a pas traité convenablement — qui le prouvera ? Il pouvait à son gré employer telle ou telle méthode ; et en cela il est plus favorisé que les médecins d'Egypte, qui étaient condamnés à la peine de mort s'ils perdaient les malades

qu'ils soignaient, en s'écartant des préceptes renfermés dans les livres d'Hermes.

Qui osera prononcer sur telle ou telle méthode ? Depuis Hippocrate jusqu'à nous, combien de doctrines opposées ! et cependant toutes ont eu leurs partisans, toutes, il faut le dire, ont eu leurs succès. Aujourd'hui plusieurs méthodes partagent le monde médical, et chaque jour nous voyons des médecins distingués, même célèbres, employer des méthodes opposées, parler hautement de leurs succès et s'accuser réciproquement de mensonge ou d'ignorance.

Vous ne pensez pas que si la commission de censure qu'on se propose d'établir (car je ne crois pas devoir l'appeler chambre de discipline) était appelée à prononcer sur un médecin qu'on accuserait d'ignorance, elle aurait le droit de condamner une méthode et d'en sanctionner une autre. Il y a plus : pourrait-elle apprécier toutes les causes de destruction qui ont conduit le malade à la tombe ? La mort la plus inopinée est-elle toujours le fait de l'imprévoyance ou de l'ignorance du médecin ? Non sans doute, dira-t-on : mais dans ces cas, la commission absoudra *Elle absoudra ! Je n'en doute pas ; mais croyez-vous que sitôt cette justice rendue, le médecin qui aura été accusé retrouvera la confiance que l'accusation seule lui aura fait perdre ? Détrompez-vous, il ne la retrouvera plus.*

Je me résume et je dis que le moindre défaut d'une chambre de discipline pour les médecins, semblable à celle des avocats, serait d'être inutile. Si l'on en fait une commission de censure, elle servira souvent de prétexte à ces hommes méchants qui aiment à nuire, et qui répètent tout bas cette affreuse maxime : « Calomnions, calomnions, il en restera toujours quelque chose. » Enfin, si l'on en fait un jury médical, il s'écarte de l'esprit et de la lettre de la Charte, qui a consacré le principe de la liberté dans l'exercice de toutes les professions, et qui défend expressément toute création ou formation de commissions extraordinaires, qu'elle n'a pas prévues. Il y est dit, art. 62 : « Nul ne pourra être distrait de ses juges naturels » ; et art. 63 : « Il ne pourra, en conséquence, être créé de commissions et tribunaux extraordinaires, etc ».

Mais, Monsieur, les médecins qui réclament des chambres de discipline ou des commissions de censure, ne ressemblent-ils pas un peu aux grenouilles qui demandaient un roi à Jupiter ? »





BIBLIOGRAPHIE

La nouvelle Cythère (Tahiti). Journal de navigation inédit à bord de la frégate du Roy *La Boudeuse*, commandée par M. le Chevalier de Bougainville. Avant-propos de Jean DORSONNE. 1 vol. avec 2 hors texte couleurs et 2 monochromes. Prix : 18 fr. Editions Duchartre et Van Buggenhoudt, 15, rue Ernest-Cresson, Paris.

Documents inédits des plus vivants et piquants en marge de la relation officielle de Bougainville.

Les derniers sauvages. La vie et les mœurs aux Iles Marquises (1842-1859), par Max RADIGUET. Avant-propos de Jean Dorsonne. 16 illustrations inédites en hors-texte d'après les dessins exécutés sur place par Max Radiguet. 1 vol. Prix : 33 fr. Editions Duchartre et Van Buggenhoudt, 15, rue Ernest Cresson, Paris.

Entre tous les ouvrages consacrés à l'archipel des Iles Marquises, les *Derniers sauvages* est sans conteste le plus pittoresque, le plus varié et celui dont la lecture est la plus aisée et le plus agréable.

Lettres de Napoléon à Joséphine, réunies et préfacées par le Dr Léon CERF. 1 vol. 200 p., 16 hors-texte héliotypiques, 1 vol. : 25 fr. Editions Duchartre et Van Buggenhoudt, 15, rue Ernest-Cresson, Paris.

Napoléon ne fut pas l'époux de Joséphine : il fut son amant. De là l'intérêt de ce volume qui réunit, pour la première fois, toutes les lettres actuellement connues de Napoléon à Joséphine. Contrairement à la plupart des recueils fragmentaires antérieurs, la présente édition publie les lettres sans en rien retrancher. L'illustration : fac-similes de lettres, portraits, lieux habités par les illustres amants, donne un caractère particulièrement vivant à ce livre de luxe agrémenté d'une excellente préface du Dr Léon Cerf.

Devons-nous vivre nus ? par H. NADEL. I. *La nudité à travers les âges*. Préface du Dr Vachet, professeur à l'Ecole de psychologie. Editions de « Vivre intégralement », 2, *bis*, rue de Logelbach, Paris (XVIIe). Prix : 20 francs.

Voici la première histoire de la nudité humaine. Rien de grivois ni de pornographique. Mais de très nombreux faits, méthodiquement classés par un chartiste, et d'où se dégagent des idées nouvelles et fécondes.

Les Grecs anciens glorifiaient le corps, nous le cachons comme une chose honteuse. D'où vient ce changement ? On a coutume d'en rendre responsable le christianisme, sans se rappeler que les premiers chrétiens, loin de blâmer la nudité, l'associaient aux cérémonies purificatrices.

H. Nadel prouve que la condamnation du nu est antérieure de milliers d'années à l'ère chrétienne. On la rencontre dès l'époque aurignacienne, et elle se rattache au tabou sexuel. Comment les peuples les plus civilisés de l'antiquité purent s'affranchir de cette superstition, comment elle contamina la morale chrétienne aux IIIe et IVe siècles, on le trouvera exposé très clairement dans ce livre, destiné au plus grand retentissement par la hardiesse de ses vues et l'abondance de sa documentation.

Indispensable aux professeurs comme aux étudiants, *La Nudité à travers les âges* sera demain l'ouvrage classique que l'on trouvera dans toutes les bibliothèques de ceux qui s'intéressent à l'histoire des arts, des mœurs, de la civilisation, des curieux du passé comme de ceux qui ont souci de l'avenir.



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 13 mai. Mme BOHN. Mortalité infantile et placement du nourrisson séparé de sa mère. — M. RODRIGUEZ. Les hernies occultes. — M. BALLON. Etude du traitement de l'invagination de la première enfance.

14 mai. — Mlle VOGT. Tumeurs cérébrales chez l'enfant. — M. SIMON. Asile national des convalescents de Saint-Maurice. — M. BEZANÇON. L'inondation péritonéale en dehors de la grossesse extra-utérine.

16 mai. — Thèses vétérinaires : M. SORNICLE. Sur le fromage de Saint-Benoits.

18 mai. — M. LACAPÈRE. Etude sur le mode d'action des eaux minérales. — M. NATHAN. Etude de l'adénomyome de la femme.

22 mai. — Thèses vétérinaires : M. MONVOISIN. Pathologie de la hernie inguinale étranglée chez le cheval.

23 mai. — M. LEROY. Considérations sur la cuti-réaction différentielle à la tuberculine. — M. CONTE. L'action des traitements sur les troubles fonctionnels du tabes. — M. LAINÉ. Le Centre régional de lutte contre le cancer (Nantes 1924-1929.)

25 mai. — M. BUREAU. La carence sérologique au cours de certaines syphilis secondaires. — M. CAUMARTIN. L'adénome solitaire du foie au point de vue chirurgical. — M. TENDRON. L'insulinothérapie chez les athrepsiques. — M. DAUNIC. Etude du traitement des états parkinsoniens par le datura.

Syndicat des dermatologistes, syphiligraphes et vénéréologistes français. — A la date du 18 avril 1929, a eu lieu la première assemblée générale du Syndicat des dermatologistes, syphiligraphes et vénéréologistes français.

L'assemblée générale a constitué son bureau de la façon suivante : MM. Hudelo, président ; Milian, Petges, Pautrier, Carle, vice-présidents ; Fernet, secrétaire général ; Payenneville, secrétaire général adjoint ; Rabut, trésorier.

Le Conseil d'administration comprend 12 membres parisiens, 12 membres provinciaux : MM. Ravaut, Tovraine, Marcel Pinard, Emery, Jeanselme, Sabouraud, Gastou, Fouquet, Civatte, Flandin, Bory, Legrain, Nicolas, Joulia, Spillmann, Danel, Margarat, Hufschmidt, Bodin, Dhatellier, Vigne, Malherbe, Montpellier et Mallein.

Le Syndicat comprend 120 membres fondateurs.

Les médecins spécialistes qui désireraient faire partie du Syndicat sont priés d'adresser leur demande à M. Fernet, secrétaire général, 11, rue de Sontay, Paris (XVIe.)

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — — Un emploi de directeur du laboratoire de chimie au Service du Contrôle des médicaments antisyphilitiques sera vacant en juin prochain.

Les personnes qualifiées qui désireraient poser leur candidature à ce poste, sont invitées à adresser, dès maintenant, leur demande au Secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte, où elles pourront, si elles le désirent, se renseigner sur la fonction dont il s'agit et les émoluments qui y sont attachés.

Lyon. — Le concours ouvert pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la désignation de M. le docteur Marcel Bernheim.

Deuxième tombola de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (Société F. E. M.) — Pour la seconde fois le Comité de cette société dont les charges vont augmentant, le nombre des misères à soulager allant croissant, a décidé d'organiser une tombola. Parmi les nombreux lots offerts par celle-ci on compte :

Une quarantaine d'œuvres de médecins et de femmes de médecins artistes : peintures, sculptures, gravures, des livres, des stylos, des broderies, soit environ cent cinquante lots. Les lots artistiques seront visibles au Salon des médecins pendant toute sa durée au Cercle de la Librairie, 117, bd. Saint-Germain, du 26 mai au 5 juin. Le tirage de cette tombola se fera le vendredi 14 juin, à quatre heures de l'après-midi aux Journées médicales de Paris, Palais des expositions, Porte de Versailles, dans la salle attenant à celle des conférences. (Les billets du prix de cinq francs chaque, seront vendus :

1° Au Salon des médecins pendant toute la durée de son exposition ,

3° A l'Exposition des Journées médicales du 9 au 12 juin ;

2° Dr WATELET, secrétaire général de l'Œuvre, 21, rue Violet Paris (XVe.) ;

4° Au Siège social de l'Œuvre, 5, rue de Surène (Paris VIIIe.)

Tous nos confrères et les leurs tiendront, nous n'en doutons pas, à apporter leur obole, sous la forme d'achat de billets, à cette œuvre si belle et si nécessaire à laquelle se dévouent plusieurs femmes de nos confrères.

Fondation des amis de J.-A. Sicard. — Les amis, les collègues et les élèves du Professeur J.-A. SICARD, ont décidé de placer son effigie en médaillon dans la salle de l'hôpital Necker où il donnait ses consultations. Ils ont aussi l'intention de constituer sous le nom de Fondation des Amis de J.-A. Sicard, un capital dont les revenus serviront, sans exigence de titres et sans distinction de nationalité, soit à soutenir des chercheurs dans leurs expériences de laboratoire, soit à leur faciliter l'exposé de leurs découvertes dans des conférences ou des publications, à la seule condition que leurs études portent sur la physiopathologie ou la thérapeutique du système nerveux ou sur une question de biologie générale.

Une reproduction du médaillon sera adressée à chaque souscripteur.

Envoyer les souscriptions à MM. Masson et Cie, trésoriers, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), par chèque, mandat ou chèques postaux n° 599.

Les souscripteurs étrangers pourront remettre leurs dons aux membres du Comité de leur pays qui les transmettront.

Les abus de la réclame pharmaceutique. — Le Dr Paul Boudin publie sous ce titre, dans le *Concours médical* du 19 mai 1929, cet entrefilet suggestif qui montre une fois de plus combien certains pharmaciens ont peu de sens psychologique :

« Un de nos abonnés nous communique la trouvaille, qu'il vient de faire sur l'inscription, portée sur une boîte en carton, entourant un tube de métaspirine.

« 1, 2, 4 et même 6 comprimés par jour, *selon l'avis du pharmacien, ou la prescription du médecin.* »

« Voilà un exemple de publicité faite directement auprès du public : pourquoi ce dernier irait-il dépenser son argent, en demandant une consultation à son médecin.

« Plus économiquement, tout en achetant un tube de métaspirine, il obtiendra gratuitement du pharmacien l'avis nécessaire pour se soigner et se guérir sans médecin.

« Et dire qu'il existe encore des pharmaciens, qui se demandent pourquoi le Corps médical se refuse à prescrire les spécialités, dites non médicales, c'est-à-dire celles qui font de la publicité dans le grand public, au lieu de borner leur action à la publicité exclusive dans les journaux médicaux ?

« Il y a suffisamment de produits spécialisés de premier ordre, qui ne se font connaître que du monde des praticiens, pour que, sans dommage pour nos clients, nous puissions dédaigner ceux qui s'adressent au grand public, en détournant ce dernier du chemin du cabinet médical.

« En effet, prôner, dans les milieux extra-médicaux, les vertus curatives de tel ou tel produit, c'est inciter les clients à se passer du ministère du médecin et à acheter directement chez le pharmacien le médicament curateur.

« C'est également consacrer l'habitude prise par les pharmaciens, en violation de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, ainsi conçu :

« Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales, ou drogues composées quelconques, que d'après la prescription qui en sera faite par des docteurs en médecine, ou par des officiers de santé et sur leur signature. »

« Cet article est lettre morte : Quel est le pharmacien de France, qui n'a pas à se reprocher chaque jour la vente de médicaments quelconques, sans ordonnance du médecin ?

« Cette illégalité est tellement entrée dans les mœurs que le fabricant de la métaspirine ne craint pas d'indiquer, sur ses boîtes, que le malade pourra prendre telle quantité du produit, sur avis du pharmacien.

« Que faire ?

« Poursuivre le pharmacien fabricant serait illusoire, car il n'y a que tentative de délit, non punissable par le Code pénal.

« Il nous semble préférable de signaler la chose au docteur Coldefy, secrétaire de l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine.

« Au nom des syndicats, il fera une remontrance au pharmacien fabricant du produit, pour que ce dernier fasse disparaître cette inscription de ses boites. »

Et il faut espérer que les médecins se souviendront du nom de ce médicament qui se prend « selon l'avis du pharmacien. »

Les Journées médicales de Bruxelles. (Bruxelles, 22 au 26 juin 1929). — PROGRAMME RÉSUMÉ : *Samedi 22 juin* : A 16 heures, au Palais des Académies : Séance inaugurale honorée de la présence de S. M. la Reine. Conference de M. LUC DURTAIN (docteur NEPVEU). — A 21 heures, au Palais des Beaux-Arts : Soirée musicale et raoût (par invitation).

Dimanche 23 juin : Au Palais du Cinquantenaire (matin et après-midi) : Conférences. — Exposition internationale des arts et des sciences appliquées à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire. — A 20 heures, au Théâtre royal de la Monnaie : Représentation de gala (par invitation). Au programme : *Judith. — La Vie Brève. — Impressions de Music-Hall.*

Lundi 24 juin : Matin : Démonstrations pratiques et séances opératoires dans les hôpitaux et cliniques. — Après-midi : Au Palais du Cinquantenaire : Conférences. — A 20 heures, au « Résidence-Palace » : Banquet (par souscription : 90 francs).

Mardi 25 juin : Matin : Visite de la nouvelle Faculté de médecine de Bruxelles. — Après-midi : Au Palais du Cinquantenaire : Conférences.

Mercredi 26 juin : Excursion dans le Hainaut, en auto-car. — Mons (son Institut d'hygiène et ses beautés archéologiques). — L'hôpital charbonnier des accidents du travail à Warquignies. — Banquet et réception officiel à l'Hôtel de Ville. — L'après-midi : le Château et le Parc de Mariemont ; réception au Château de M. Guinotte ; Ecaussines (par souscription : 100 fr. par personne).

LES CONFÉRENCES : EMILE SERGENT (Paris) : Conditions pathogéniques et processus anatomiques des réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. — VITTORIO PUTTI (Bologne) : Les sciatiques vertébrales. — A. A. HYMANS VAN DEN BERGH (Utrecht) : Porphyrinurie. — J. EASTMAN SHEEHAN (New-York) : La chirurgie plastique de la face. — J. W. NORDENSON (Upsala) : Sur le rôle du corps vitré dans la genèse du glaucome primaire. — REY-

NALDO DOS SANTOS (Lisbonne) : Sujet réservé. — JULES GONIN (Lausanne) : Le traitement opératoire du décollement de la rétine. — CARLOS MAININI (Buenos Aires) : Sujet réservé. — LÉON BLUM (Strasbourg) : Le sel dans les néphrites.— VICTOR MORAX (Paris) : Le problème de l'ophtalmie sympathique. — LOUIS SPILLMANN (Nancy) : Dermatoses et opothérapie.— J. FROMENT (Lyon): Qu'est-ce que l'état parkinsonien ? — H. LOUIS ROCHER (Bordeaux) : Anesthésie locale et rachianesthésie chez l'enfant. — JACQUES DE FOURMESTRAUX (Chartres) : La diathermo-coagulation dans le traitement chirurgical du cancer. — FERNAND TRÉMOLIÈRES (Paris) : Les péri-entéro-côlites. — EDMOND REDSLOB (Strasbourg) : Des rapports entre les propriétés physico-chimiques du corps vitré et le tonus oculaire. — MATHIEU-PIERRE WEIL (Paris) : Les rhumatismes chroniques. — RENÉ LUTEMBACHER (Paris) : Cardiologie. Arythmies. — HECTOR DE STELLA (Gand) : Physiologie du cervelet. — JACQUES ROSKAM (Liège) : Le syndrome hémogénique. Signification, diagnostic et traitement. — J. P. HOET (Louvain) : Les indications extra-diabétiques de l'insuline. ALBERT BESSEMANS (Gand) : L'application locale de la chaleur comme adjuvant dans la prophylaxie sociale et individuelle de la syphilis et le rôle de la température tissulaire dans la pathogénie de l'infection syphilitique. — ALBERT P. DUSTIN (Bruxelles) : Sujet réservé. — FRÉDÉRIC BREMER (Bruxelles) : Physiologie de l'hypophyse. — CORNEILLE HEYMANS (Gand) ; Le sinus carotidien, son rôle en physiologie et en pathologie. —JOSEPH TRICOT ROYER (Anvers) : Les institutions médicales de l'ancienne Abbaye d'Orval. — LÉON BERTRAND (Anvers) : Rhumatisme. Arthritisme.— PIERRE DE BERSAQUES (Gand): L'éphédrine dans le traitement de l'asthme. — R. REDING (Bruxelles) : Des altérations humorales de l'état cancéreux et précancéreux et de leur rôle pathogénique.

Le carnet du congressiste sera envoyé vers le 20 juin. Renseignements et adhésions (médecins : 75 fr. Dames : 30 fr.) auprès du Dr René Beckers, secrétaire général, 62, rue Froissart, Bruxelles.

Clinique nationale ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts. — Il est institué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin adjoint de la clinique nationale ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts.

Réunion médicale de Toulouse (8 juin 1929). — Cette réunion dans la pensée du Comité d'organisation est destinée à remplacer les Journées médicales qui selon le rythme préalablement établi en accord avec Bordeaux, Marseille et Montpellier, devraient avoir lieu cette année à Toulouse. Mais à la même date doit être commémoré le VIIIe Centenaire de l'Université.

Le Comité a estimé qu'il convenait de s'associer à cette manifestation en modifiant la formule classique des Journées médicales. Aussi a-t-il décidé de consacrer une seule journée à une réunion médicale fixée au samedi 8 juin et dont voici le programme :

FACULTÉ DE MÉDECINE (Grand Amphithéâtre), — Samedi 8 juin, 9 heures : Conférence de M. le Médecin général inspecteur Toubert. Sujet : La modernisation du service de santé militaire : le passé, le présent, l'avenir. — 16 heures : Conférence de M. le Dr E. Gley, professeur au Collège de France. Sujet : La physiologie de l'individu. — 17 h. 1/2 : Conférence de M. le Dr Bordet, professeur à l'Université libre et directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles. Sujet : les facteurs d'évolution des cultures microbiennes. — Le soir à 19 h. 1/2. Banquet par souscription au Grand Hôtel. Prix : 45 fr.).

Se faire inscrire par chèque postal Toulouse, n° 4.515, au nom du professeur BARDIER.

Le Service de Santé organisera les 7 et 8 juin des séances de démonstration de matériel sanitaire avec conférences pratiques en particulier pour le fonctionnement d'un groupe d'ambulances de corps d'armée.

Les médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'administration de 12e, 13e, 16e, 17e et 18e corps d'armée pourront être convoqués en périodes d'exercices sans solde pour y prendre part.

Les exercices pratiques auront lieu le vendredi 7 juin à 17 heures au Parc d'artillerie (annexe du dépôt du matériel du service de santé).

Nécrologie. — Dr Charles-Jean-Julien DÉPERET, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, décédé dans sa 75e année.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hypogénitalisme

Par le Professeur **SERDUKOFF** (Moscou).

Par la notion d'hypogénitalisme, il faut envisager les divers troubles endocriniens étroitement liés à la diminution, à la disparition ou à l'absence des glandes génitales.

On peut envisager, chez la femme, comme étant des manifestations d'un hypogénitalisme physiologique la période de la puberté et celle de l'âge climactérique ; de même qu'il y a des endocrinopathies à tendance nettement pathologique : telle la chlorose et l'eunuchoïdisme.

Chlorose.

Le *chlorose* est une des affections qu'on observe exclusivement chez la femme au moment du développement pubertaire.

A ce moment, les organes génitaux sont hypodéveloppés, ils peuvent présenter des degrés divers d'hypoplasie.

L'aspect des jeunes filles chlorotiques est très caractéristique : leur tégument est d'une pâleur particulière, pâleur se manifestant aussi au niveau des muqueuses. La peau est d'une blancheur de plâtre, les veines sous-cutanées se voient par transparence. Les malades chlorotiques sont le plus souvent de haute taille, élancées. Leur squelette porte des traits masculins, il est fort, aplati ou rétréci.

L'examen du sang montre une diminution notable de la quantité d'hémoglobine. Le nombre des globules rouges n'est pas diminué de façon appréciable, ce qui permet de caractériser cette modification en tant qu'une anémie hypochrome de la puberté.

Les symptômes qui attirent l'attention sont la très grande rapidité avec laquelle survient la fatigue, l'augmentation du besoin de sommeil, les céphalées, les troubles de la vue, les palpitations et la dyspnée qui peuvent être observées même après de faibles efforts. Du point de vue clinique, on observe deux formes : l'une aménorrhéique, l'apparition des règles peut avoir plusieurs années de retard ou bien, une fois survenues, elles peuvent rester absentes un temps assez prolongé, l'autre forme est la forme ménorrhagique, la puberté peut arriver tard : dans ce cas les hémorragies fréquentes amènent souvent à l'épuisement, à l'anémie. Dans nombre de cas les jeunes filles atteintes de cette affection sont pâles, subtiles, endormies, ce qui permet de nommer cette forme « le pâle malaise. »

Dans d'autres cas on observe de l'obésité ce qui permet, avec encore plus de droit, de définir cette affection comme étant une endocrinopathie avec diminution de l'activité ovarienne.

Dans certains cas, aux symptômes de la chlorose s'associent ceux du basedowisme. Chez des jeunes filles, on observe souvent des phénomènes basedowiens qui disparaissent, ainsi que la chlorose, au moment de la puberté. Certaines observations indiquent que la chlorose est parfois liée au lymphatisme et laisse après soi une certaine prédisposition à la tuberculose et une résistance défectueuse vis-à-vis des diverses affections et en particulier des infections.

Etiologie et pathogénie. — La chlorose se trouve étroitement liée avec la diminution de la sécrétion interne des ovaires ou avec le retard de formation des produits endocriniens de ces derniers. Le plus grand nombre des symptômes de la chlorose indique l'hyposécrétion, certains peuvent être expliqués comme étant le résultat d'une auto-intoxication due au dysfonctionnement des glandes endocrines. On envisage la chlorose comme étant une affection polyglandulaire : en dehors des ovaires, la thyroïde, l'hypophyse s'y trouvent aussi intéressées.

La clinique montre qu'il serait plus logique d'envisager la contribution des glandes citées comme étant une manifestation secondaire. Cependant, dans certains cas de chlorose, les lésions de ces glandes (thyroïde, surrénales) peuvent aussi avoir un rôle de tout premier ordre, surtout si leur atteinte est due à une infection ou à un processus de néoformation quelconque qui, par lui-même, peut contribuer au développement de la chlorose. En présence de la chlorose, il faut prendre en considération la possibilité des troubles du métabolisme des substances calciques : ce fait se traduit par la diminution de l'assimilation de la chaux au niveau des foyers d'ossification, ce qui fait supposer la collaboration avec les ovaires des corpuscules épithéliaux, qui régissent l'équilibre du calcium colloïdal.

Les deux formes de la chlorose donnent deux directions différentes à suivre pour ce qui est du traitement. Dans les formes aménorrhéiques, on obtient de bons résultats avec le traitement par les différentes préparations organo-thérapiques tirées de la substance ovarienne, ovarine, ovariocrine, ovaradène, surtout en combinaison avec le fer. Dans les formes ménorrhagiques, il est logique de prescrire des préparations de l'hypophyse. En général, il faudrait que le traitement médicamenteux marche de pair avec les conditions de vie et les principes d'hygiène générale pour que l'organisme franchisse en pleine sécurité le cap de la puberté.

Eunuchoïdisme.

On appelle eunuchoïdes les personnes qui produisent l'effet de castrats, quoique leurs glandes génitales ne soient point extirpées. L'insuffisance génitale à laquelle se rapportent les diverses formes d'eunuchoïdisme peut présenter un symptôme complexe identique à celui survenant après l'ablation complète des glandes génitales.

On connaît l'eunuchoïdisme congénital ou naturel, qui est le résultat de l'aplasie congénitale des glandes sexuelles ; il existe aussi des formes frustes d'eunuchoïdisme.

Chez certains peuples, tels les Abyssiniens et les Indous, il existe une coutume barbare, celle de la castration artificielle des femmes dans le but d'obtenir des servantes résistantes pour les maisons aristocratiques.

Ainsi, Robert décrit des indiennes de Bombay, âgées de 25 ans, qui furent castrées dans l'enfance : ces femmes étaient de haute taille, leurs muscles étaient bien développés, elles étaient fortes : elles n'avaient pas de poils au pubis, leurs glandes mammaires étaient hypodéveloppées, le mamelon est petit, atrophique ; elles ne sont pas réglées. Le bassin de ces femmes est étroit ou aplati, les os iliaques sont rapprochés. Les grandes lèvres sont flasques, sèches, l'entrée du vagin est rétrécie, le périnée est situé bas. L'âge a une grande importance pour l'appréciation des modifications survenues après ablation chirurgicale des ovaires : chez les femmes jeunes elles sont très manifestes ; dans la suite, les modifications dues à la castration deviennent moins visibles et l'augmentation vicariante du début de certains processus endocriniens (thyroïde, cortex des surrénales, lobe antérieur de l'hypophyse) est remplacée par des processus atrophiques avec développement de sclérose et diminution des fonctions ; seules quelques-unes des glandes endocrines, tels le lobe antérieur de l'hypophyse et le cortex des surrénales, gardent plus longtemps leurs modifications vicariantes, l'hypersécrétion : ce phénomène doit être considéré comme étant une réaction à la castration totale.

Au point de vue clinique, on sait que, chez les femmes castrées totalement, se développe un symptôme complexe caractéristique : les menstruations s'arrêtent, quoique,

d'après les données de Jayle, l'ablation bitatérale des ovaires ne provoque la disparition des menstrations que dans 62 % des cas, phénomène pouvant être expliqué par la présence dans certains cas de fragments supplémentaires du tisssu ovarien au niveau des ligaments larges, dans d'autres cas par la présence de petits fragments du même tissu laissés par l'opérateur durant l'intervention.

D'après les observations de Hartmann, dans 64 % des cas, on observe chez les femmes des ovaires supplémentaires. Plus tard, apparaît l'atrophie des glandes mammaires, des organes génitaux externes et de l'utérus, dans lequel s'atrophie non seulement le muscle mais aussi l'endomètre, jusqu'à complète disparition des glandes.

Le développement des os du bassin et des extrémités inférieures chez les femmes castrées retarde. Ces os deviennent fins, les bras sont d'une longueur démesurée. La voix change, son timbre devient grave. L'aspect général se modifie et les femmes castrées acquièrent des traits masculins. Puis, comme résultat de l'exclusion de l'influence endocrine des ovaires, se développent des troubles vaso-moteurs, sécrétoires, émotifs et psychiques, on observe aussi le trouble du métabolisme général, la graisse se dépose en grande quantité. Le cholestérol du sang des femmes castrées est augmentée : il y a de l'hypercalcémie à des degrés divers. Il semblerait que les limites de l'assimilation des hydrates de carbone après la castration sont plus larges.

Les troubles post-opératoires après la castration chez des femmes mûres ne sont pas aussi manifestes : chez elles, au bout de 8 ou 10 ans, l'équilibre endocrinien est rétabli.

Ainsi que nous l'avons mentionné plus haut notre attention est attirée par les formes manifestes de l'eunuchoïdisme congénital et par ses formes frustes.

Tandler et Gross, autant chez des femmes castrées que chez les eunuchoïdes, distinguent les types à taille haute et les obèses.

L'eunuchoïdisme congénital est une endocrinopathie rare. Son étiologie se trouve étroitement liée à l'aplasie complète des ovaires de façon analogue à ce qu'on voit chez l'homme privé de ses testicules.

La symptomatologie et le tableau clinique sont nets. Les symptômes de l'eunuchoïdisme correspondent à ceux observés chez les femmes castrées. Chez les femmes eunuchoïdes de grande taille, on observe des modifications caractéristiques du côté du système osseux ; les malades ont des membres harmonieux, les os des membres sont longs, les doigts fins et allongés ; les membres supérieurs en position verticale atteignent habituellement la moitié du tiers inférieur des cuisses. La circonférence céphalique, par rapport à la taille, est petite.

Dans certains cas, les malades se plaignent de douleurs articulaires : à la radioscopie, on voit des éclaircissements en foyers, ce qui est dû à la diminution de la quantité de chaux. Les épiphyses sont bien conservées. Parfois on observe l'aplatissement de la tête fémorale (coxa vara) ; dans d'autres cas, les modifications au niveau des os rappellent l'ostéochondrose juvénile déformante.

De telles modifications au niveau des os permettent de supposer que, non seulement les ovaires, mais aussi le thymus et l'hypophyse sont intéressés. Ceci est d'autant plus possible que, chez certaines de ces femmes eunuchoïdes, on observe des traits d'infantilisme et de lymphatisme maigre.

En dehors des modifications osseuses, chez les eunuchoïdes, on note encore l'absence ou la disparition totale des cheveux : chez celles qui sont atteintes d'une aplasie partielle des glandes génitales, on observe des cheveux rares, disposés comme chez les enfants : le plus souvent leurs cheveux ressemblent à du duvet, les poils du pubis et des aisselles, ceux des alentours du clitoris et des grandes lèvres sont peu abondants.

Chez les femmes atteintes d'eunuchoïdisme congénital et d'aplasie complète des ovaires, on note un utérus rudimentaire, quelquefois il y a un utérus double, ou bien on note d'autres monstruosités.

Le clitoris est petit, l'entrée du vagin est rétrécie, les grandes et les petites lèvres sont flasques, hypodéveloppées, sèches, pigmentées. Le vagin est petit, les plis transversaux y sont effacés ; la muqueuse est atrophique.

Dans les cas typiques, les menstruations font défaut, mais là où il y a un fragment, même minime, de substance ovarienne et au niveau de l'utérus des îlots d'endomètre, là, il y a des équivalents des règles, menstrua alba, ou règles séreuses.

Le désir sexuel chez les femmes eunuchoïdes fait défaut. Dans les formes affaiblies d'eunuchoïdisme, certaines femmes malgré les signes d'hypodéveloppement et les symptômes indiquant la diminution des fonctions génitales, sont encore capables de la gestation ; après cette dernière, leur organisme peut se développer.

Après la première gestation, il y a une hypertrophie des glandes mammaires et des organes génitaux. Le psychisme lui aussi se développe considérablement, en somme, après la gestation, l'organisme en entier semble terminer son développement somatique.

Etiologie. — L'eunuchoïdisme est étroitement lié à la déficience des fonctions des glandes génitales. Quelquefois cette endocrinopathie porte un caractère familial ; dans d'autres cas, tout au contraire, en présence d'hérédité saine, on voit des cas sporadiques d'eunuchoïdisme. On admet, au nombre des causes étiologiques, les secousses émotives ayant eu lieu à la période de la vie intra-utérine. Les traumatismes, les infections et les affections septiques avec destruction du parenchyme des glandes génitales peuvent être relatés parmi les causes étiologiques principales des formes secondaires tardives de la dégénérescence eunuchoïde.

Diagnostic différentiel. — Ne présente pas de grosses difficultés dans les cas typiques avec symptomo-complexe nettement manifeste et l'aspect caractéristique, surtout si les modifications osseuses sont, elles aussi, constatées à la radioscopie. Pourtant on peut parfois avoir des difficultés se trouvant en présence d'un cas difficilement déterminable d'eunuchoïdisme ou d'infantilisme, ce dernier étant une des complications fréquentes.

Dans le diagnostic précis, il faut toujours manifester de la prudence quand on a à différencier le gigantisme de l'eunuchoïdisme : les diverses formes d'obésité hypophysaire et génitale méritent une attention toute particulière.

Bien plus rarement, on risque de confondre l'eunuchoïdisme et les troubles des fonctions de la thyroïde : dans ce cas, il ne faut point omettre la constatation qu'en présence de lésions primitives de la thyroïde, il n'y a pas une involution aussi nette des organes génitaux que dans les formes d'eunuchoïdisme.

Traitement. — Les résultats du traitement sont variables suivant qu'il y a ou non du tissu ovarien capable au fonctionnement.

Le plus souvent, le traitement est symptomatique. Le traitement organothérapique peut être appliqué *per os* ou en injections, on emploie les diverses préparations de l'ovaire : ovarine, ovariocrine, lutéovare, folliculine. L'application de ces préparations *per os* ne donne pas de résultats complets, ce qui s'explique par la proportion minime des substances spécifiques actives.

La préparation industrielle de ces substances utilise des procédés oxydants complexes d'évaporation, de saponification, ce qui fait que l'activité biologique de ces dernières est moindre.

En général, les injections sont plus recommandables, les préparations absorbées *per os* étant modifiées au niveau

du tube digestif. L'action stimulante peut aussi être obtenue par l'emploi d'associations organothérapeutiques et pharmacologiques qui ont la capacité d'augmenter la circulation et d'activer les éléments parenchymateux des glandes endocrines, telles est la « yohimbine ».

Dans certains cas d'hypogénitalisme et en particulier dans certaines formes d'hypo-ovarie et d'eunuchoïdisme, on constate la diminution du désir sexuel. Dans ces cas, il est recommandable d'employer le traitement associé (préparations ovariennes et yohimbine). Dans les cas où les symptômes de l'hypogénitalisme sont surtout nets au niveau des os, il est bon d'appliquer les associations ovaro-calciques pour le traitement. Dans les cas où il y a en plus des lésions primitives des glandes génitales des troubles polyglandulaires, il faut associer au traitement ovarien celui avec la thyroïde ou l'hypophyse.

Quand l'eunuchoïdisme chez la femme est accompagné d'obésité, de perte de cheveux et de modifications du métabolisme avec retard des processus d'oxydation, on peut obtenir de bons résultats avec le traitement par des doses minimes ou moyennes de thyroïdine.

Dans certains cas, les symptômes d'obésité, d'apathie psychique, d'indifférence intellectuelle, d'affaiblissement de la mémoire, de fatigue musculaire, de chute des cheveux cèdent au traitement associé des trois glandes principales de l'organisme : ovaire, hypophyse, thyroïde. Récemment on a mis en circulation une telle préparation : « incrétan » ; l'emploi de la néocalciline donne parfois de bons résultats.

Il faut savoir que, dans les cas d'absence totale des glandes génitales, après castration ou chez les eunuchoïdes congénitaux, les modifications acquièrent un caractère si tenace que le traitement par les préparations endocrines simples ou complexes reste sans succès.

La méthode de traitement actuel la plus réelle appliquée dans le cas d'eunuchoïdisme, de l'hypo-ovarie et des autres formes du syndrome d'hypogénitalisme, c'est la transplantation des glandes endocrines en vigueur. La transplantation des glandes génitales dans l'eunuchoïdisme (homéo ou hétéro-transplantation) produit un bon effet stimulant. La transplantation contribue souvent à l'arrêt des processus atrophiques de l'involution génitale dans le cas de l'eunuchoïdisme secondaire. Dans les formes primitives de l'eunuchoïdisme congénital, la transplantation des ovaires permet de liquider les symptômes pénibles nerveux, vaso-moteurs, psychiques et somatiques.

Les eaux minérales exercent un pouvoir sur la prolifération cellulaire « action agocytique ou anagocytique »

Par **A. MOUGEOT** et **V. AUBERTOT** (de Royat).

La médecine et la physiologie françaises viennent d'éprouver une grande perte lors de la mort prématurée de notre maître et ami le Prof. Billard (de Clermont-Ferrand.)

L'hydrologie médicale est tout particulièrement touchée en perdant l'homme qui avait fait de si brillantes découvertes dans ce domaine : Pouvoir désensibilisateur des organismes anaphylactisés (1), pouvoir phylactique contre les toxines et venins, pouvoir protecteur antihémolytique vis-à-vis du globule rouge et injectabilité des E. M. hypotoniques, etc.

Il n'est nullement exagéré de dire que, sous l'influence de Fleig et de Billard, l'hydrologie médicale est entrée en 1905 dans une ère nouvelle de son histoire : la période biologique expérimentale, créée par ces deux éminents physiologistes, morts tous deux prématurément, ils laissent leur empreinte indélébile sur les méthodes d'exploration en matière d'hydrologie médicale. Grâce à eux, l'observation clinique se trouve étayée sur des résultats expérimentaux.

Les techniques ne sont autres que celles de la physiologie, et ici encore comme dans tous les domaines de l'art médical, c'est aux physiologistes que nous devons tous les progrès récemment réalisés.

*
* *

Billard avait montré, le premier encore, à l'aide d'expériences comparatives de graines germant en milieu d'eau ordinaire et d'eaux minérales diverses, que parmi celles-ci les unes retardent et les autres accélèrent la prolifération cellulaire, ainsi que le démontrent les différences d'accroissement de la tigelle, de la radicule et les moments d'apparition des premières feuilles. Il a créé les termes de pouvoirs « agocytique » et « anagocytique ».

Et ces néologismes, que pour notre part nous estimons parfaitement adaptés au sujet, se trouvent pour la première fois dans une note à la Société d'Hydrologie de Toulouse, en collaboration avec Aloy et Valdiguié.

Nous exposerons ici les résultats de nos recherches personnelles sur ce sujet, en prenant systématiquement pour objet d'étude les végétaux inférieurs dépourvus ou pourvus de chlorophylle.

Puis c'est à quelques végétaux supérieurs que nous nous adresserons : enfin nous essayerons de poursuivre ces recherches chez les monocellulaires de la série animale.

Les VÉGÉTAUX INFÉRIEURS *dépourvus de chlorophylle* sont, de ce fait même, incapables de puiser directement dans l'air le carbone, l'oxygène et l'azote nécessaires à la synthèse de leur propre substance d'accroissement.

Il faut donc leur fournir un hydrocarbone et une substance azotée d'assimilation facile : ce sera un sucre et du nitrate d'ammoniaque, qui leur apporteront l'énergie indispensable.

Nous avons choisi le milieu Frouin le plus simple parmi les formules proposées, en le concentrant :

Eau distillée	150 cmc.
Phosphate monopotassique	2 gr. 6
Sulfate de magnésie	2 gr. 3
Nitrate d'ammoniaque	9 gr.

car il y a intérêt de n'introduire dans les E. M. qu'un minimum d'éléments étrangers.

Les végétaux employés sont les suivants ;

1° Levure fraîche de bière (Sacharomyces cerevisiœ) ;

2° Levure pour vin de champagne (Saccharomyces ellipsoïdeus) dû à l'extrême obligeance de M. le Prof. Crolbois de l'Institut Pasteur ;

3° Levure de figues (Sacharomyces apiculatus) ;

4° Bacillus bulgaris (dû à l'extrême obligeance de M. le Dr Thépenier.)

A 19 cent. cubes d'eau, nous ajoutons 1 cmc. de la solution Frouin concentrée, un gramme de saccharose et une goutte de suspension de chacun des microorganismes ci-dessus. Il y a très peu de cellules encore au bout de 48 heures ou de 72 suivant la température du laboratoire. On pratique une numération des cellules par millimètre cube soit à la cellule de Nageotte, lorsque la prolifération cellulaire est faible, soit à la cellule hématimétrique de Noël Fiessinger si la multiplication cellulaire a été très importante.

On note le nombre de cellules par millimètre cube. Il reste alors à établir l'indice agocytique. On divise par le chiffre témoin le chiffre correspondant à chaque centi cube. Mais les eaux minérales dans ces recherches possèdent un pouvoir empêchant très marqué. Nous avons donc cherché l'indice anagocytique. Pour cela il a suffi de diviser le chiffre des cellules d'eau minérale par le chiffre témoin.

Voici réunis en un tableau les indices anagocytiques pour chaque eau envisagée.

(1) Aprement contesté en France, confirmé d'une manière éclatante par les expérimentateurs allemands, espagnols, italiens, belges et roumains.

Eau-Source	Sorte	Sacch. cerevisie	Sacch. ellipsoïdeus	Sacch. apiculatus	Bacilles Bulgaris
Challes	sulfureuse	∞	∞	∞	∞
Royat (Saint-Mart)	Bic. mixte	79.1	12.5	13	14
St-Nectaire (Parc)	id.	11	48	35	0
Royat (César)	id.	24	12.2	52	10
— (St-Victor)	id.	24	23.4	52	31
Châtelguyon (Gubler)	id.	12	2.2	7.0	7
Le Mont-Dore Madeleine	id.	33	33.9	10.5	32
Vichy (Célestins)	bic. sodique	37	12.2	25	26
Alet	id.	4	13.0	2.6	3.4
Decize (S.-Aré	bic. sulfatée	19	7.3	52	14.3
Capvern	sulf. calc.	14.8	1.2	2.2	9
Contréxéville (Pavillon)	id.	14.0	7	2.3	50
Vittel (Grande-Source)	id.	13	6.4	2.1	56
La Roche-Posay	id.	13	2.3	1.5	0
Pougues (Saint-Léger)	bic. calc.	10.7	10.1	35	8
La Bourboule	bic. arsén.	8.9	17.6	1.8	9
Brides	chl. sod.	9.5	11.1	3.0	31
Montmirail	chl. magn.	7.0	16.0	2.6	3.4
St-Christau (Arceaux)	séléniée cuivreuse	7.3	4.3	1	1

Les indices portés sur ce tableau montrent un pouvoir empêchant (anagocytique) absolu pour l'eau sulfureuse de Challes. En effet dans cette eau on n'a jamais trouvé une seule cellule nouvelle.

La condition étant égale pour toutes les eaux, la culture témoin est :

33 fois plus riche que celle en eau du Mont-Dore ;

24 fois plus riche que celle en eau de Royat-St-Victor ;

12 fois plus riche que celle en eau de Chatelguyon et ainsi de suite, avec absence totale de cellules dans Challes.

Poursuivant une série de recherches sur les végétaux inférieurs on prend comme type de moisissure le *stérigmatocytis nigra* et le *pénicillum glaucum*.

Dans chaque flacon stérilisé, on mélange 20 cc. d'eau minérale, un gramme de saccharose, puis on ajoute une goutte d'une suspension très diluée de spores. On constate que rien ne se développe. Pourquoi cette absence de prolifération qui laisserait augurer une action empêchante de l'eau minérale ? Est-ce dû à la radio-activité ? Certes non, car nous avons systématiquement expérimenté avec des eaux vieillies ou en vidange. Est-ce dû à la minéralisation et à l'influence des électrolytes ? Y a-t-il des ions nocifs ?

Si on consulte la thèse de Raulin (1870), et les travaux ultérieurs du même ordre, l'ion Si apparaît nocif pour le sterygmatocyste, tandis que Coupin le considère comme indifférent ; par contre Mg et Zn auraient sur cette moisissure un pouvoir agocytique très important.

Est-ce le pH ou réaction potentielle de milieu ?

On mesure systématiquement le pH au début de chaque expérience et l'on sait que le milieu acide convient mieux au développement de la moisissure. C'est sur les eaux bicarbonatées mixtes du centre que nous opérons ; le pH y est inférieur à la neutralité, mais contrairement au pH du sang, ce pH est très instable, car le CO^2 qui sert de tampon s'échappe et l'eau devient défavorable.

Voilà où nous en étions il y a un an et nous pressentions le rôle prépondérant de la réaction ionique sur le pouvoir activant des eaux minérales.

Reprenant les expériences, on s'est appliqué à rendre le milieu favorable, en acidifiant l'eau minérale par l'adjonction de plusieurs gouttes de HCl. Là comme dans tout, il y a un seuil à atteindre. Par rapport à des témoins, on acidifie, la même eau dans des tubes différents jusqu'à 5 gouttes de HCl, ce qui faisait en tout 12 flacons pour chaque eau :

Témoin sans HCl.. témoins avec HCl : I, II, III, IV, V gouttes.

Eau minérale sans HCl. Eau minérale avec HCl : I, II, III, IV, V gouttes.

Une fois ensemencés les flacons demeurent à la température du laboratoire (16° C à 18° C). Au bout de quatre à cinq jours, on voit apparaître le début du mycélium qui va en se développant : dans certaines eaux la sporulation se produit en même temps : dans d'autres cas, elle est très importante et le mycélium est bien réduit. Dans les eaux favorables le mycélium se développe en surface ; on voit les pellicules qui surnagent ; si les eaux sont défavorables le mycélium fuit l'eau et se répand sur les parois du vase imbibées par capillarité.

Les eaux bicarbonatées mixtes se sont montrées plus favorables que les eaux bicarbonatées sodiques.

Saint-Nectaire (S. Parc), le Mont-Dore (S. Madeleine) se sont montrées très favorables et beaucoup plus que l'eau d'alimentation servant de témoin, avec cette différence que Saint-Nectaire à accéléré la sporulation et diminué la vitalité du mycélium : le contraire s'est produit pour le Mont-Dore.

Tandis qu'un an auparavant, nous avons eu de l'insuccès dans nos recherches, une fois le milieu acidifié les résultats ont été positifs. L'important est de savoir quelle est la quantité d'acide à ajouter pour acidifier le milieu. Nous pouvons affirmer qu'il faut ajouter II à III gouttes de HCl à 20 cc. d'eau minérale pour obtenir une action agocytique. Le tableau ci-dessous montre nos résultats.

Voici la liste des eaux avec lesquelles nous avons expérimenté.

Eau	PH	Mycelium	Sporulation	
Eau aliment de Royat	6.8	faible	0	
Royat César + IIg. HCl.	6.0	++	++	agocytique
Royat Eugénie + »	6.5	0	0	anagocytique
Royat St-Victor + IIIg. HCl	5.8	-	- - - -	agocytique
La Bourboule (Choussy) + IIIg, HCl	5.8	+	++-+	agocytique
Le Mont-Dore (Madeleine) IIIg, HCl	5.0	++++	.	agocytique
Saint-Nectaire (Parc) IIg, HCl	6.6	+	+++	agocytique
Vichy (même acidifi)	6.8	0	0	anagocytique
Pougues (St-Léger)		trouble général	trouble général	?

La question se posait de savoir ce qui rend le milieu défavorable à la prolifération de la moisissure.

On le voit par les résultats obtenus sur les eaux minérales progressivement acidifiées, leur action anagocytique est la résultante de leur réserve alcaline et de certains de leurs électrolytes.

Il faut pour que la moisissure puisse se développer abaisser le pH à 6.0 et au-dessous ; ceci réalisé, il reste que, par leurs électrolytes, certaines eaux minérales sont agocytiques, et d'autres demeurent anagocytiques.

Végétaux inférieurs monocellulaires avec pigments. Algues. — Ici il n'est pas nécessaire d'ajouter un sucre comme pour les levures. Les algues à chlorophylle se passent de tout aliment hydrocarboné grâce à la synthèse qu'opère le pigment ; elles dissocient l'acide carbonique sous l'influence catalytique de radiations lumineuses. Sur les conseils de notre ami le Dr Obaton, assistant à la Faculté des Sciences, nous avons choisi et employé, le milieu de Detmer dont voici la formule.

Nitrate de Ca	1 gr.
Chlorure de K	0.25
Sulfate de Mg	0.25
Phosphate monopotassique	0.25
Pour un litre.	

On prend une partie de cette solution pour trois parties de liquide nutritif définitif ; on y ajoute 1 cc. de solution de perchlorure de fer, obtenue en diluant 1 cc. de chlorure de fer officinal dans 500 cc. d'eau. Nous avons préparé une solution concentrée de ces électrolytes.

On ajoute à 19 cc. 5 d'eau minérale 1/2 cc. de cette solution, puis une goutte de la souche d'algues, c'est l'eau d'un aquarium où vivent des poissons (cyprins) soumis au jeûne qui peuvent vivre des mois et des années sans que l'eau ait besoin d'être changée. MM. Billard et Bruyant ont déterminé il y a de nombreuses années, ces algues vertes qui entrent en symbiose avec les poissons :

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des varices par la méthode sclérosante, par MM. J.-A. Sicard et L. Gaugier. Deuxième édition entièrement revue. Un volume de 102 pages avec 8 planches hors texte. (Collection médecine et chirurgie pratique) : 15 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La première édition de cet ouvrage a été épuisée en quelques mois.

Cette nouvelle édition a été entièrement revue et augmentée en plusieurs points.

C'est la mise au point actuelle de cette méthode de thérapeutique locale, préconisée par les auteurs depuis dix ans et qui a groupé autour d'elle des adeptes de plus en plus nombreux en France et à l'étranger.

Ces pages sont la synthèse d'une observation méthodiquement poursuivie durant de nombreuses années. Cette étude porte sur plusieurs milliers de cas variqueux.

Le but des auteurs est de montrer combien est facile l'application de ce procédé, combien il est inoffensif lorsqu'il est appliqué à bon escient et suivant les règles de prudence élémentaire.

Helminthes et protozoaires les plus fréquents. Ascaris, oxyures, trichocéphales, lamblias, trichomonas. Symptomatologie et traitement, par le D Léo. Un volume de 210 pages in-8° couronne sur beau papier d'alfa. Prix : 20 francs. Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 6e.

Tout ce qui concerne l'histoire naturelle des vers et protozoaires se trouve dans les ouvrages des maîtres de la parasitologie, les Brumpt, les Neveu-Lemaire, les Guiart, les Sabrazès, les Ch. Joyeux.

Tout ce qui concerne les symptômes cliniques dus aux toxines vermineuses ou à la présence matérielle des parasites et tout ce qui concerne le traitement n'avait pas encore fait l'objet d'une étude isolée distincte de l'histoire naturelle et qui groupe cependant tout ce que le praticien de médecine générale, ou de spécialité, avait besoin de connaître.

Iconographie médicale anversoise, par le Dr A. de Mets. 1 vol. in-4°, nombreuses illustrations, 5 hors-texte en couleurs. Tirage à 2.000 exemplaires. Imprimerie Buschmann, Anvers, 1929.

Ce travail, luxueusement présenté, constituera, tant pour l'histoire de l'art en général que pour celle de la médecine en particulier, un document infiniment précieux.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Abonnement : France : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du N° du 15 mai 1929 : A. Mathiez : Le Directoire (I) ; L'opposition de gauche ; les Panthéonistes. — R. Bray : L'esthétique classique (II). — J. Chevalier : L'habitude (V) ; Les habitudes peuvent-elles être transmises ? Les convergences vitales et la mémoire spirituelle de l'humanité (1re partie). — H. Hauvelte : La France et la Provence dans l'œuvre de Dante (VI) ; Dante et la poésie provençale (suite). — G. Charlier : Le mouvement romantique en Belgique (II). — G. Cohen : Chrestiien de Troies, sa vie et son œuvre (XXIV) ; Perceval ou le roman de Graal (suite).



Scenedesmus quadricauda, scenedesmus obliquus, Raphidium elongatum.

Nous avons étudié peu d'eaux minérales.

Les flacons longs sont exposés à la lumière diffuse, à la température du laboratoire.

Nous mesurons le pH à divers moments ; d'abord au début de l'experience : ensuite lorsque la couleur verte commence à apparaître, puis lorsque cette couleur augmente d'intensité, puis à la fin.

Nous constatons que les pH sont plutôt alcalins et qu'ils augmentent leur alcalinité pour s'y maintenir et parfois être très supérieurs.

On agite bien la culture au moment de faire la numération. On fait celle-ci à l'aide d'une cellule soit de Nageotte mais de préférence celle de Noël Fiessinger.

Par rapport au témoin on divise ensuite le chiffre d'une eau minérale donnée par le chiffre correspondant du témoin, et on obtient l'indice agocytique.

Nous avons établi cet indice lorsque nous avons remarqué que la multiplication des algues était plus avancée que dans le témoin ; lorsque au contraire cette multiplication se montrait en retard sur le témoin, nous avons établi l'indice anagocytique.

Sur les sources minérales au 1er témoin, nous avons constaté à notre étonnement, que c'était tantôt des algues vertes qui poussaient, tantôt des algues brunes.

Tandis que dans les témoins il poussait des algues vertes nous voyions des algues brunes dans les bicarbonatées mixtes du Mont-Dore (Madeleine), St-Nectaire (Parc), Royat (St-Mart), Montmirail (sulfatée sodique et magnésium) Contrexéville, Vittel (sulfatée calcique).

Nous disons que ces eaux sont empêchante ou anagocytiques vis-à-vis des algues à chlorophylle.

Par rapport aux algues vertes, supérieures au témoin les *index agocytiques* sont les suivants :

La Roche-Posay	8.0
Decize St-Aré	5.5
Pougues	1.35

Quant aux autres, les témoins étant supérieurs aux chiffres d'algues dans les E. M. nous avons établi l'*indice anagocytique* :

Royat-César	4.4
Royat St-Victor	8.0
Châtelguyon (Gübler)	6.6
Royat Eugénie	2.4
Vichy	3.0
La Bourboule	47

(Pouvoir anagocytique très marqué).

Pour ce qui est des algues brunes, voici leurs indices anagocytiques :

Royat-Saint-Mart	2.0	
Vittel (Grande-Source)	1	(indifférente)
Montmirail	0.5	(favorable)
Le Mont-Dore (Madeleine)	2.9	
Saint-Nectaire	1.6	

Végétaux supérieurs. — Nous avons étudié l'action agocytique et anagocytique sur la croissance de la tigelle et de la radicelle de différentes graines, car c'est sur ces deux points que s'étend vraiment cette action.

Nous avons ensemencé diverses graines dans diverses eaux minérales. L'observation de leur développement subit plusieurs temps. Dans un premier temps il se produit un phénomène d'inhibition par osmose ; la température du milieu leur étant favorable, la graine absorbe l'eau qui met en mouvement le pouvoir germinatoire. Des témoins d'eaux naturelles sont établis et par le principe de la pesée, toutes les vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, on note l'accroissement du poids pour chaque espèce de graine qui correspond à chaque sorte d'eau minérale ; ce procédé permet d'établir si une eau minérale est plus ou moins favorable.

Mais ce n'est pas tout, il y a un deuxième temps qui s'observe dans la germination. C'est la digestion des réserves alimentaires de la graine. Nous avons expérimenté sur le colza, le lin, qui sont des graines oléagineuses à base de graisse, sur le haricot, les céréales à base d'amidon, sur les lentilles à base d'albumine ; or ces eaux sont digérées par l'activité diastasique. Cette activité ainsi que nous l'avons étudié presque toujours en collaboration avec notre éminent ami le professeur M. Loeper, peut être plus ou moins active, ou plus ou moins paralysée puisque les eaux minérales vis-à-vis des diastases ont des pouvoirs zymosthéniques (zymoactivants ou zymoparalysants).

Si nous distinguons « des temps » c'est pour mieux faire comprendre l'évolution du processus car dans le temps tout s'imbrique.

Nous avons expérimenté méthodiquement sur les principales eaux du Puy-de-Dôme, en prenant plusieurs sources par station, dans laquelle nous avons mis, tantôt du blé, tantôt du radis, tantôt des pois, et nous avons noté le degré d'accroissance de la tigelle. Pour que notre mesure soit des plus pures, il faut savoir que la croissance en longueur de la racine et de la tige n'est due qu'à la prolifération des trois assises de cellules initiales de la pointe de la racine et du sommet de la tige. Pour les cryptogemmes vasculaires, la croissance n'est dueq'à la prolifération d'une seule et unique cellule. Nous ne mesurons la longueur de la tige qu'après le flétrissement des cotylédons, c'est-à-dire par la gemmule et non par la tigelle. C'est ainsi pour le blé, le pois, le radis.

Sur du coton imbibé d'eau minérale des différentes sources, on a semé :

3 pois de 0 gr. 85, poids total ;

5 graines de radis d'un poids total de 0 gr. 15 ;

5 graines de blé d'un poids total de 0 gr. 30.

Au bout de 8 jours, on pèse le poids total de chaque plante et on note le résultat obtenu. Ceci obtenu il est facile de calculer l'accroissement pondéral pour cent du poids initial. Dans le tableau ci-joint, à la lecture des chiffres, il est facile de se rendre compte des eaux agocytiques ou anagocytiques.

Accroissement pondéral en pour cent de poids initial.

Poids initial	Pois 0 gr. 85 %		Radis 0 gr. 15 %		Blé 0 gr. 30 %	
Témoin eau aliment. de Royat	= 264		= 312		= 217	
Royat Eugénie	+ 452	ago.	+ 312	indiff.	+ 70	anago.
Royat César	+ 337	ago.			+ 370	ago.
Royat St-Mart			+ 223	anago.	+ 200	prq. indif.
Royat St.-Victor			+ 240	do		do
Mont-Dore César	- 182	anago.	+ 312	indiff.	+ 100	do
Mont-Dore Madeleine	+ 229	presque indiff.	+ 500	ago.	+ 430	ago.
Mont-Dore Chanteurs	+ 288	ago.	+ 366	do	+ 300	ago.
Saint-Nectaire Saint-Cézaire	+ 241	presque indiff.	+ 2	anago.	0	anago.
Saint-Nectaire Parc	+ 182	anago.	+ 2	do	+ 70	do
Saint-Nectaire Rocher	+ 300	ago.	+ 80	do	+ 50	do
Châtelguyon Germaine	+ 194	anago.	+ 446	ago.	+ 200	presque indiff.
Châtelguyon Deval	+ 341	ago.	+ 166	anago.	+ 233	ago.
Châtelguyon Gübler	+ 335	do	+ 280	do	+ 333	ago.
La Bourboule Choussy	+ 300	do	+ 266	do	+ 100	anago.
La Bourboule Croizat	+ 194	anago.	+ 33	do	+ 33	do
La Bourboule Fénestre	+ 280	ago.	+ 446	ago.	+ 430	ago.

Il y a un autre procédé, pour mesurer l'action agocytique d'une eau minérale, c'est le procédé de la bouture inspiré par Billard.

On prélève en hiver sur un même cep de vigne un ou deux rameaux. On en coupe un en plusieurs parties égales, et on plonge chaque morceau dans un tube renfermant les eaux minérales suivantes : Pougues, Le Mont Dore, St-Nectaire, Châtelguyon, Royat, La Bourboule et un témoin (eau d'alimentation de Royat).

On constate le développement des feuilles et des racines de vitis vinifera, beaucoup plus actif dans Pougues et le le Mont-Dore que dans le témoin, plus faible dans Royat (Eugénie) que dans le témoin. On peut donc dire que le plus agocytique est le Mont-Dore et Pougues. Par contre les autres eaux minérales sont anagocytiques. Une photographie de ce développement de bouture est reproduit dans les *Annales de la Société d'Hydrologie et de climatologie* 1er mars 1926.

Protozoaires et eaux minérales. — Nous avons voulu étendre nos recherches aux organismes monocellulaires de la série animale, et nous sommes adressés aux infusoires. M. Bohn, maître de conférences à la Faculté des Sciences, a eu l'extrême amabilité de nous remettre une culture toute faite ; il nous a indiqué une technique avec laquelle nous avons préparé une souche très vivace. On prend une botte de cresson, on coupe les feuilles en ne conservant que la tige que l'on plonge dans un cristallisoir d'eau de Seine bouillie ; au bout d'une dizaine de jours on prélève du liquide dans un tube qui, au microscope nous montre de nombreux protozoaires. Pour nourrir ces protozoaires on ajoute dans le tube des grains de blé. Au bout de quelques jours leur croissance s'est faite. La culture est alors bonne.

On prend alors des tubes dans lesquels on met 20 cent. cubes d'eau minérale, 4 grains de blé, et 1 goutte de culture de protozoaires. On établit en même temps des tubes témoins avec de l'eau de Seine et eau distillée, les cultures sont laissées séjournant à la température du laboratoire ; 3 jours après, on examine une goutte de mélange au microscope.

Une goutte de culture renferme environ une soixantaine de protozoaires.

Voici aussi les différentes eaux dans lesquelles nous avons opéré. Pour mieux compter les protozoaires, une trace d'aldéhyde formique, les tue instantanément.

Nous avons repris jusqu'à 8 fois nos recherches et encore il serait très imprudent d'avancer comme affirmatifs ces résultats. Dans toutes les expériences le protozoaire n'a pas prospéré dans l'eau distillée, le tableau ci-dessus donnera un aperçu de ces recherches.

	Protozoaires	
Eau de Seine..........	= 35	
Eau distillée..........	0	
Royat Saint-Mart......	14	défavorable
Royat César...........	23	défavorable
Vichy-Grande-Grille....	5	très défavorable
Pougues-Saint-Léger...	20	id.
Vittel Grande-Source...	33	presque indiff.
Contréxéville.........	id.	id.

Certains auteurs ont étudié l'action des eaux minérales sur le B. perfringens, le coli-bacille (Bonacorsi de Salsomaggiore). Nous avons jugé nouveau et intéressant d'étudier le protozoaire, mais nos recherches ne sont qu'une annonce de travaux ultérieurs : nous avons tenu à prendre date.

* * *

Est-il possible d'expliquer cette action agocytique et anagocytique des eaux minérales ?

La radio activité ne peut pas intervenir : nous avons toujours expérimenté sur des eaux minérales embouteillées ou en vidange.

Peut-on invoquer la concentration moléculaire ? Non plus. Entre Montmirail qui atteint 30 gr. par litre et certaines eaux bicarbonatées qui ont de 3 à 5 gr. ces dernières sont les plus fortement anagocytiques.

Le pH? On ne peut pas l'invoquer dans tous les cas, il intervient assurément et particulièrement dans la culture des moisissures, tandis qu'on ne peut invoquer l'action du pH dans les algues, pas plus que dans les ferments figurés. En dernière analyse, on ne peut invoquer que les divers électrolytes les uns favorables, les autres défavorables. Une eau minérale est un médicament naturel, complet, indivisible. Nous ne pouvons dire quel est l'ion actif, l'ion nocif. Nous sommes contraints de constater leur action indéniable. On connaît bien l'action de certains ions.

L'ion Si pour Raulin activerait les stérygmatocystes et il en est de même des ions Mg et Zn.

L'ion SO^4 est très peu actif, par contre l'ion Cu est nocif. Dans l'eau de Challes l'ion H^2S est très nocif tandis que nous l'avons trouvé favorisant sur les amylases et paralysant sur la catalase hépatique.

L'ion K serait agocytique, de même que les ions Na et Li.

Harpuder en 1927 a dit au sujet des E. de Wiesbaden que les eaux minérales ne seraient pas toutes anagocytiques ; il a comparé à une solution de Ringer les eaux de Wiesbaden, et a constaté une prolifération de la levure de bière plus active dans l'eau minérale que dans le Ringer. L'on peut et l'on doit se demander si le liquide de Ringer est un milieu aussi favorable que le liquide de Frouin, qu'il faudrait employer sur les eaux minérales de Wiesbaden. C'est ce liquide qui nous paraît le plus apte à favoriser le milieu, du moins pour les végétaux inférieurs : le liquide de Ringer peut être très favorable chez les animaux à sang chaud. Aussi l'opinion de Harpuder ne semble pas devoir être plus précise, surtout s'il adopte la méthode standard que nous présentons. Comme nous l'avons déjà dit, le Ringer peut être un témoin trompeur ; car en biologie expérimentale tout n'est qu'une affaire de témoin.

L'étude biologique des eaux minérales telle que nous en a ouvert la voie Billard, permet, en comprenant mieux leur mécanisme, de les appliquer scientifiquement en clinique humaine.

Depuis Machaon, des temps les plus reculés de la haute antiquité au Moyen-Age, on connaissait le bienfait des eaux minérales surtout des sulfureuses qui guérissaient les plaies atones, les fistules, les ostéites, à tel point que sous Henri IV on surnommait ces eaux « eaux d'arquebusardes ». Après toutes les guerres, les blessés portant des plaies rebelles étaient guéris, et au cours de la dernière guerre nos stations minérales ont été grandement occupées. Mais les résultats heureux n'étaient pas expliqués. C'était le libre champ à l'empirisme.

L'étude biologique des eaux minérales conduit à se demander si ces eaux agissent soit en fortifiant les défenses naturelles du malade, soit en détruisant l'activité des microbes, soit en exaltant la phagocytose qui a une répercussion sur l'état général des malades. C'est ainsi que différents auteurs ont vu une action bactéricide tels que Woodmansey et Lissinore dans les eaux de Harogate, Pinat et Izard dans les eaux de Barèges.

M. Fiessinger et Janin ont montré que l'eau de Châtelguyon est plus favorable à la vitalité des globules blancs que les meilleurs solutions artificielles de chlorure de magnésium ou de calcium (action qu'ils nomment leucophylactique.

Lorsque Souligoux obtient d'excellents résultats en pansant les plaies atones avec de l'eau de Breuil (Hydroxydase), il applique les actions à la fois bactéricide et cytophylactique de l'eau minérale à la thérapeutique humaine. Ainsi se rattachent directement à la médecine clinique nos expériences qui eussent pu en paraître fort éloignées à un premier examen.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Vomissements gravidiques de moyenne intensité,

Par le Dr **Henri VERMELIN**,
Ancien chef de clinique de la Faculté de Nancy.

Le 12 février dernier, j'étais appelé auprès d'une jeune femme de 25 ans, enceinte de quelques semaines, chez laquelle un arrêt complet des évacuations intestinales en coïncidence avec des vomissements graves avait fait penser à la possibilité d'occlusion intestinale.

A mon arrivée, je trouve Mme S., dans un état de fatigue très accentué, néanmoins, elle-même me raconte son histoire :

Jeune fille, elle a toujours eu une excellente santé ; la menstruation s'est installée chez elle sans aucune complication et a toujours été régulière jusqu'à son mariage qui remonte à octobre.

Les règles apparaissent pour la dernière fois, le 10 décembre et dès janvier, une série de malaises, ont fait penser à une grossesse que l'examen médical ultérieur est venu confirmer. Ces malaises relativement peu importants se sont aggravés au début de février : les vomissements ont redoublé d'intensité, vomissements bilieux, rarement alimentaires et compatibles avec une vie normale ralentie.

Brusquement, le 9 février, les vomissements ont pris un caractère inquiétant tant par leur nombre que par l'apparition de sang noirâtre ou même rouge à certains moments. L'intolérance gastrique est complète, l'eau elle-même est rejetée et un essai d'alimentation à l'aide de bouillies épaisses a eu un résultat désastreux.

Les urines sont rares et l'intestin n'a plus fonctionné depuis le 8 février.

Au cours de mon interrogatoire un fait particulier retient mon attention : *cette jeune femme salive abondamment et crache sans cesse* ; le vomissement avec effort ne survient que de temps à autre.

Dès ce moment, ma conviction intime se précise et c'est vers le diagnostic de vomissement gravidique que s'oriente mon diagnostic.

Reprenant alors mon interrogatoire dans le détail des incidents qui ont marqué le début de la grossesse, j'apprends que la constipation est allée s'accentuant peu à peu et que les vomissements ont été assez tardifs.

L'état moral de cette jeune femme était excellent jusqu'au jour où survint une discussion violente entre sa mère et son mari, qui marque nettement le début des accidents actuels. L'intolérance gastrique est devenue absolue, la salivation intense cependant que les vomissements coïncidant avec l'opiniâtreté de la constipation pouvaient faire penser à une origine purement intestinale de toute la symptomatologie observée.

L'aspect général de cette malade n'a rien d'inquiétant de prime abord. L'amaigrissement est peu marqué, il existe surtout un état de fatigue générale en rapport avec les efforts de vomissements des derniers jours et l'insomnie. Je note un léger subictère au niveau des conjonctives.

Le ventre est rétracté en bateau, les épines iliaques saillantes et le palper abdominal indolore révèle cette sensation spéciale de consistance pâteuse que l'on rencontre chez les vomisseuses ; le foie est petit, les reins non douloureux; les urines, de teinte foncée, sont rares (300 à 400 cmc. par vingt-quatre heures.

L'examen génital confirme l'existence d'un utérus gravide de 7 à 8 semaines. Le système nerveux ne présente aucune altération autre que l'insomnie déjà notée.

Le pouls est à 95 régulier et bien frappé.

Le diagnostic est donc évident : il s'agit d'un syndrome de vomissement gravidique de moyenne intensité, avec prédominance de l'élément psychique.

Le diagnostic ainsi établi entraîne un pronostic favorable en même temps qu'il doit orienter le traitement vers un double but :

1° Rétablir l'équilibre moral et nerveux chez cette jeune femme ;

2° Rétablir le fonctionnement normal des reins et de l'intestin.

La première condition ne me paraît pouvoir être remplie que grâce à l'isolement de la malade loin du milieu familial sous le contrôle strict d'un personnel habitué à ce genre de malades.

La seconde est du domaine diététique pur applicable partout.

Les directives générales du traitement sont acceptées par la famille sans grande hésitation, le rétablissement complet etrapide de la malade y étant directement rapporté.

Cette jeune femme estenvoyée dans une clinique et laissée absolument seule à la surveillance d'une garde expérimentée.

Le tableau ci-dessous rend compte du traitement et de ses résultats.

Premier jour.

Diète hydrique : 1 litre 1/2 { Eau d'Evian / Eau lactosée.	Urines : 300 cmc.
Au réveil, 5 gr. sulfate de soude	Vomissements et sialorrhée : 1.300c
Lavement de un litre avec soude Plombières.	
1/4 milligramme, sulfate d'atropine sous-cutané.	Selles : néant.
Frictionà l'eau de Cologne sur les bras et jambes.	

Nuit calme, deux vomissements dans la nuit, sommeil normal.

Deuxième jour.

Absorption des 24 heures { 1 litre eau d'Evian. / 1/2 litre bouillon de légum. / 1/2 litre citronnade.	Urines 300 cmc.
Au réveil. 5 gr. sulfate de soude	Vomissements et sialorrhée : 1.200
Lavement de un litre à la sonde de Plombières.	
1/2 milligramme sulfate d'atropine sous-cutané.	selles : neant.
Frictions à l'eau de Cologne sur les bras et les jambes.	

La nuit est calme sans vomissement, le moral est moins bon et le rôle médical consiste surtout à rassurer la malade et à lui promettre une prochaine débâcle urinaire et intestinale.

Troisième jour.

Régime et traitement identiques	Urines : 1.100 gr. Vomissements et sialorrhée : 1.000 3 selles abondantes.

Durant les 4e, 5e et 6e jours, je ne modifie en rien le régime et le traitement appliqués.

Chaque jour, on obtient une selle abondante et la débâcle urinaire se poursuit en même temps que peu à peu les urines s'éclaircissent.

La teinte subictérique qui s'était généralisée dès le second jour de l'hospitalisation de la malade va en s'atténuant.

La sialorrhée diminue et le 6e jour, le volume des vomissements et de la salive n'excède pas 300 cmc.

Le 10e jour, je supprime l'injection sous-cutanée de sulfate d'atropine et augmente un peu l'alimentation : fruits, cuits, compotes, confiture et biscuits secs auxquels viennent s'ajouter peu à peu le pain, les pommes de terre et les légumes.

Quinze jours après son hospitalisation, cette jeune femme s'alimente normalement, son moral est redevenu celui d'une femme qui sans appréhension voit se poursuivre une grossesse ardemment désirée.

CHEMINS DE FER DU NORD

LIVRET-GUIDE-OFFICIEL

La Compagnie du Chemin de Fer du Nord, désireuse de donner dès maintenant, à sa clientèle, tous les renseignements utiles pour lui permettre d'arrêter le choix de sa villégiature pour les prochaines vacances, vient de publier une première édition de son Livret-Guide-Officiel pour l'année 1929, qu'on peut se procurer dès à présent au prix de 2 francs dans les bibliothèques des gares et dans les bureaux de renseignements des gares de PARIS-NORD, AMIENS et LILLE.

En outre, ce Livret-Guide sera envoyé franco contre la somme de 2 fr.65 sur demande adressée au Secrétariat Général de la Compagnie, Publicité 18, rue de Dunkerque, Parie (10e).

Ce Livret-Guide ne contient pas les honoraires du service d'été, mais tout acheteur recevra gratuitement ces horaires sur demande adressée dans les conditions insérées au présent Livret-Guide.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

WEEK END EN ANGLETERRE

N'avez-vous jamais pensé à profiter du Week-end pour faire une courte mais agréable excursion en Angleterre ? C'est maintenant chose facile avec les billets d'aller et retour à prix très réduits 1e, 2e et 3e classe, via Dieppe-Newhaven, valables du Vendredi au Mardi, délivrés par les gares de Paris-St-Lazare, Rouen-Rive-Droite et Dieppe, pour Londres, Newhaven, Brighton et Eastbourne.

Les voyageurs partant de Paris doivent être munis de passeports ; ceux partant de Rouen et de Dieppe en sont exemptés.

Les enfants de 4 à 10 ans peuvent obtenir des billets à demi-tarif au départ de Paris et de Rouen ; à Dieppe cette facilité est accordée aux enfants de 3 à 14 ans.

Les coupons de retour de 1re et de 2e classe Paris-Londres peuvent être utilisés par Southampton-Le Havre.

Par réciprocité, des billets de cette nature sont délivrés au départ de Londres, Newhaven, Brighton et Eastbourne, pour Paris-St-Lazare, Rouen-Rive-Droite et Dieppe.

REVUE DES THÈSES

Les colibacilluries.

M. Roger Petit, dans sa thèse (1), inspirée par M. Maurice Chevassu, résume ainsi la question :

1° La colibacillurie, dans son terme le plus large est un symptôme d'une fréquence considérable. Tantôt elle ne constitue qu'un signe clinique très accessoire, tantôt elle acquiert un rôle prépondérant et commande à elle seule l'évolution de l'affection urinaire.

2° La colibacillurie est le plus souvent à point de départ intestinal, mais il ne faut pas méconnaître l'infection par voie exogène et l'infection hématogène d'origine non digestive ;

3° La colibacillurie peut guérir spontanément et rapidement. Dans d'autres cas, elle passe à la chronicité et peut tenir en échec les thérapeutiques les plus variées. Ces cas chroniques demandent à être soigneusement dépistés et traités, car les lésions très importantes que le colibacille est susceptible de créer ne permettent pas de le considérer comme un simple saprophyte de l'arbre urinaire ;

4° Le caractère rebelle d'une colibacillurie nous semble dû très souvent à un trouble mécanique siégeant au niveau des voies excrétrices. Au cours d'examens systématiques, on constate fréquemment soit la présence de lésions prostatiques ou vésicales, soit l'existence, au niveau de l'uretère de spasmes chroniques, de sténoses de causes variées, de rétentions pyéliques, d'atonies pyélo-urétérales. Tantôt la colibacillurie est entretenue par une lésion mécanique préexistante, tantôt l'infection crée elle-même les lésions qui entretiennent sa chronicité ;

5° Une colibacillurie rebelle, chez un sujet ayant des voies excrétrices normales, est presque toujours entretenue par des foyers infectieux chroniques siégeant au niveau du rein. Ces formes sont essentiellement justiciables des méthodes biologiques ;

6° Les colibacilluries latentes sont extrêmement fréquentes. Des examens fortuits chez la femme, en dehors de la gestation, font constater la présence du colibacille dans 10 p. 100 des cas, sans qu'aucun symptôme attire l'attention sur l'appareil urinaire ;

7° Le colibacille est capable de créer, à lui seul, des lésions très importantes au niveau du parenchyme rénal (abcès corticaux ou pyonéphroses). Ces formes sont susceptibles de commander une intervention chirurgicale (décapsulation, néphrotomie, néphrectomie) ;

8° Un traitement général, hygiénique, diététique et médicamenteux est souvent suffisant pour obtenir la guérison dans un grand nombre de colibacilluries ;

9° L'échec de ce traitement nécessite, dans tous les cas, une exploration instrumentale de l'appareil urinaire pour dépister la nature et le siège des lésions qui entretiennent l'infection. Les explorations radiologiques, et notamment l'urétéro pyélographie, confirment cette exploration ou dépistent les lésions susceptibles de lui échapper ;

10° Si le résultat de ces explorations est positif, il faut instituer d'abord un *traitement mécanique*, ayant pour but de lever les obstacles nuisant au fonctionnement normal de l'appareil excréteur. Un traitement antiseptique local doit souvent y être associé ;

11° Si ce traitement est inefficace ou s'il n'y a pas de lésions des voies excrétrices, il faut recourir aux méthodes biologiques. Leur emploi préalable est illogique, car ces méthodes peuvent lutter contre l'infection, mais non contre une lésion mécanique des émonctoires ;

12° La bactériophagothérapie est de maniement délicat et de résultat incertain. Elle est parfois nuisible, car elle peut entraîner l'apparition de races colibacillaires antibactériophages, renforçant l'action du microbe à détruire. Dans certains cas, il est impossible d'obtenir la lyse dans de bonnes conditions, par résistance anormale de la race colibacillaire en cause.

La vaccinothérapie donne des résultats inconstants et éphémères, car les anticorps ne passent dans l'urine que dans une proportion minime et pour un temps très court. Elle est contre-indiquée dans les cas aigus.

La sérothérapie, par la masse considérable d'anticorps qu'elle apporte à l'organisme, crée une immunisation passive, mais brusque, dont les résultats sont presque constamment favorables. Elle s'applique indistinctement aux cas aigus et chroniques ;

13° Les colibacilluries gravidiques, rebelles et fébriles sont essentiellement conditionnées par des lésions mécaniques de compression urétérale, puis de distension pyélique.

Elles relèvent moins de méthodes biologiques que d'un traitement local. Seul le cathétérisme urétéral peut se proposer le triple but d'évacuer la rétention pyélique en sauvegardant la fonction rénale, de faire baisser la température, d'améliorer l'état général.

(1) Amédée Legrand, éditeur.

Amygdalite chronique et néphrite.

Voici les conclusions de la thèse de M. Teddy Horning (Thèse de Strasbourg, 1929) :

L'amygdalite chronique se rencontre à tout âge. Elle n'est pas seulement l'apanage de l'adolescence. La néphrite est une des complications les plus fréquentes.

L'amygdalite chronique affaiblit la résistance générale du sujet. Elle évolue sur un terrain prédisposé qui favorise l'éclosion de la lésion rénale et la tendance de cette dernière à la chronicité.

La lésion rénale est imputable à une toxémie, plus rarement à une bactériémie, du streptocoque hémolytique et verdissant.

La thérapeutique active doit être surtout chirurgicale, il est nécessaire de supprimer le foyer infectieux.

L'opération de choix est l'amygdalectomie totale, même chez l'enfant, sous anesthésie locale et régionale.

Les soins pré et post-opératoires sont d'une importance capitale, car ils diminuent l'infection et les hémorragies post-opératoires.

Les résultats sont favorables, car on supprime l'apport infectieux le plus important. Cependant, la rémission fonctionnelle est parfois lointaine, car elle est en rapport direct avec l'étendue et la profondeur des lésions néphritiques. C'est pour cette raison que nous insistons sur l'utilité du diagnostic précoce et surtout de l'intervention précoce.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Réunion plénière (17-18 *mai* 1929).

Le métabolisme de sommet,

Par J. Giaja,
Professeur à l'Université de Belgrade.

Par métabolisme de sommet, nous entendons « la puissance thermogénétique maxima que peut développer l'homéotherme à jeun, par les seuls mécanismes réflexes et automatiques, c'est-à-dire à l'exclusion de la contraction musculaire volontaire, dans la lutte extrême contre le froid ». Le métabolisme de sommet est par conséquent la limite supérieure de l'accommodation de la thermogénèse, dont la limite inférieure est le métabolisme de base.

Il est probable que cette puissance thermogénétique n'est pas la même selon les conditions qui la provoquent. Pour en aborder l'étude, nous la mesurons à la suite de brusques réfrigérations de courte durée, à l'aide d'une douche ou d'un bain d'eau glacée, l'animal étant ensuite placé dans l'appareil respiratoire, a la température de 0° environ. Lorsqu'il est nécessaire, les oiseaux sont, au préalable, partiellement plumés. Avec une certaine expérience en cette matière, on arrive à réaliser, pour chaque espèce animale, les conditions de sa résistance extrême au refroidissement, dont on juge par l'hypothermie envahissante si ces conditions sont dépassées ou si leur durée est prolongée.

Dans les conditions expérimentales adoptées, la mesure du métabolisme de sommet, répétée chez un même animal à certains intervalles de temps, donne des résultats dont la constance est du même ordre que s'il s'agissait de la mesure du métabolisme de base.

Si l'on mesure le métabolisme de sommet de différents homéothermes de taille différente et inégalement résistante au froid (canard et hirondelle, par exemple), on ne trouve pas de différences de la valeur du métabolisme de sommet, exprimé en fonction de la surface corporelle, en rapport avec cette résis- comme on aurait pu s'y attendre. Les résultats obtenus jusqu'à présent sur une quinzaine d'espèces d'oiseaux et de mammifères, pesant de 10 gr. à 6 kgr. environ, permettent d'apporter les conclusions suivantes :

1° Le métabolisme de sommet, calculé par unité de poids, est d'autant plus élevé que le poids de l'animal est plus faible.

2° Sans qu'il soit possible d'énoncer une loi des surfaces régissant le métabolisme de sommet, il n'est pas douteux que la surface, ou d'autres facteurs qui lui sont proportionnels, ont une influence prépondérante sur la fixation du niveau du métabolisme.

3° Par conséquent, il y a un certain parallélisme entre la hauteur du métabolisme de base et celle du métabolisme de sommet. Le rapport entre ces deux termes, le quotient métabolique, a dans la plupart des cas une valeur assez constante, en général entre 3 et 4.

4° Les dérogations à la loi des surfaces sont plus importantes pour le métabolisme de base que pour le métabolisme de sommet.

Différents facteurs physiologiques et pathologiques ont été étudiés au point de vue de leur influence sur le métabolisme de sommet. Les résultats obtenus font l'objet du rapport que nous présentons. Ainsi on a étudié l'influence de la nature de l'aliment, le développement du métabolisme de sommet au cours de l'ontogénèse, de la gravidité et de la lactation ; l'influence des sécrétions internes, de quelques agents pharmacologiques, de différents états pathologiques : cachexie, avitaminoses, tuberculose expérimentale, infection pyocyanique, etc. Dans le rapport, nous résumons les résultats obtenus à ce sujet ; ces résultats montrent, notamment que le métabolisme de sommet est en général plus sensible que le métabolisme de base aux troubles pathologiques.

Le métabolisme du muscle en activité,

Par J. K. Parnas,

Professeur à l'Université de Lwow.

I. Par l'étude des transformations chimiques, on a réussi, au cours de ces vingt dernières années, à établir, pour le muscle, non seulement les phases intermédiaires du métabolisme des aliments immédiats, mais encore à rapporter ces transformations intermédiaires et leur énergétique aux phases de la fonction musculaire.

II. Ce progrès fut accompli grâce aux découvertes suivantes, qui, entre 1907 et 1914, ont résolu quelques difficultés dans la question de l'exploration du chimisme musculaire.

a) On a trouvé que la plupart des manipulations préliminaires à l'analyse du tissu musculaire produisent de profonds changements d'ordre chimique ; immédiatement après on a mis au point des méthodes qui réalisent la fixation chimique de ce tissu.

b) Les méthodes de dosage ont été améliorées quand on les a fait porter sur de petites quantités.

c) On a reconnu l'influence qu'exerce, dans le muscle, la présence ou l'absence de l'oxygène sur le caractère des transformations chimiques, en particulier sur la formation et la disparition de l'acide lactique.

d) On a découvert la distribution de l'énergie, qui correspond à l'acte élémentaire de la fonction musculaire, entre la contraction même et la réparation.

e) On a trouvé que les oxydations, qui représentent la source ultime de l'énergie musculaire, n'ont lieu qu'au cours de la réparation.

[Ces découvertes, qui ont servi de base aux recherches ultérieures sur les transformations musculaires, sont dues aux travaux de Fletcher et Hopkins (1906 1907) et de Hill (1912-1914).

III. L'application de l'analyse chimique aux muscles ayant subi des variations dans l'apport d'oxygène, ayant passé par des périodes de repos et d'activité, ou soumis à des influences d'ordre pharmacologique, a fourni, en ce qui concerne le métabolisme intermédiaire des glucides, les résultats suivants.

a) Au cours des contractions, le glycogène musculaire se transforme en acide sarcolactique ; cet acide est neutralisé par les phosphates secondaires et par les sels alcalins des protides du tissu : cette transformation constitue, avec le dédoublement de la phosphocréatine, la source immédiate de l'énergie de la contraction musculaire.

b) Au cours de la réparation, l'acide lactique diparaît ; un cinquième de la quantité formée pendant la contraction subit la combustion jusqu'aux produits ultimes, tandis que quatre cinquièmes sont transformés en glucide. L'effet chimique final, c'est la combustion complète d'un cinquième du glucide qui avait fourni de l'acide lactique au cours de la contraction la moitié de la chaleur de cette combustion se dégage au cours de la réparation, l'autre couvre la dépense de la reconstitution endothermique du glucide, à partir de l'acide lactique, et du rétablissement, également endothermique, des conditions altérées par les transformations de la contraction préalable. Cette moitié sera donc la source de l'énergie des contractions prochaines (les faits exposés en *a*) et *b*) ont été établis, d'une manière définitive, par Meyerhof).

c) Les phénomènes chimiques essentiels de la contraction et de la réparation se retrouvent exactement comme ils se présentent dans le muscle excisé de grenouille, dans le travail de muscles humains vivants (Hill, Long, Lupton et Furusava).

d) La réaction couplée :

A. Combustion *n* molécules de glucide, ou de leurs produits de dégradation en anaérobiose.

P. Reconstruction de *m* molécules de glucide, à partir de ces propuits,

où $m > n$, c'est la *réaction de Pasteur*, qui est la forme la plus générale de l'utilisation des glucides par les cellules aérobies.

IV. *a*) Il n'est pas possible, actuellement, de préciser le rôle intermédiaire des phosphates dans l'utilisation des glucides, quoique les études sur les diastases musculaires, qui transforment les glucides en acide lactique, laissent entrevoir comme possible un tel rôle. La découverte, dans le muscle frais, de composés phosphoriques nouveaux — phosphocréatine et pyrophosphate — a rendu nécessaire une révision de ce qu'on prétendait savoir sur les tranformations du phosphore musculaire, surtout en ce qui concerne le prétendu « lactacidogène ».

b) La transformation de la phosphocréatine (Fiske et Subbarow) en créatine et en acide phosphorique, ainsi que la réaction inverse, représente probablement la réaction la plus importante, en quantité, après la transformation des glucides.

V. Une autre transformation, qui accompagne la dégradation des glucides, sera rapportée en détail, c'est l'ammoniogénèse musculaire et la formation de l'acide inosique.

a) Le broyage d'un muscle strié prélevé chez n'importe quelle espèce engendre la formation rapide d'ammoniaque ; cette *ammoniogénère traumatique* est supprimée par la présence de biborate de soude, ou par d'autres moyens de fixation chimique. La

fixation chimique par le biborate permet l'exploration de l'ammoniogénèse au cours des variations fonctionnelles du muscle.

b) L'ammoniaque se produit lentement pendant la période de repos, rapidement au cours des variations qui amènent la rigidité : elle s'accumule dans le tissu au cours de l'activité musculaire ; son taux est rigoureusement proportionnel à l'énergie dégagée, la constante de la proportionnalité étant plus élevée en été qu'au cours de l'inanition hivernale. Dans le muscle isolé, aucune réaction inverse n'absorbe l'ammoniaque librée. et aucune réaction ne la transforme ultérieurement en déchet.

c) L'ammoniogénèse traumatique, et celle des contractions en l'absence d'oxygène, provient de la désamination d'un nucléotide pentosique de l'endéninine (découvert par Hoffman, 1925), qui se transforme en acide inosique, c'est-à-dire en nucléotide de l'hypoxanthine. Cette désamination d'un composé aminopurique est donc la source immédiate de l'ammoniaque musculaire, tandis qu'une autre source entre en action au cours des contractions qui se font en milieu oxygéné, sans amener la fatigue. Dans ces conditions, il n'y a pas de désamination du composé adénique. Une reconstitution du nucléotide aminopurique se fait alors, avec de l'acide inosique, et des groupes aminogènes provenant probablement des acides aminés ou de leurs dérivés.

d) Le nucléotide aminopurique aurait donc pour fonction de fournir immédiatement de l'ammoniaque, qu'il récupère ensuite au cours de la réparation, il y a là, évidemment, un mécanisme d'accumulateur : charge par la réparation en présence d'oxygène, décharge instantanée au cours de la contraction. Peut-être cette fonction serait-elle aussi celle des aminopurines des acides nucléiques.

VI. La connaissance du métabolisme du muscle reste nécessairement incomplète si l'on n'élucide pas le mécanisme de la transformation des lipides.

Il semble certain que le muscle isolé ne peut pas utiliser les lipides ; la collaboration du foie semble indispensable ; il est sûr aussi que le muscle *in situ* utilise les lipides ; le rendement mécanique de cette utilisation reste inférieur à celui de l'utilisation des glucides. Mais ni le mécanisme intermédiaire, ni même la localisation anatomique des phases de cette collaboration ne peuvent être donnés actuellement d'une manière précise. Il semble bien probable que le muscle est capable d'utiliser les lipides après qu'ils ont été modifiés, d'une façon quelconque, par l'action d'un autre organe.

L'origine des espèces et le mutationnisme

Par L. Cuénot,

Professeur à la Faculté des sciences de Nancy.

La conception classique de l'espèce (individus semblables et féconds entre eux, infertiles avec les groupes spécifiques voisins) est devenue inacceptable, de nombreures expériences ayant montré un défaut de parallélisme entre les différences morphologiques et les incompatibilités sexuelles, et aussi tous les passages possibles entre l'interfécondité complète et l'interstérilité absolue, de sorte qu'on ne sait où placer la limite. Il faut donc rebâtir à neuf.

Le mendélisme nous a fait connaître une unité certaine : c'est l'individu (ou le groupe d'individus) homozygote, dont la descendance est homogène : cette *espèce-unité* est représentée dans la nature, à peu de chose près, par la *petite espèce* ou *jordanon*, mise en évidence par A. Jordan, lorsqu'il décomposa en plus de 200 formes permanentes ce que Linné appelait *Dabra verna*. Le jordanon est la première unité systématique.

La notion d'une seconde unité nous est donnée par une population d'*Helix nemoralis* habitant un jardin ; il apparaît nettement qu'elle est constituée par un certain nombre de mutants ou jordanons croisés entre eux, de telle sorte que presque tous les individus sont hétérozygotes : c'est une *espèce collective* ou *linneon*. Son caractère capital est d'être *isolé* des linneons voisins et alliés, soit par l'habitat, soit par une incompatibilité sexuelle plus ou moins complète ; il a donc, en quelque sorte, une valeur surtout régionale. La tendance des taxinomistes est d'élargir cette idée très claire de la population hétérogène, en imaginant une espèce collective, telle que la souris, et en lui rattachant des sous-espèces arbitraires, surtout géographiques,

ce qui donne à la nomenclature une instabilité perpétuelle. Je propose de réserver le nom de jordanon à tout ce qui est isolé, homogène et reconnaissable, celui de linneon aux populations hétérogènes et isolées, et d'appeler *clan* (type *Draba verna*) les groupes affines de linneons ou jordanons séparés géographiquement.

Le problème de l'origine des espèces est celui de l'origine du jordanon isolé ; on peut dire qu'aucune théorie solide n'eu a expliqué la genèse, ce qui motive cette critique souvent faite que, somme toute, l'on n'a jamais vu se développer une « bonne espèce » nouvelle. Le fait est qu'on ne comprend guère qu'une mutation morphologique, phénomène assez rare, puisse être à elle seule fondatrice d'espèce, puisqu'elle ne rend pas compte de l'isolement, qui est le phénomène capital ; et cependant les linneons et les jordanons paraissent bien n'être séparés les uns des autres que par des différences de l'ordre des mutations. J'examinerai quatre cas principaux :

1° Le jordanon est créé d'un coup par une simple mutation, dans le cas des plantes autofécondables (ex. : *Chelidonium laciniatum*, apparu en 1500 aux dépens de *majus*) ;

2° Le mutant peut se *substituer* à la forme originelle, probablement par le jeu de la fécondité différentielle (mutants mélaniques de la Phalène du Bouleau) ;

3° Un obstacle géographique peut couper en deux une aire jadis continue et provoquer la formation d'*espèces géminées* (faunes marines à l'est et à l'ouest de l'isthme de Panama, surgi au pliocène) ;

4° Le processus probablement le plus important est celui de la mutation simplement physiologique ou psychique, sans aucun retentissement morphologique, qui est une *mutation d'isolement* ou de *ségrégation*, se traduisant par une affinité, différente de celle de la souche, pour une certaine condition de milieu, ou pour une plante nourricière nouvelle, ou encore par un décalage de l'époque de maturité sexuelle et de ponte : on connait en effet nombre d'*espèces jumelles* séparées uniquement par l'époque de ponte, comme *Rana esculenta* et *ridibunda*, les deux Seiches officinales de l'Atlantique, les deux Calmars subulés, les Corégones des grands lacs, aussi séparées que si elles étaient interstériles.

La phase essentielle et décisive de l'édification d'une espèce nouvelle, celle qui aboutit à l'isolement des mutants, se passe donc dans l'ombre, et est inaperçue ; les mutations morphologiques, les modifications dues au milieu ne viennent qu'après, et leur action peut s'étendre sur des milliers d'années ; si l'Homme a une vie trop brève pour observer le début et la fin d'un tel processus, les stades divers se présentent à lui en abondance dans la nature, et il ne peut y avoir de doute sur leur succession.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Viennent de paraitre :

Lumière et rayons infra-rouges, par E. et H. Biancani. In-8 : 20 fr. (Gauthier-Villars.)

Les enfants trop petits, par le Professeur Nobécourt. In-8 : 20 fr. (Expansion Scientifique française.)

Helminthes et protozoaires les plus fréquents, par le Dr Léo. In-8 : 20 fr. (Expansion Scientifique française.)

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours des prix de l'internat en pharmacie.* — Classement : 1re division : Médaille d'or, Mlle Leblanc 82 points ; Médaille d'argent, M. Cahen 75 3/4 ; Mention, Mlle Lambin 71 1/2 ; 2e division : Médaille d'argent, M. Beaufils 67 1/2 ; Accessit, M. Fourmont 63 3/4.

Concours de médecin des hôpitaux. — Consultation écrite. — Séances des 16 et 17 mai : MM. Ravina 19.36, Chevalley 18.72. Mme Bertrand-Fontaine 19.09. MM. Coste 19.27, Paraf 20, Lelong 19.27, Levesque 20.

Epreuve clinique. Séance du 18 mai : MM. Ravina 19.81, Levesque 20, Paraf 20, Lelong 19.81, Coste 20.

Les autres candidats se sont retirés. A la suite de ce concours sont nommés MM. les Drs Parat, Levesque et Coste.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve clinique. Ont obtenu : MM. Oberlin 19, Leibovici 16, Thalheimer 17, Huet 19, Bernard 14, Chabrut 15, Meillère 14, Reinhold 17, Bloch 17, Ameline 18.

Médecine opératoire. Séance du 23 mai. Questions données. — Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur du bras : — Désarticulation sous-astragalienne (pied droit). MM. Reinhold 24, Leibovici 25, Oberlin 27, Ameline 26, Thalheimer 27, Bloch 26, Huet 27. MM. Meillère, Bernard et Chabrun se sont retirés.

Epreuve clinique. Séance du 24 mai. MM. Oberlin 20, Thalheimer 18, Huet 20, Ameline 17, Bloch 19. Les autres candidats se sont retirés.

A la suite de ce concours sont nommés MM. les Drs Oberlin et Huet.

Concours d'électro-radiologisie des hôpitaux. — Séance du 24 mai. Epreuve pratique de radiologie. MM. Serrand 9, Desgrez 12, Poubert 15, Beau 6, Busy 8.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 27 mai. — M. Hruszek. Indications et résultats des myomectomies durant la gestation. — M. Colonne. Dominique Guylilhundi (1655-1710). — M. Chrétien. Le mercure dans l'histoire de la thérapeutique antivénérienne. — M. Launay. Plastique du pavillon dans l'évidement pétro-mastoïdien.

28 mai. — M. Achard. Etude du sarcome de l'oreille chez l'enfant. — M. Collinson. Etude des sarcomes utérins. — M. Hérard. Traitement par la chirurgie des épithéliomes cutanés du nez. — M. Dayot. Etude du traitement de la luxation acromio-claviculaire.

29 mai. — Thèses vétérinaires. — M. Barbier. Des sources de la virulence rabique.

30 mai. — M. Le Rochais. Essai sur les dextrocardies par sclérose pulmonaire. — Mlle Carnoy. Etude de la mobilité de la région cæco-appendiculaire. — M. Goulet. Etude de la thérapeutique de la tachycardie. — M. Aronin. Galégine et diabète. — M. Damon. Ruptures artérielles spontanées secondaires. — M. Séguinot. La mythomanie devant la justice. — M. Briton. Plaies de poitrine et tuberculose pulmonaire. — M. Lonjumeau. La scrofule. — M. Ginsburg. Etude des épidémies de grippe depuis la guerre.

Thèses vétérinaires. — M. Haag. Les formes cliniques du surmenage chez le cheval.

Concours pour un emploi de professeur suppléant d'histologie à l'école de médecine d'Amiens. — Un concours s'ouvrira, le lundi 25 novembre 1929, devant la faculté de Lille, pour un emploi de professeur suppléant d'histologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Visite à Vichy de la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine. — La station thermale de Vichy a reçu, les 8 et 9 mai, la visite des auditeurs des cours de gastro-entérologie de la Clinique médicale de l'hôpital St-Antoine conduits par les docteur Le Noir et Bensaude, médecin des hôpitaux.

Une cinquantaine de médecins et étudiants, pour la plupart étrangers, ont participé à cet intéressant voyage qui constitue une leçon pratique illustrant l'enseignement des maîtres de St-Antoine.

Dispensaire de l'Aube. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Aube.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés français, âgés de 30 ans au moins et de 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de l'Aube (2e division), avant le 1er juillet 1929, et être accompagnée des pièces suivantes :

Le traitement attaché à la fonction de médecin spécialisé des Dispensaires est fixé à 30.000 francs par an et peut atteindre 40.000 francs, par échelons successifs de 2.000 francs.

Le médecin pourra, sur sa demande, être admis à participer à la Caisse départementale de retraites.

A ce traitement s'ajoutent :

1° Une indemnité de résidence et, le cas échéant, une indemnité pour charges de familles, égales aux indemnités de même nature servies au personnel de la Préfecture ;

2° Une indemnité forfaitaire annuelle pour frais de déplacement fixée à 2.000 francs et susceptible de relèvement lors de la création de nouveaux Dispensaires.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique) en dix leçons, par MM. les Drs V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, Magitot et Bollack, ophtalmologistes des hôpitaux, et M. le Dr Hartmann, commencera le mardi 18 juin à 14 h. et continuera les jours suivants à la même heure. Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Opérations sur les muscles oculaires. — 2° Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3° Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4° Opérations sur les voies lacrymales. — 5° Opérations antiglaucomateuses. — 6° Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7° Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8° Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9° Opérations sur le cristallin. — 10° Opérations sur l'orbite.

Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance. — Le professeur P. LEREBOULLET fera, avec la collaboration de MM. LELONG, CHABRUN, GOURNAY, DETROIS, chefs de clinique et chefs de laboratoire, une série de quatre leçons, du mercredi 12 juin au samedi 16 juin, à 10 h. 30 sur : Les diarrhées estivales du nourrisson. (Etiologie générale, étude clinique et biologique, thérapeutique, prophylaxie.) Ce cours est gratuit.

Chaire d'hygiène et clinique de la première enfance. — Un cours de révision sous la direction de M. le professeur P. LEREBOULLET, avec la collaboration de MM. CATHALA et JANET, médecins des hôpitaux, M. LELONG, M. BRIZARD, M. SAINT-GIRONS Mme DOLLFUS-ODIER, chefs de clinique, M. COTTENOT, électro-radiologiste des hôpitaux, M. GOURNAY, M. DETROIS, chefs de laboratoire, MM. CHABRUN, BOHN, ROUDINESCO, assistants du service.

Ce cours portera sur l'ensemble du programme d'hygiène et de clinique de la première enfance, il aura lieu le matin à 9 h. 30, le soir à 16 h. 30, à partir du 20 juin 1929. Chaque cours sera constitué par un exposé théorique aussi court que possible, complété par des présentations cliniques et des exercices pratiques individuels au lit des malades ou au laboratoire.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté. Droit à verser 250 frs.

Amphithéâtre d'anatomie. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie des voies urinaires), en six leçons, par M. le Dr Raymond LEIBOVICI, prosecteur, commencera le lundi 24 juin 1929, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 200 francs.

Ce cours fera partie du cours complémentaire de chirurgie urinaire, sous la direction de M. le professeur agrégé CHEVASSU, à l'hôpital Cochin. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

PROGRAMME DU COURS. — 1° Urétrotomie externe. Suture de l'urètre. Amputation de la verge. — 2° Voie d'accès périnéale sur la prostate. Incision des abcès prostatiques. — 3° Cystostomie. Cystostomie élargie. Cystostomie continente. — 4° Voies d'accès sur le rein. Voies d'accès sur l'uretère. Néphropexie. — 5° Décapsulation rénale. Pyélotomie. Néphrostomie. — 6° Les néphrectomies.

Institut de technique sanitaire et hygiène spéciale des industries. — L'*Institut de technique sanitaire et hygiène spéciale des industries*, organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des arts et métiers, et destiné à la formation de techniciens de l'assainissement, ouvrira sa prochaine session le 13 novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études, reçoivent un diplôme d'Etat : Brevet de technicien sanitaire.

Des auditeurs libres sont admis, sans être astreints à une scolarité régulière.

L'enseignement est gratuit. Sa durée est limitée à trois mois, de façon à permettre aux élèves de province de le suivre, sans séjourner trop longtemps à Paris.

Les candidats qui ne peuvent résider à Paris pendant trois mois consécutifs peuvent être autorisés à répartir leur scolarité sur deux années.

Les demandes adressées dès maintenant donnent la priorité d'inscription, dans l'ordre chronologique de réception.

Pour tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des arts et métiers, 292, rue St-Martin à Paris (3e arr.).

Conférences de l'Association française pour l'avancement des Sciences. M. le Professeur ROUSSY, membre de l'Académie de médecine, fera, le mardi 11 juin, à 20 h. 30, une conférence sur l'orientation actuelle des idées sur le cancer. — (Amphithéâtre Descartes, à la Sorbonne.)



ACTUALITÉS

Ce que pensait la Société royale de médecine, de Marseille — en 1829 — de la création d'une chambre de discipline (1).

..... « *Quelles que soient les lumières des médecins de la capitale, quel que soit leur nombre, ils ne sauraient être considérés comme représentant à eux seuls tout le corps médical. Les médecins des provinces doivent entrer dans la balance et leur voix doit être entendue, pour que la nouvelle organisation puisse être le résultat de l'expression générale et répondre à tous les besoins.*

Dans cet état de choses, la Société royale de médecine de Marseille, qui depuis 1827 a ouvert un concours sur les améliorations que réclament l'enseignement et l'exercice de notre art, n'a pas cru devoir garder le silence. Elle a nommé une commission, composée de membres qui par leur âge représentent le passé et l'avenir de la science; *c'est le travail de cette commission, entrepris hors de l'influence de l'esprit de coterie, loin d'un théâtre où tant de passions sont mises en mouvement* que nous avons l'honneur de vous soumettre, dans l'espoir qu'en remplissant un devoir, nous pourrons coopérer à faire le bien. »

....

..... « La médecine étant, par sa nature, la plus libre, la plus indépendante des professions, le médecin a besoin d'une pleine liberté, d'une indépendance complète dans l'exercice de son art. Comme citoyen, il est soumis aux lois de l'État qui ont action sur sa vie privée ; comme médecin, il ne doit compte qu'à sa conscience de ses faits, comme il ne doit prendre pour guides dans sa pratique que ses lumières et son intelligence. Il y aurait presque de la niaiserie à prétendre qu'un individu affranchi par le droit ne doit pas l'être par le fait ; et à vouloir qu'un médecin, reconnu légalement capable, ait à répondre de sa capacité à des juges ou à des censeurs choisis parmi ses égaux. *Ou en serions-nous, grand Dieu, si au milieu des rivalités, des jalousies, et de toutes les passions qui agitent le monde médical, on venait à faire surgir une chambre de discipline qui aurait un pouvoir aussi discrétionnaire ? C'est bien aujourd'hui où des systèmes divers et opposés se disputent le sceptre de science, qu'il serait à craindre que « sous prétexte de discipline de corps, les membres ne fussent recherchés, persécutés même pour leurs opinions médicales comme pour leur conduite privée ; que les passions, les jalousies ne se couvrissent trop souvent du voile de l'ordre et de la noblesse de l'état de médecin, pour tourmenter ceux d'entr'eux que des idees nouvelles et des succès trop prompts distingueraient et tireraient de la classe commune. » Nous préserve le ciel d'une pareille inquisition qui, à côté du peu de bien qu'elle pourrait faire, ouvrirait la porte à une foule d'abus dangereux en livrant à l'arbitraire la réputation, la fortune et l'indépendance des médecins !* Le barreau de Paris a offert naguère des exemples de cette funeste prérogative, en repoussant de son sein deux hommes distingués dont il redoutait sans doute bien moins les opinions politiques que le savoir profond et le noble caractère.

Les prétextes ne manqueraient pas en médecine pour produire fréquemment un pareil désordre à une époque surtout où il n'est pas rare de voir l'ingratitude appeler impudemment les médecins devant les tribunaux pour faire juger leur conduite médicale, comme s'il pouvait y avoir délit là où il n'y a pas intention de nuire ! *Or, il n'est pas plus rare de voir des médecins provoquer ces affligeants débats, ne pas rougir de descendre volontai-*

(1) Extrait d'un rapport du docteur G.-A.-T. Sue, sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, fait au nom d'une commission nommée par la Société royale de médecine de Marseille — 13 janvier 1829 — Recueil de la Société royale de médecine de Marseille. 4e année, tome 4, n° 1.

rement dans cette lice scandaleuse, et faire ainsi douter du savoir de leur collègue, comme s'il pouvait y avoir impéritie là où il y a capacité légalement reconnue ! Si les avocats, frappés des inconvénients qui sont attachés à leur chambre de discipline, demandent la suppression d'un pareil tribunal, *que ne doivent pas faire les médecins pour prévenir la création d'une institution qui pour eux serait bien plus dangereuse encore.* Heureux de vivre sous la législation commune qui protège également tous les intérêts. les médecins ne peuvent vouloir des privilèges qui blesseraient avec raison les autres corps de l'Etat, s'ils étaient réels, et que s'ils n'étaient qu'apparents, pourraient atteindre leur existence médicale et compromettre leur liberté.

Mais si une chambre qui aurait le droit de prononcer des peines de discipline nous paraît une institution vicieuse qu'il faut repousser bien loin, la formation d'une chambre de médecins qui serait charger de veiller à l'observation des lois relatives à la medecine, d'en provoquer l'exécution auprès des juges ordinaires, ne présenterait-elle pas de nombreux avantages ? Une pareille institution nous paraît indispensable pour réprimer les abus contre lesquelles les meilleures lois seront toujours impuissantes, tant que ceux qui seront chargés d'en poursuivre l'application ne seront pas intéressés à ce qu'elles ne puissent être éludées.

Pour que cette *chambre de surveillance offre toutes les garanties durables, il faut :*

1° *Que les membres qui la composeront soient nommés par les médecins eux-mêmes à la majorité absolue des voix.*

2° *Qu'ils soient amovibles et renouvelés chaque année en totalité ou en partie.*

Il conviendrait pourtant que les membres sortants pussent être réélus, pour les empêcher de commettre aucun acte arbitraire par la crainte de remplacement, et d'un autre côté pour les encourager à bien faire par l'espoir de la réélection.

Cette chambre n'aurait ni droit de censure, ni action aucune sur la vie privée et les opinions médicales qui, on ne saurait trop le répéter doivent être respectées comme chose sacrée. Elle n'aurait d'autre attribution que de veiller à ce que les lois existantes fussent exécutées, et d'en poursuivre l'exécution près les tribunaux.

Elle serait chargée, en outre, de la visite des officines des pharmaciens, des boutiques et magasins des épiciers, droguistes et herboristes dans le ressort de chaque arrondissement respectif. Ses membres devraient être défrayés de la perte de leur temps ; *car le temps étant le capital des gens de l'art*, l'administration ne doit jamais perdre de vue que lorsqu'on les oblige à des déplacements, il est de toute justice de les en dédommager convenablement.

Nous pensons, au reste, que les droits à percevoir pour cette opération, joints au produit des amendes infligées par l'autorité compétente pour contravention aux lois sur la médecine et la pharmacie, seraient plus que suffisants pour les indemniser de leurs frais et peines..... » (1)

(1) Les membres de la Commission, André, Beullac père, Favart, Gillet, Guiaud, Rey, Roubaud, Roux, et Sue rapporteur. La Société royale de médecine de Marseille, après avoir entendu la lecture du rapport ci-dessus, l'a adopté dans tout son contenu, et a décidé qu'il serait imprimé et adressé à S. Exc. Mg. le Ministre de l'Intérieur, et à M. le comte de Villeneuve, conseiller d'État, préfet du département des Bouches-du-Rhône, à M. le marquis de Montgrand, maire de Marseille, à l'Académie royale de médecine de Paris, aux médecins réunis de la capitale, et à toutes les sociétés savantes avec lesquelles elle est en relation.

Marseille, le 13 janvier 1829.

GUIAUD, président.
P. M. ROUX, secrétaire général.



TRAVAUX ORIGINAUX

Anilisme professionnel au cours de certaines opérations de l'industrie chimico-pharmaceutique,

Par F. HEIM DE BALSAC, AGASSE-LAFONT et FEIL.

L'anilisme professionnel peut se manifester soit au cours de la préparation de l'aniline même, soit au cours de son emploi, dans la fabrication de certains de ses dérivés ou dans leur utilisation industrielle.

Nous avons poursuivi, pendant ces dernières années, plusieurs enquêtes dans le but de déterminer quels sont les dangers actuels de cette intoxication, dans les conditions présentes de préparation et d'utilisation de l'aniline même et de ses dérivés, et malgré les perfectionnements de la technique et les règles de prophylaxie généralement appliquées.

Les résultats de deux de ces enquêtes ont été antérieurement publiés par nous : l'une a porté sur la fabrication de l'aniline et de certains de ses dérivés (fuchsine, bleus d'aniline, amino-azo benzène) ; l'autre sur l'emploi des teintures à base d'aniline dans l'industrie des fourrures d'imitation (1).

Nous apportons aujourd'hui le résultat d'une troisième enquête, sur l'emploi industriel de l'aniline et sur ses dangers possibles dans la fabrication d'un médicament d'usage relativement récent, et d'une grande puissance thérapeutique, en particulier contre les affections parasitaires (maladie du sommeil, etc.), car il est très riche en arsenic (37 pour 100 d'acide arsénique), l'anilarsinate de sodium ou atoxyl.

***

L'anilarsinate de sodium s'obtient en faisant agir à chaud de l'aniline sur de l'acide arsénique. Dans l'usine où nous avons poursuivi notre enquête, on utilise un appareil en fonte, à double fond, dit appareil à réaction, qui renferme un bain de paraffine, maintenue à une température de 100°. On y met de l'aniline, puis de l'acide arsenique, et la réaction, qui est terminée en 5 à 6 heures, donne naissance à de l'acide anilarsinique, insoluble dans l'eau. En y ajoutant de la soude, à 36° B., on obtient de l'anilarsinate de soude, soluble dans l'eau, et qu'il est par suite possible de séparer, par décantation, de l'acide anilarsinique et de l'aniline inutilisés, ces deux derniers corps étant insolubles. L'aniline impure est régénérée dans des appareils à distiller sous pression réduite.

Quels sont, *a priori*, les dangers possibles de ce travail ? Ils pourraient résulter tout d'abord de l'*aniline froide* déposée dans l'atelier, avant son utilisation. Elle est, en effet, contenue dans des récipients non fermés, dans le voisinage desquels circulent et séjournent les ouvriers occupés à la préparation de l'anilarsinate. Il peut arriver, d'autre part, que l'aniline soit accidentellement répandue en plus ou moins grande abondance, sur le sol, ou sur les mains de l'ouvrier qui la transporte. Il y a, en second lieu, le danger d'intoxication par l'*aniline chauffée* et dégageant des vapeurs : mais cette opération est faite dans des récipients métalliques hermétiquement clos, et par suite, normalement, aucune vapeur ne peut se répandre hors de l'appareil. Il faut envisager cependant la possibilité d'un fonctionnement défectueux, ou d'une fuite, en particulier au niveau de la tuyauterie des appareils à distiller, et, comme conséquence, un dégagement de vapeurs toxiques dans l'air de l'atelier.

En réalité, les renseignements qui nous ont été fournis soit par le directeur de l'atelier, soit par les ouvriers, et nos propres constatations nous ont montré que, si le danger d'intoxication existe à n'en pas douter, il est cependant limité à quelques circonstances, que nous allons préciser.

Signalons tout d'abord que l'aniline *froide*, contenue dans des récipients ouverts, ne paraît pas être la cause, pour les sujets qui séjournent à côté, de manifestations morbides appréciables. Les ouvriers affirment qu'ils n'en sont nullement incommodés. Il semble de même que le contact de l'aniline *froide* avec les téguments soit aussi inoffensif. Le directeur de l'atelier que nous avons visité, observateur attentif et instruit des différents symptômes, même légers, de l'anilisme, atteste cette innocuité. Il nous a cité des exemples à l'appui de son opinion, et nous a dit qu'il avait, à maintes reprises, trempé ses mains dans l'aniline, et n'en avait ressenti aucun effet fâcheux. Il lui est même arrivé d'avoir les mains imprégnées d'aniline, pendant environ un quart d'heure, en essayant d'obturer une fuite, sans éprouver de malaise immédiat ou tardif. A l'appui de ces renseignements nous avons pu nous-mêmes, au cours de nos examens, voir un ouvrier réparer, pendant plusieurs minutes, un accident de tuyauterie, avoir les doigts imprégnés d'aniline, et ne présenter par la suite aucun signe d'intoxication. Cette innocuité du contact de l'aniline avec les téguments est en désaccord avec les données classiques, elle n'existe peut-être pas dans tous les cas.

Par contre, quoique froide, l'aniline répandue accidentellement en larges nappes sur le sol, a pu provoquer des malaises, plus ou moins intenses, chez les ouvriers exposés à en respirer les vapeurs, surtout quand l'accident s'est produit dans un local mal ventilé, ou en présence d'une température élevée.

Mais c'est l'aniline chauffée, dégageant des vapeurs s'échappant des récipients ou de la tuyauterie, qui est passible des cas d'intoxication les plus habituels et les plus graves.

***

Notre enquête a été faite dans un atelier petit et assez mal aéré, qui devait d'ailleurs n'être utilisé que pour peu de temps encore, et être bientôt remplacé par un atelier de construction plus vaste et d'aération mieux comprise. Les ouvriers ne se servaient ni de masques, ni de gants. Ils étaient au nombre de 7 à la fois. Mais nous devons noter leur renouvellement fréquent, en particulier pour les manœuvres, puisqu'en 8 ans 150 sujets ont passé dans cet atelier : ce qui fait une moyenne de séjour, pour chacun, d'environ 4 mois et demi.

Or sur cette totalité d'ouvriers et pendant toute cette période, on relève onze cas d'intoxication aiguë par l'aniline, généralement bénins, et terminés tous par la guérison. Les durées d'interruption du travail ont été les suivantes :

1	cas	3 semaines.
3	»	8 jours.
1	»	3 jours.
1	»	2 jours.
5	»	2 à 3 heures.

Dans les 5 derniers cas, il n'y a eu qu'une simple cyanose, et les ouvriers indisposés ont pu reprendre le travail dans la journée même, après quelques instants d'aération et de repos.

Il a été noté que les premiers symptômes surviennent généralement 1 à 2 heures après l'inhalation des vapeurs nocives.

Voici le résumé de celles de ces intoxications qui ont été les plus graves :

(1) F. HEIM DE BALSAC, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL. L'anilisme professionnel dans la fabrication de l'aniline et de certains de ses dérivés ; *La Presse Médicale*, n° 74, 15 septembre 1926. — Enquête sur l'anilisme chronique professionnel dans l'industrie des fourrures d'imitation ; *Le Journal Médical français*, tome XVII, n° 11 (Les toxiques) novembre 1928.

Obs. I. — Prince de G., russe, employé depuis un mois à l'atelier, est exposé à respirer l'aniline, répandue sur le sol, à la suite d'un accident de machine. Une heure plus tard, il devient pâle, se plaint d'étourdissements, de vertiges, de céphalée : ses lèvres se cyanosent, et quelques minutes après, il s'évanouit. Des inhalations immédiates d'oxygène, puis des soins consécutifs à l'hôpital donnent une guérison complète, et la possibilité de reprendre le travail trois semaines plus tard.

Obs. 2. — L., âgé de 36 ans, occupé à l'atelier d'aniline depuis environ 3 ans, est exposé, un jour d'été, à respirer des vapeurs d'aniline répandues sur le sol, par suite d'un accident de machine, qu'il s'occupe lui-même à réparer. Deux heures après, les autres ouvriers remarquent qu'il est cyanosé ; mais, ne ressentant qu'une légère céphalée, il ne s'inquiète pas et continue son travail. Une heure plus tard, il devient très pâle, la cyanose augmente au niveau des lèvres et des ongles ; il est pris de vertiges, de nausées : la céphalée s'accentue. On lui fait faire des inhalations d'oxygène et absorber du lait. Au bout de quelques heures, il a des vomissements, une asthénie marquée : on constate de l'oligurie. Ces symptômes s'atténuent peu à peu : mais la céphalée et l'asthénie persistent quelques jours. Il reprend son travail après une semaine.

Quelques semaines plus tard une nouvelle inhalation accidentelle d'aniline provoque chez lui des symptômes semblables, mais atténués, et qui ne le forcent pas à interrompre son travail.

Il est à noter par contre, qu'il se trempe *quotidiennement* les mains dans l'aniline (3 à 10 minutes en moyenne, parfois 15 à 30 minutes), et qu'il affirme n'en ressentir aucun malaise. Il semble donc bien, comme nous l'avons signalé, que, dans les conditions normales d'intégrité de l'épiderme, ce contact de l'aniline froide avec les téguments n'est pas susceptible de donner les manifestations toxiques rapides que provoque l'inhalation. On peut se demander cependant s'il n'est pas nocif à la longue : nous avons en effet constaté, chez cet ouvrier, une pâleur anormale et une légère albuminurie.

Obs. 3. — F., âgé de 26 ans, occupé dans l'atelier depuis quelques mois, respire accidentellement des vapeurs d'aniline chaude, répandue en nappe sur le sol et sur les machines ? Peu incommodé tout d'abord, il continue sa journée de travail, mais le soir il ressent une grande lassitude, a de la céphalée, et, seul dans une chambre d'hôtel, il reste sans connaissance jusqu'au matin. Il guérit et reprend son travail après quelques jours.

En outre des observations d'anilisme aigu que nous avons recueillies, et dont nous venons de résumer les plus caractéristiques, nous avons interrogé et examiné 9 sujets, ouvriers, contremaître et directeur d'atelier, pour avoir une vue d'ensemble de l'état sanitaire des sujets occupés à la préparation de l'anilarsinate de sodium.

C'étaient tous des hommes, dans la force de l'âge (de 22 à 54 ans). Ils étaient attachés à leur occupation actuelle, 4 depuis 8 à 5 ans, les 5 autres depuis 2 à 6 mois. L'examen clinique actuel n'a permis de relever que peu de symptômes morbides : 3 avaient une légère pharyngite, 1 de l'albumine. Chez tous, les réflexes étaient normaux : le pouls régulier, entre 85 et 65 ; la tension normale chez 7 (tension maxima, avec l'appareil Vaquez-Laubry, de 15,5 à 13), 2 ayant au-dessus (l'un 18 et l'autre 16). Par contre, 4 avaient eu, dans le passé, des accidents aigus semblables à ceux que nous avons signalés ; et d'autre part, ils relataient l'apparition de temps à autre, de manifestations toxiques passagères dans les proportions suivantes : céphalée (3 sur 9) ; vertiges, étourdissements (2 sur 9) ; pâleur ou cyanose (4 sur 9) ; anorexie (1 sur 9).

Quant à l'examen du sang, il ne nous a pas montré de particularités bien caractéristiques. La formule leucocytaire est orientée dans le sens d'une légère polynucléose (4 ayant de 76 à 71 polynucléaires pour 100 ; 5 de 70 à 63), le nombre des petits lymphocytes étant relativement peu élevé (de 10 à 1 pour 100). En ce qui concerne les éosinophiles, presque tous (7 sur 9) en avaient un nombre normal (de 3 à 0,5 pour 100), 1 ouvrier ayant 6 éosinophiles, et un autre 4 pour 100. La recherche des globules rouges à granulations basophiles a été négative, nous avons trouvé chez un seul sujet 1 élément douteux, à granulations très fines.

∴

En résumé, l'anilisme professionnel, dans la fabrication de l'anilarsinate de sodium, se manifeste sous les deux formes habituelles de l'anilisme, l'une aiguë, l'autre chronique.

Dans notre enquête, nous n'avons, en ce qui concerne la forme aiguë, relevé, heureusement aucun cas mortel, pendant une période de plusieurs années et sur une totalité de 150 ouvriers. Il y a eu cependant des cas assez graves, et qui montrent la nécessité d'une rigoureuse prophylaxie et de soins immédiats et énergiques, dès que l'intoxication se produit.

Quant à l'anilisme chronique, il se manifeste ici, dans une proportion relativement faible et sous une forme atténuée, par la symptomatologie classique, que nous avons nous-mêmes retrouvée et complétée dans nos enquêtes antérieures : manifestations passagères ou durables du côté des téguments et des muqueuses (pâleur, cyanose, pharyngite) ; troubles nerveux (céphalée, étourdissements, vertiges) ; parfois altérations de la formule leucocytaire (tendance à la polynucléose et à l'éosinophilie). La présence de globules rouges à granulations basophiles est par contre un symptôme rare, et difficile à déceler dans cette intoxication, contrastant avec la fréquence, l'abondance et la netteté d'aspect de ces éléments dans le saturnisme.

(Travail de l'Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris.)

Erythèmes infiltrés annulaires médicamenteux

Par MM.

L. LORTAT-JACOB, et BUREAU,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis. Interne des Hôpitaux.

Nous venons d'observer à l'hôpital St Louis deux malades dont les observations nous semblent intéressantes à rapporter. Il ne s'agit cependant que de cas très banaux, et ne présentant pas de particularités cliniques spéciales, mais il nous a paru utile de les rapporter, car le diagnostic d'entrée chez ces deux malades était inexact et la cause des lésions avait échappé au médecin traitant ; il est donc important d'attirer à nouveau l'attention sur ces faits. Voici les deux observations.

Observation I. — M... Louis, 55 ans, employé aux chemins de fer du Nord, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Devergie, le 29 mars 1929 pour une éruption généralisée à tout le corps et à la face, extrêmement prurigineuse, et datant de trois semaines environ.

Ce qui frappe, tout d'abord, dès le premier examen, c'est l'extrême polymorphisme des lésions. On trouve en effet sur le tégument de ce malade à la fois des zones simplement érythémateuses, des placards infiltrés, des éléments un peu vésiculeux et des croûtes. Ces lésions sont disséminées sans ordre sur toute la surface du corps, mais prédominent cependant à la face et sur les faces d'extension des membres.

La face est boursouflée, tuméfiée et il existe une infiltration dermique très marquée surtout au niveau des paupières, — qui masquent en partie les yeux —, des sourcils, des oreilles.

Toute la région est le siège d'un érythème très marqué avec petites desquamations de la peau. Seule la région qui entoure la bouche est indemne.

Des placards infiltrés plus ou moins profondément se trouvent sur le cou et les régions parotidiennes. De place en place il existe des régions infectées secondairement, présentant les

croûtes mellicériques et le suintement caractéristique de l'impetigo.

Les yeux sont rouges et les conjonctivites fortement injectées.

Au niveau des membres supérieurs, les lésions prédominent, surtout sur les faces d'extension et sont surtout importantes sur la face externe des avant-bras.

Les coudes sont relativement indemnes — les poignets peu atteints. Ces lésions consistent surtout en placards infiltrés, mal limités à bords déchiquetés. La taille de ces placards est variable, beaucoup ne dépassent pas la largeur d'une pièce de deux francs. Quelques-uns sont grands comme une pièce de cinq francs. Par contre sur la face externe des deux avant-bras il existe une vaste raie rougeâtre et recouverte de squames épaisses qui occupe à peu près toute la face d'extension.

Ces placards sont les uns simplement infiltrés et de couleur brunâtre, la pression du doigt n'atténue qu'en partie la couleur rougeâtre et il est hors de doute que, si la congestion domine, il existe cependant de place en place des zones d'hémorragies vraies

Ces placards donnent au toucher une sensation de surélévation nette. Quelques-unes sont recouvertes de fines vésicules, la plupart de squames assez épaisses mais qui se détachent assez facilement.

Sur les placards des avant-bras il existe des squames disposées en bandes donnant un aspect zébré un peu particulier ; en d'autres régions les squames recouvrant les régions érythémateuses sont craquelées de place en place.

Il existe des lésions sur les poignets et le dos des mains mais les doigts sont à peu près respectés. Un certain degré d'infiltration œdémateuse semble cependant avoir atteint tout le membre.

Sur le tronc, on retrouve les mêmes éléments toujours très polymorphes, mais il existe surtout de petites zones infiltrées et brunâtres séparées les unes des autres par de larges intervalles de peau saine.

Les membres inférieurs sont également assez atteints, plus que le tronc, moins que les bras. Alors que les lésions qui siègent sur les cuisses sont tout à fait comparables à celles du tronc et des bras, on retrouve sur les deux jambes des placards très comparables à ceux des avant-bras.

Une particularité très spéciale de l'éruption est qu'elle laisse absolument indemne la face antérieure des deux genoux qui tranchent par leur peau saine et nette avec le reste du membre.

Les pieds sont relativement indemnes.

Le prurit est marqué et empêche à peu près tout sommeil.

L'examen des régions ganglionnaires montre l'absence complète de fluxions ganglionnaires.

Il n'y a pas la moindre fièvre

L'interrogatoire fournit chez ce malade des renseignements particulièrement importants.

La maladie a débuté en effet par le membre inférieur droit. Depuis des années ce malade présentait, en effet, sur la face externe de la jambe droite un *petit placard prurigineux* qui évoluait de temps à autre et guérissait soit spontanément, soit sous l'influence du nitratage et de la pâte à l'Ichtyol. Il y a 5 ou 6 semaines, la poussée de la maladie semblant plus importante, notre malade a été montré sa jambe à un médecin qui a prescrit du *sirop de Gibert* à la dose de deux cuillerées à soupe par jour. A peine le malade a-t-il commencé à prendre la solution iodurée qu'aussitôt il a vu apparaître sur tout le corps l'éruption qu'il présente actuellement. En face de cette éruption généralisée, le médecin habituel s'est inquiété. Il a d'abord fait faire une réaction de Wassermann, à l'Institut Pasteur, qui s'est montrée naturellement négative et il a conseillé ensuite au malades d'entrer à Saint-Louis.

Observation II. — La seconde malade que nous avons observée, est une religieuse de 56 ans qui est venue consulter le 20 avril 1929 pour une éruption datant de plusieurs semaines.

On retrouve chez cette malade une éruption en tous points comparable à celle que nous venons de décrire chez l'homme ; même œdème de la face, même érythème, mêmes placards infiltrés, ces derniers présentent absolument le même aspect induré, brunâtre, et légèrement squameux.

Il existe cependant, à côté de ces lésions, de petites papules brillantes qui ont tous les caractères du lichen plan et qui ne laissent pas de doute à cet égard.

L'*interrogatoire* vient nous éclairer à ce sujet. C'est en effet par ces petites papules que l'éruption, extrêmement prurigineuse, a débuté. Ces papules siégeant surtout au début à la face interne des cuisses. Il ne nous semble pas douteux que la maladie a débuté par une éruption de lichen plan.

Un médecin consulté a conseillé *l'iodure de potassium.* Dès que la malade a eu pris pendant quelques jours cette médication, de nouvelles lésions ont envahi tout le corps. Voulant activer son traitement la malade a alors jugé bon de prendre double dose du médicament, elle a ainsi en quelques semaines absorbé 3 flacons de la solution prescrite. Comme les lésions devenaient de plus en plus nombreuses elle a usé alors de plusieurs tisanes *dépuratives dont la tisane de feuilles de noyer.*

***

Comme on peut s'en rendre compte en lisant ces observations, nos deux malades présentaient une affection absolument semblable. On nous les avait adressés avec un diagnostic d'attente de dermite.

Quels diagnostics pouvait-on discuter ?

Le polymorphisme des lésions pouvait-il faire penser à l'*érythème polymorphe* ? Il est tout à fait facile d'éliminer ce diagnostic. Cependant nous le discuterons quelque peu, non pas que véritablement ce diagnostic soit à discuter, mais parce que beaucoup de médecins ont pris la fâcheuse habitude de désigner sous le terme d'érythème polymorphe toutes les dermites présentant un certain polymorphisme des lésions. Voient-ils leurs malades couverts de lésions disparates et multiples ? C'est à ce vocable qu'ils ont recours. Or ce que les dermatologistes ont l'habitude de désigner sous le nom d'érythème polymorphe est une maladie très spéciale, très particulière, dont la physionomie clinique et dont l'évolution sont justement absolument immuables.

On lui donne encore le nom d'*érythème exsudatif multiforme de Hebra,* ou d'*érythème annulaire.* C'est en général au printemps qu'on observe la maladie. Elle se présente en général sous une forme érythémato-papuleuse et est caractérisée par des taches congestives nummulaires ou lenticulaires dont le centre est livide. Certains éléments restent plans, la plupart deviennent ortiés et papuleux, quelquefois discoïdes et déprimés à leur centre.

Les éléments sont toujours à bords nets et leurs contours forment des taches marginées, ou des anneaux tout à fait caractéristiques.

La pression fait disparaître, tout au moins transitoirement, la rougeur des éléments, en particulier au centre, alors qu'ils conservent leur teinte au niveau des bords. Cet aspect en iris, en cocarde est caractéristique de la maladie.

Ces éléments deviennent parfois bulleux.

L'éruption se compose d'un nombre variable d'éléments disséminés en général sur la face dorsale des poignets et des mains, le cou. Elle occupe parfois les coudes et les genoux.

Il y a fréquemment des douleurs rhumatismales et des arthrites.

L'état général est variable, tantôt les signes généraux sont très estompés, tantôt ils sont suffisamment intenses pour faire penser à une véritable septicémie.

L'éruption s'étend par poussées successives. Sa durée est de une à cinq semaines. On peut observer une légère desquamation à son déclin.

On voit donc que l'érythème polymorphe ne présente rien de commun avec l'affection que présentaient nos malades. Chez eux, en effet, les lésions étaient *panachées,* disparates et consistaient surtout en placards mal limités, nullement marginés, pas du tout arrondis ; la partie centrale de la tache éruptive n'était pas livide mais au contraire fortement pigmentée.

Ces lésions respectaient les genoux et étaient très peu étendues aux poignets.

Donc le diagnostic d'érythème polymorphe pouvait facilement être rejeté.

S'agissait-il d'*eczéma aigu et généralisé* ?

Ce diagnostic n'était pas vraisemblable, en effet les lésions présentées par nos deux malades n'étaient pas

celles de l'eczéma. Nulle part il n'existait chez eux de lésions vésiculeuses, de pores eczémateux et l'aspect panaché des éléments attirait au contraire de suite l'attention vers une dermite artificielle.

C'est donc ce dernier diagnostic *dermite artificielle* qui nous semblait de prime abord le seul devant être retenu. Il est fréquent de voir de pareilles éruptions succéder à l'ingestion de tisanes ou de dépuratifs et l'un de nous a montré, avec *Gilbert Dreyfus*, combien les éruptions dysidrosiques étaient fréquentes.

Chez nos deux malades, c'est sans aucun doute l'iodure qu'il faut incriminer, l'homme avait pris du sirop de Gibert, la femme de l'iodure de potassium. Sans doute les accidents présentés par nos deux malades n'étaient pas des éruptions iodiques typiques se présentant sous la forme bulleuse ou sous la forme acnéique. Mais à côté de ces formes particulières de l'intoxication iodée, on sait depuis longtemps que l'iode peut donner des accidents variés, plus panachés comme ceux que présentaient nos deux malades.

Il est donc facile de comprendre l'éclosion des accidents. L'homme était porteur d'un petit placard d'eczéma de la jambe droite, la femme présentait une éruption de lichen plan.

L'administration intempestive d'iodure a provoqué chez ces deux malades des accidents.

Le *traitement* à appliquer chez de tels malades est très simple. La première chose consiste évidemment à supprimer l'agent nocif, ensuite la thérapeutique doit être des plus simples : un poudrage de tout le corps avec une poudre mixte, talc ou minéraline, est le plus souvent suffisant. En cas de démangeaisons très violentes on peut au début faire sur le corps une onction avec de l'axonge fraîche, du cérat frais, ou de la pommade de concombre et poudrer ensuite.

Parfois certaines pâtes, comme la pâte à l'eau, donnent de bons résultats.

Il ressort de ce court exposé que lorsqu'on est appelé à examiner un malade présentant sur le corps une dermite panachée, avec lésions polymorphes, on doit immédiatement penser à l'origine toxique des accidents et interroger soigneusement le malade, et neuf fois sur dix, on trouvera à l'origine de la maladie l'absorption de corps médicamenteux ou toxique qui dans nos deux cas étaient l'iodure mais qui souvent sont des dépuratifs ou même de simples tisanes, et qu'on ne doit pas confondre ces faits avec l'*érythème polymorphe*.

THÉRAPEUTIQUE

Les divers rayonnements employés en thérapeutique contre l'élément douleur,

Par **Marcel JOLY**,
Electro-radiologiste des Hôpitaux.

Messieurs,

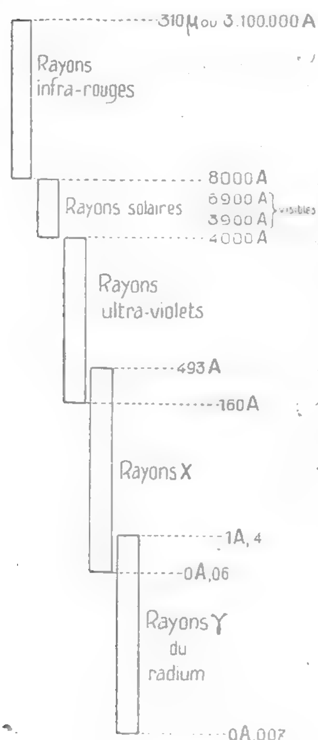
Monsieur le professeur Loeper m'a demandé de vous exposer ce qui peut être tenté actuellement en radiothérapie, ce terme étant employé dans la plus large acception, pour lutter contre la douleur ; c'est pour moi un honneur dont je tiens à le remercier devant vous.

Au point de vue physique, la radiothérapie qu'on pourrait appeler aussi la thérapeutique par les ondes électro-magnétiques, puise dans une immense gamme de radiations dans laquelle on ne trouve plus maintenant de solution de continuité.

J'ose à peine vous rappeler que ces radiations sont des vibrations de l'éther, immatérielles par conséquent, et qu'elles se caractérisent, comme tous les phénomènes ondulatoires, par leur longueur d'onde, c'est-à-dire par l'espace parcouru entre les instants où une particule matérielle que l'on suppose se déplaçant sur la sinusoïde d'ondulation part et se retrouve dans une situation analogue à celle de son point de départ.

Ces longueurs d'ondes sont mesurées en μ soit 0 mm. 001, en $\mu\mu$ soit 0 mm. 000.001, en angström soit 0 mm. 0.000.0001.

Des rayons infra-rouges extrêmes dont la longueur d'onde est de 310 μ aux rayons limites du radium dont Rutherford a pu apprécier la longueur d'onde infiniment petite de 0A007 s'étale toute la série des radiations connues et utilisables. On peut, schématiquement, faire une sorte de revue des radiations dans le tableau suivant :



Rayons solaires : lesquels contiennent aussi des rayons infra-rouges non visibles et des rayons ultra-violets également non visibles.

Rayons ultra-violets : dont on n'utilise en thérapeutique que la gamme comprise entre 4.000 A et 2.000 A, les autres n'ayant jusqu'ici que des buts expérimentaux.

Rayons X : qui chevauchent d'une part sur les rayons U. V., d'autre part sur les rayons γ du radium. Les rayons X entre 493 A et 12 A, qui formaient autrefois un trou, une *terra incognita* entre les U. V. et les rayons X usuels, ont été découverts il y a quelques années seulement par le physicien français Holweck ; aussi les désigne-t-on souvent sous le nom de rayons de Holweck.

Chacune des cellules, d'inégale importance, un peu conventionnelles aussi de ce tableau renferme un ensemble de radiations qui ont suffisamment de propriétés communes pour être rangées sous la même dénomination.

Au contraire, il y a entre chaque catégorie de ces radiations, sinon un fossé, du moins des différences essentielles et dans leur mode de production et dans leurs propriétés chimiques et biologiques. C'est ainsi que les rayons infra-rouges ont un pouvoir calorique très élevé et un pouvoir chimique à peu près nul, alors qu'inversement les rayons ultra-violets ont un pouvoir calorique considéré comme inexistant et un pouvoir chimique considérable.

Cependant il est une propriété physiologique qui relie toutes ces radiations, qui fait entre chaque catégorie une sorte de trait d'union : c'est leur pouvoir analgésique. Et c'est l'essence de ce pouvoir, surtout la façon de l'exercer, le moyen de diriger cette faculté vers des buts thérapeutiques dont nous allons faire l'étude résumée.

On a connu et on a employé de tous temps l'action sédative des radiations. La vieille expression « chauffer ses rhumatismes au soleil » doit être de toutes les langues et de tous les siècles. Or en chauffant ses rhumatismes au soleil, on ne fait pas autre chose qu'utiliser le pouvoir sédatif des rayons caloriques et des rayons lumineux du soleil. Presque aussitôt après la découverte des rayons X, comme nous le verrons tout à l'heure avec plus de détails, les radiologistes constatèrent la disparition de certaines névralgies chez des malades soumis à l'exposition de ces rayons, à cette époque encore bien mystérieux. Puis les médecins appliquant des rayons ultra-violets, d'autres traitant des malades avec du radium firent de semblables constatations. Et l'on est peu à peu arrivé à cette affirmation que toutes les radiations ont un pouvoir analgésique.

On sait aussi maintenant que ce pouvoir se manifeste plus ou moins dans certaines conditions d'irradiation et sur certaines formes de la douleur. On sait encore qu'il n'est pas absolument spécifique : c'est ainsi que telle algie en principe sensible à tel rayonnement de telle longueur d'onde pourra dans un cas particulier être insensible à ce rayonnement et s'évanouira sous l'influence d'un rayonnement d'une longueur d'onde différente ou plus grande ou plus courte.

Est-ce à dire que les radiations ont une action directe sur le système nerveux sensitif ? Dans l'état actuel des choses, on ne saurait soutenir une semblable affirmation. Ce n'est qu'une hypothèse. Par ces temps de T. S. F. où les phénomènes d'ondulation et de résonnance sont à la mode, il serait sans doute tentant d'imaginer les terminaisons des cellules nerveuses sensitives comme autant d'antennes avec les selfs d'accord que seraient les corpuscules, autant de condensateurs que seraient les ganglions, autant d'amplificateursque seraient les relais bulbo-thalamiques, avec enfin comme haut-parleur l'écorce cérébrale. Un rayonnement de longueur d'onde appropriée pourrait faire entrer en résonnance synchrone un tel système et lui rendre un équilibre détruit par toute autre excitation. Malheureusement, c'est là une explication purement imaginative que je m'excuserais de vous avoir soumise s'il existait à côté la moindre hypothèse un peu vraisemblable. En vérité, on ne sait rien de la modalité de l'action directe des radiations sur le système nerveux sensitif, et les expériences tentées par Schwann à ce sujet sur divers animaux n'ont aucune signification.

Si bien qu'on est obligé de s'en tenir aux seules constatations cliniques et de substituer au terme d'action directe celui d'action immédiate.

En nous cantonnant dans le domaine expérimental nous pouvons dire que l'action analgésique des radiations se manifeste ou d'une façon immédiate (ce qui fait penser à une action directe possible) ou d'une façon tardive, d'une façon indirecte, dont on connaît en général des explications satisfaisantes.

Voyons donc ce que sont ces actions analgésiques ou immédiates ou tardives pour chacun des rayonnements dont nous avons tout à l'heure dressé la liste.

D'abord les rayons infra-rouges.

Il est pratiquement difficile de les séparer des rayons du spectre solaire, car on les applique généralement en employant des filtres colorés en rouge qui laissent passer par conséquent de la lumière visible. Ils émanent de différents appareillages qui ont tous pour principe de porter à l'incandescence une résistance appropriée par le passage d'un courant électrique. Certains emploient à cet effet une lampe à filament de tungstène semblable aux lampes d'éclairage dites demi-watt ; d'autres des résistances électriques comparables à celles des appareils de chauffage dits radiateurs électriques. Tous ces appareils fournissent des rayons qui, une fois filtrés, c'est-à-dire après leur passage au travers d'une lame de verre rouge, ou d'une lame de verre au manganèse ou encore d'une lame d'ébonite, ont une longueur d'onde de 0 μ 7 à 5 μ.

Leur action analgésique immédiate ne se manifeste, et n'est employée que devant des lésions inflammatoires aiguës : en particulier les furoncles, anthrax, les panaris, les prostatites aiguës et les orchites blennorrhagiques. J'ai eu l'occasion d'assister à une sédation de la douleur, au cours même d'une première irradiation dans des cas de panaris et d'orchite où la douleur était extrêmement vive et lancinante. Dans tous ces cas, l'action des rayons infra-rouges consiste en une vaso-dilatation intense, une hyperémie qui exalte localement les moyens de défense et provoque un véritable lavage cellulaire.

Cette hyperémie qui s'accompagne d'une élévation de température pouvant atteindre jusqu'à 45° n'est d'ailleurs pas uniquement superficielle ; car les rayons infra-rouges sont des rayons pénétrants qui portent leur action sur les organes profonds. C'est pourquoi on peut aussi compter sur leur action sédative dans des affections inflammatoires profondes. Mais alors leur action analgésique est liée, est une conséquence de leur action résolutive. Elle devient ainsi une action tardive. Ce n'est en effet qu'au bout de plusieurs séances que l'on peut voir s'atténuer et parfois disparaître les douleurs causées par des sinusites, par des angiocholites ou des cholécystites, par ces affections souvent si désespérantes que M. Loeper a dénommées les entéro-névrites, par des salpingites. Dans la plupart de ces cas, l'action sédative des rayons infra-rouges est très voisine de celle de la diathermie, à la fois par le processus biologique mis en jeu et par les résultats.

L'irradiation par les rayons infra-rouges combat très efficacement les sensations de pesanteur, de barre, de gêne, qui accompagnent la congestion du foie. Qu'il s'agisse d'une congestion liée à une cardiopathie ou à une infection, on peut sentir après une seule irradiation d'une demi-heure, une diminution de volume de l'organe très appréciable au palper. Cette disparition de la congestion amène une disparition des symptômes, souvent d'une façon durable.

Les infra-rouges sont encore on peut presque dire le remède spécifique des douleurs causées par la cellulite. La plus banale ou plutôt la plus aisée à reconnaître est celle de la nuque et de la tête ; les malades se plaignent alors de douleurs agaçantes par leur continuité et exaspérantes par leurs crises paroxystiques. Or, l'irradiation par les infra-rouges atténue puis supprime rapidement les douleurs en provoquant par vaso-dilatation à la fois lymphatique et sanguine la dilatation des engorgements, des nœuds lymphatiques qui constituent la base anatomique de ce syndrome. Seulement il faut suivre une technique convenable qui consiste à éviter l'irradiation d'un territoire situé au-dessus du barrage lymphatique, ce qui n'aurait d'autre but que d'accentuer l'engorgement en aval. Par exemple pour traiter une cellulite de la nuque, il est bon de commencer par irradier tout d'abord la région des confluents lymphatico-sanguins sus-claviculaires, puis la base du cou, la base de la nuque, et enfin la nuque elle-même. L'effet n'est jamais immédiat, mais au bout de quelques séances on peut sentir la diminution des nodosités caractéristiques, les douleurs s'atténuent et les migraines finissent par disparaître. Mais si les rayons dissipent les symptômes douloureux de la cellulite ils n'empêchent pas la récidive et l'accalmie obtenue est rarement définitive.

Enfin, les rayons infra-rouges calment les douleurs, souvent atroces, causées par les radiodermites, ces brûlures par les rayons X qui sont devenues fort rares mais que le radiologiste le plus habile est encore exposé à rencontrer. Les rayons infra-rouges sont antagonistes des rayons X et de fait ce sont les meilleurs calmants des douleurs accompagnant les lésions soit cutanées, soit intestinales, les plus fréquentes de celles produi-

tes par les rayons X, lésions dont ils activent la réparation, dont ils provoquent la cicatrisation

Les rayons infra-rouges constituent donc un remède analgésique applicable à de très nombreux cas. Ils ont cet autre avantage d'être d'un maniement commode.

Car il n'est pas besoin, pour les appliquer, d'employer les appareils puissants et perfectionnés que possèdent les spécialistes. Ces appareils permettnet peut-être d'obtenir des résultats plus rapides, mais finalement pas très différents de ce que peuvent donner les moyens de fortune que je vais vous indiquer. Il peut vous arriver d'avoir à traiter un malade à la campagne, loin de tout centre, ou même à la ville de vouloir éviter à un malade alité la location d'un coûteux matériel. Dans ces cas, si vous disposez du courant électrique, d'une lampe à filament de carbone placée dans un réflecteur, ou d'un radiateur électrique, vous avez entre les mains une excellente source de rayons infra-rouges.

Vous voulez, je suppose, traiter une sinusite aiguë qui s'accompagne d une névralgie faciale intense. Le malade est assis devant une table ; devant lui, à hauteur du visage vous posez une lampe de bureau à bras articulé et à réflecteur parabolique comme on en trouve dans presque toutes les administrations ; à la place de l'ampoule électrique ordinaire vous mettez une lampe à filament de carbone de 32 bougies et teintée en rouge, comme on en use dans les laboratoires de photographie ; la lampe allumée constitue un très bon appareil de rayons infra-rouges. Approchez alors la lampe de la figure du malade en réglant le bras articulé de façon que le foyer de lumière rouge soit centré sur la base du nez et que la distance de la lampe à la face soit de 30 cm. environ. Ici une précaution indispensable : il faut protéger les yeux ; car la rétine est est très irritable par les rayons infra-rouges. Le meilleur moyen est de faire porter des lunettes de chauffeur en interposant entre les paupières fermées et le verre des lunettes un peu de coton hydrophile imbibé d'eau, car l'eau absorbe la presque totalité des rayons infra-rouges qui sont, je le répète, des rayons pénétrants. Le malade accuse bientôt une sensation de chaleur sur la peau irradiée ; si la sensation est cuisante, il faut éloigner la lampe de quelques centimètres ; on détermine très vite la sensibilité du malade et la distance à laquelle l'irradiation est supportable. Il faut alors faire durer cette irradiation, au minimum une demi-heure, et une heure si le malade peut la supporter. Je vous recommande surtout de bien suivre les indications du malade quant à la sensation de chaleur qu'il peut ressentir et de contrôler vous-mêmes en exposant la face dorsale de la main, car la sensation de cuisson prolongée non seulement serait intolérable, mais serait suivie d'une brûlure, et les brûlures par rayons infra-rouges sont d'autant plus à éviter qu'elles laissent des cicatrices. Les Les séances seront quotidiennes et pourront facilement être réglées par le malade lui-même.

Cette technique, à part la localisation, est la même dans tous les traitements par infra-rouges. Longues séances quotidiennes, ou mêmes biquotidiennes d'une heure environ, en irradiations locales et en évitant la sensation de brûlure.

Pour faire une application abdominale, pour traiter par exemple, une entéro-névrite, le meme appareillage de la lampe rouge dans le réflecteur de bureau peut être utilisé, le malade étant couché sur son lit, le ventre découvert et la lampe posée à son niveau sur une table de nuit. On peut aussi faire le très simple appareil suivant : on prend une boîte en carton (à cause de sa légèreté) un carton à chapeau par exemple dont on enlève le couvercle ; on perce un trou au milieu du fond de cette boîte renversée ; ce trou livre passage à un fil électrique souple ; un nœud l'empêche de descendre au travers du trou. L'extrémité externe du fil est reliée à une prise de courant ; l'extrémité interne porte une douille et à cette douille est fixée notre lampe rouge à filament de carbone de 32 bougies : des trous larges sont percés dans les parois de la boite pour assurer une bonne ventilation. La boîte est posée sur l'abdomen et les bords sont haussés à l'aide de coussins de telle façon que la distance ampoule-peau soit d'environ 30 cm. Tout est alors disposé pour l'irradiation qui devra toujours durer une heure, en évitant la sensation de brûlure.

Ces appareillages, pourtant modestes. vous permettront de soulager très efficacement vos malades.

Tout près des rayons infra-rouges, dans le spectre solaire, on utilise, avec des appareils semblables et dans les mêmes conditions d'irradiation, la lumière bleue. En réalité si la lumière bleue renferme certains rayons actiniques, elle se compose d'une grande proportion d'infra-rouges. Cependant son action analgésique est très différente de celle des rayons infra-rouges purs. Cette action analgésique est presque immédiate, en tous cas beaucoup plus rapide, plus superficielle aussi. Par exemple dirigée sur le point douloureux d'une cellulite, elle fait disparaître immédiatement la douleur ; mais si on interpose la main, pour masser par exemple, la douleur réapparait aussitôt. La lumière bleue suit les mêmes conditions d'irridiation que celles de la lumière rouge, mais cette fois avec un verre teinté en bleu. On l'emploie en irradiations locales contre les affections articulaires douloureuses, en particulier contre celles qui s'accompagnent d'épanchement, et surtout dans les crises goutteuses. Il faut éviter de l'employer si la peau est œdématiée, et s'il y a des excoriations suintantes, car la lumière bleue produit un gonflement de la peau et du tissu interstitiel sous-jacent qui risque de provoquer une dermite aiguë.

Je me suis arrêté très longuement, trop longuement peut-être pour le temps qui m'est dévolu, sur les rayons infra-rouges et la lumière bleue, d'une part parce que ce sont de puissants moyens sédatifs et surtout parce qu'ils sont à la portée de tout praticien avec un outillage presque familier pouvant même être laissé à la disposition du malade.

Je serai beaucoup plus bref en ce qui concerne les rayons ultra-violets considérés comme agents analgésiques.

Les rayons ultra-violets flottent dans l'air thérapeutique, depuis quelques années. On les met, permettez-moi l'expression, « à toutes les sauces ». Je ne veux pas diminuer leur mérite : ils font merveille dans de multiples affections de l'enfance ; ils font très bien dans quelques affections des adultes. Mais je dois dire qu'au point de vue des syndromes douloureux justiciables des radiations, ils ne peuvent prétendre, en général, qu'au rôle d'adjuvants des rayons X. Même à ce titre ils sont extrêmement intéressants parce qu'il est plus facile de se procurer un appareillage de rayons ultra-violets qu'un appareillage de rayons X ; il est commode aussi de transporter un appareillage de rayons ultra-violets au domicile d'un malade alors que c'est chose presque irréalisable pour un appareillage de rayons X adapté à un but thérapeutique. Enfin, comme je le disais tout à l'heure, certaines algies en principe justiciables au plus haut degré des rayons X, se montrent réfractaires à ceux-ci et cèdent aux rayons ultra-violets

Vous avez tous vu la lampe productrice de rayons ultra-violets la plus communément employée, la lampe à tube de quartz et à vapeur de mercure. Le tube, linéaire ou en V selon le courant utilisé porte à ses extrémités des godets de mercure qui peuvent être considérés à la fois comme des électrodes et comme générateurs de vapeur. Il est placé hozizontalement dans un réflecteur hémisphérique servant aussi de protecteur pour l'opérateur. Une bascule du tube provoquant l'écoulement du mercure produit un court circuit, une bascule en sens inverse une rupture de courant qui amorce un arc et la lampe s'allume. Le tube est en quartz parce que le verre est absolument opaque aux rayons ultra-violets usuels ; si la lampe était en verre, il se produirait bien des rayons ultra-violets à l'intérieur mais il n'en sortirait aucun. Les rayons ultra-violets émanant d'une telle lampe de quartz à vapeur de mercure s'étendent de 4.000 A à 2.000 A environ ; pratiquement, les rayons ultra-violets employés en thérapeutique sont compris entre 3.500 A et 2.900 A environ. D'autres appareils utilisent les rayons ultra-violets émanant d'un arc électrique qui jaillit à l'air libre soit entre des électrodes de charbon, soit entre des électrodes de fer ou de tungstène. Mais ces appareils sont d'un maniement beaucoup moins commode que celui de la classique lampe à vapeur de mercure et comme les résultats qu'ils donnent sont en définitive identiques, la préférence des actinologistes va naturellement à la lampe de quartz.

L'action sédative immédiate des rayons ultra-violets ne peut être rencontrée qu'exceptionnellement dans certains cas

de prurit, prurit anal, prurit vulvaire en particulier, soit plus fréquemment en thérapeutique infantile, dans les états spasmophiles. Il est bien difficile d'apprécier l'acuité ou même l'existence de la douleur chez un enfant très jeune et pl us encore chez un nourrisson. Mais comment douter de la souffrance de ces tout petits suffoquant dans des crises de laryngospasmes, se débattant dans des crises convulsives ou se raidissant dans des crises de tétanie ? Cette souffrance, et en même temps celle des parents, est parfois immédiatement atténuée après une seule séance de rayons ultra-violets qui jugule l'évolution du syndrome.

A vrai dire il faut dans la grande majorité des cas plusieurs séances d'exposition aux rayons ultra-violets pour obtenir la sédation de ces états d'hypernervosité de la première enfance et il s'agit, par conséquent, d'une action tardive. Il est remarquable de constater que l'amélioration subjective de ces enfants marche de pair avec la disparition del'hypocalcémie (le taux du calcium passant rapidement de 60 gr. à 126 gr. par litre de sérum) et de l'anémie. Cependant la plupart des auteurs attribuent la sédation de ces symptômes nerveux non pas tant à l'amélioration du métabolisme calcique qu'à une action sur le sympathique périphérique, action superficielle ayant une sorte de répercussion à distance sur le sympathique organique. L'action sur le sympathique est d'ailleurs manifeste à la suite des irradiations ultra-violettes comme le montrent l'accélération du pouls et la diminution du réflexe oculo-cardiaque.

C'est sur cette action frénatrice sur le sympathique que l'on compte pour combattre les crises d'asthme : d'asthme infantile qui est amélioré dans 70 % des cas, d'asthme et de coryza spasmodique des adultes améliorés, eux aussi, quoique moins constamment par les rayons ultra-violets.

Cette inégalité d'action sédative sur l'asthme infantile et sur l'asthme des adultes se retrouve d'ailleurs dans toutes les autres affections douloureuses justiciables des rayons ultra-violets qui presque toutes se rattachent au groupe des localisations tuberculeuses. La majorité des tuberculoses torpides à formes douloureuses sont en effet justiciables du traitement par les rayons ultra-violets. Mais dans tous les cas on pourra compter sur un résultat d'autant plus net et plus rapide que le sujet sera plus jeune. Dans ce cadre rentrent : les péritonites tuberculeuses avec ou sans ascite qui s'accompagnent presque toujours de douleurs à la pression, de gêne, de pesanteurs, de vomissements, et souvent de douleurs à forme intestinale, de coliques avec ou sans diarrhée ; la tuberculose annexielle qui provoque aussi presque constamment des tiraillements de la fosse iliaque ; la tuberculose vésicale avec ses mictions douloureuses et fréquentes. Dans tous ces cas, surtout dans les péritonites tuberculeuses et dans les salpingites de même origine, les irradiations ultra-violettes diminueront et feront disparaître peu à peu les douleurs en même temps que l'état général se remontera et que s'installera même la guérison clinique.

Le même effet sédatif, effet tardif provoqué par leur action régulatrice sur les glandes à sécrétions internes sera obtenue par les rayons ultra-violets dans le traitement des dysménorrhées, à condition bien entendu que celles-ci soient de cause ovarienne et non pas liées à une dystrophie utéro-salpingienne quelconque.

Parfois enfin on obtiendra de bons effets analgésiques des rayons ultra-violets mais alors en comptant à peu près uniquement sur des effets révulsifs en traitant par ce moyen des névralgies, surtout des névralgies sciatiques dites « a frigore », ou des zonas.

La pratique des rayons ultra-violets est si répandue que vous aurez certainement l'occasion de les manipuler. Je veux donc vous en indiquer la technique succincte.

Toutes les affections que je viens de mentionner se traitent par irradiations générales. Enfant ou adulte, le malade est étendu complètement nu en dessous d'une lampe à rayons ultra-violets. La lampe est placée légèrement de côté pour éviter tout accident en cas de rupture du tube. La distance de la lampe au point le plus rapproché de la peau sera de 70 cm. pour une lampe de puissance courante de 500 watts (110 volts et 5 ampères). La durée de la première exposition sera de 2 minutes pour chaque côté du corps. On augmentera ensuite de 2 minutes à chaque séance, séances espacées de deux jours (3 par semaine). On fera ainsi une série de 10 séances, après quoi un repos d'au moins 15 jours sera nécessaire avant d'entreprendre une seconde série conduite comme la première. Précaution indispensable à la fois pour le malade et pour l'opérateur : protéger les yeux soit avec des lunettes en verre teinté, soit avec un bandeau pour le malade et obligatoirement avec des lunettes en verre teinté pour l'opérateur. Une exposition un peu longue aux rayons ultra-violets entraîne une rougeur de la peau, accompagnée de prurit, pouvant être suivie de desquamation fine et plus tard de pigmentation. Cette réaction qu'on recherche parfois est tout à fait inutile dans le traitement des affections que j'ai citées plus haut. Elle peut avoir un rôle adjuvant dans le traitement de l'asthme et dans le traitement des péritonites tuberculeuses où l'on associe parfois aux bains généraux une action locale, révulsive ou sur le thorax ou sur l'abdomen : c'est une pratique à ne tenter que si les bains généraux employés seuls n'amènent pas une action sédative assez rapide.

Par contre c'est un moyen à employer dans le traitement des névralgies *à frigore*, des sciatiques en particulier. On cherche alors un effet révulsif sur le territoire du nerf. Pour traiter une sciatique par exemple on limite le champ cutané à exposer par des serviettes qui ne laissent à découvert que la région lombaire, la région fessière, la face postérieure de la cuisse et le creux poplité, le malade étant couché sur le ventre. On approche alors la lampe à 0 m. 50 de la peau et on fait une irradiation de 5 à 6 minutes. L'érythème apparaît soit le lendemain, soit après 2 jours et est à son apogée vers le 4e jour ; dès qu'il pâlit il faut recommencer la même séance, et faire ainsi 6 à 8 séances jusqu'à la sédation complète des douleurs. Ce traitement soulage et guérit sans contredit bien des névralgies. Mais personnellement je le considère comme un pis aller à cause des réactions de démangeaisons locales qu'il entraîne infailliblement et que des malades déjà exaspérés par leur névrite ne peuvent pas toujours supporter.

La rœntgenthérapie, l'application de rayons X, est, à cet égard incomparablement plus facile à faire accepter et aussi plus brillante dans ses résultats.

C'est dès 1896 que Despeignes, irradiant un cancer de l'estomac à forme douloureuse constata pour la première fois une sédation des douleurs due à l'action des rayons X. En 1897, Gotch publiait un cas de névralgie du trijumeau guéri deux jours après une irradiation. Puis ce fut Stembo qui observa qu'une diminution ou même une disparition complète des douleurs suivait souvent l'examen radiographique de certains malades atteints soit de douleurs articulaires soit de douleurs névralgiques ; il faut dire qu'au moment où Stembo constatait ces heureuses coïncidences on exposait une hanche aux rayons X pendant 20 minutes et plus pour obtenir une radiographie lisible, ce qui correspond maintenant non pas à une exposition de diagnostic mais bien à une exposition de thérapie. Toujours est-il que Stembo mettait ses observations à profit et pouvait publier, en 1900, 21 guérisons, 4 améliorations et 3 insuccès sur 28 cas de névralgies de diverses localisations traitées par rayons X ; essayant d'interpréter ces résultats, Stembo rejetait toute idée de suggestion et pensait à une irritation des extrémités périphériques sensitives, irritation provoquant une inhibition fonctionnelle des nerfs sensitifs d'où disparition de la douleur. Puis ce furent Sjören et Sederholm qui en 1900-1901 publièrent 11 cas d'eczéma prurigineux traités par rayons X avec comme résultat l'abolition du prurit. A partir de cette époque presque toutes les observations et travaux relatifs à l'action des rayons X sur le système nerveux sont de l'école française. Les pionniers en furent Raymond, Zimmern, Béclère, Haret, Delherm. C'est l'école française aussi qui avec Zimmern, Cottenot, Haret et Delherm, a mis au point une technique dite radiothérapie radiculaire ou radiothérapie rachidienne, actuellement mise en œuvre partout à quelques variantes près.

La physique des rayons X, la production de ces rayons sont infiniment complexes. La technique de leur application est

extrêmement délicate. Je dois donc renoncer à les exposer en quelques minutes. J'en ai résumé ici même, l'année dernière, les données les plus élémentaires, et j'espère que vous en connaissez les grandes lignes.

Je vous rappelle seulement qu'on distingue, de façon conventionnelle : la radiothérapie superficielle qui emploie des rayons X émis sur une tension moyenne de 50.000 volts et dont la longueur d'onde moyenne est 0,35 A, la radiothérapie moyennement pénétrante qui emploie des rayons X émis sous une tension moyenne de 150.000 volts et dont la longueur d'onde moyenne est 0,15 A, la radiothérapie pénétrante qui emploie des rayons X émis sous une tension moyenne de 200.000 volts et dont la longueur d'onde moyenne est 0,10A.

Ces diverses catégories de rœntgenthérapie sont différentes dans leurs appareillages, dans leurs techniques, et ne s'adressent pas aux mêmes objets.

L'action analgésique de la radiothérapie superficielle trouve son emploi en dermatologie. C'est très fréquemment une action immédiate Il n'est pas rare, lorsqu'on irradie un eczéma d'assister à la disparition des démangeaisons dans les premières heures qui suivent l'application des rayons X. Ces applications se font à très petites doses, doses d'autant plus minimes que la lésion prurigineuse est plus enflammée. Mais la plupart du temps, l'action analgésique est secondaire, tardive. On la constate lorsque, par modification du terrain, la dermatose se transforme ; elle précède cependant presque toujours le moment où un eczéma pâlit sous l'influence de la radiothérapie. Il n'est guère de moyen plus énergique et plus efficace que la radiothérapie pour calmer le prurit souvent intense des papules de prurigo et des lichens. Dans toutes ces dermatoses les rayons X sont dirigés localement, sur la région même. Cependant dans les lichens dont on soupçonne parfois l'origine nerveuse, on obtient souvent une disparition du prurit et la pigmentation des lésions en irradiant la moelle dorsale et le sympathique, dans la région interscapulaire. Bien que la radiothérapie soit presque toujours un remède héroïque des prurits sans lésions, des prurits purs, il faut être très circonspect dans son emploi quand il s'agit de certains prurits localisés. Ainsi mieux vaut s'abstenir de conseiller la radiothérapie dans des cas de prurit périnéaux chez l'homme ou de prurit vulvaire chez une femme jeune ; la proximité des testicules chez les uns, des ovaires chez les autres, toutes glandes extrêmement radiosensibles pourraient entraîner des mécomptes auxquels il est préférable de ne pas s'exposer.

La radiothérapie moyennement pénétrante est sans doute actuellement le moyen thérapeutique le plus propre à calmer les douleurs névralgiques. J'entends les douleurs névralgiques qui n'ont pas une cause compressive ou destructive telle que mal de Pott, tumeur de la moelle, cancer vertébral, tumeurs du petit bassin, ni une cause toxique ou infectieuse telle que diabète, syphilis, paludisme, typhoïde, etc. ; mais lorsqu'on ne trouve à la base d'une névralgie aucune de ces étiologies bien accusées, lorsqu'on hésite à faire une rapprochement entre la névralgie et un état antérieur plus ou moins grippal, plus ou moins rhumatismal, lorsqu'on arrive enfin au diagnostic de névralgie essentielle, de névralgie *a frigore* (ce qui est un euphémisme élégant pour cacher notre ignorance) le réflexe du médecin devrait être d'envoyer son malade au radiothérapeute. Celui-ci fera trois ou quatre séances de radiothérapie moyennement pénétrante dirigées en général sur l'émergence rachidienne des racines du nerf intéressé, et ces trois ou quatre séances auront presque toujours raison des douleurs les plus tenaces et les plus rebelles aux autres thérapeutiques tentées antérieurement.

Il faut être prévenu toutefois que l'irradiation peut être suivie, le soir même, d'une recrudescence de la douleur, d'une crise aiguë, mais fugace, réaction qui n'a aucune importance ni quant à la conduite du traitement, ni quant au pronostic. Il faut savoir aussi que l'accalmie de la douleur n'est totale, durable, définitive que trois semaines environ après la dernière séance. Il s'agit donc d'une action tardive. Enfin on doit être averti qu'en cas de faillite de la radiothérapie rachidienne on peut encore conserver un solide espoir dans la radiothérapie périphérique. C'est une question de diagnostic topographique qu'il n'est pas toujours aisé de poser d'emblée. Prenons si vous voulez l'exemple de la névralgie sciatique, la plus commune de toutes, sans doute à cause des multiples causes d'irritation que le nerf rencontre depuis sa naissance jusqu'à sa terminaison.

Vous savez que le nerf sciatique naît des 4e racine lombaire, 1re et 2e racines sacrées (peut-être également les 3e et 4e y participent-elles) et d'une anastomose de la 5e à la 4e racines lombaires.

Les racines sont d'abord intra-dure-mériennes ; puis elles passent dans les trous de conjugaisons. Le plexus passe ensuite devant l'articulation sacro-iliaque. Plus bas, le nerf est en rapport étroit avec l'ischion en dedans et le grand trochanter en dehors. Dans la cuisse il suit un véritable canal musculo-fibreux en longeant la longue portion du biceps. Il voisine aussi avec les condyles fémoraux.

Au-dessus du creux poplité il se divise en sciatique poplité interne et en sciatique poplité externe. Le premier s'engage sous les jumeaux, traverse l'anneau du soléaire puis devient le tibial postérieur, en rapport intime avec la malléole interne. Le second passe derrière la tête du péroné et devant le col avant de se terminer dans le long péronier latéral.

On conçoit qu'ayant de si nombreux rapports ou osseux, ou fibreux, ou articulaires, toutes les causes d'inflammation avec la congestion ou l'œdème qu'elles entraînent peuvent provoquer une compression douloureuse sur de multiples points du trajet du nerf.

Or Sicard (dont on ne peut prononcer le nom sans émotion) a démontré, avec Forestier, que 70 fois sur cent l'inflammation, qu'elle soit d'origine rhumatismale, infectieuse, veineuse ou cellulitique, siégeait au niveau ou dans le voisinage immédiat des trous de conjugaisons. Et c'est pourquoi, même en l'absence de signes funiculaires bien nets, tels que contractures douloureuses, pression et percussion douloureuses au niveau des apophyses transverses des dernières lombaires, c'est pourquoi, dis-je, le radiologiste, en présence d'une névralgie sciatique, irradie d'emblée la région lombo-sacrée. Il a ainsi 70 chances sur 100 de provoquer par radiothérapie une régression de l'inflammation causale, une décongestion veineuse, un ramollissement du tissu fibreux réactionnel, un affaissement du tissu cellulitique ; ces causes d'irritation et de compression disparues, la douleur s'en va, le malade est guéri.

Mais, si je vous disais plus haut de ne pas désespérer en cas d'insuccès de la radiothérapie rachidienne, c'est qu'il reste trente chances sur cent pour que la cause d'irritation réside dans un des autres points dangereux du trajet du sciatique : rapports osseux avec le grand trochanter et l'ischion, avec les condyles fémoraux, avec la tête du péroné, avec la malléole interne ; rapports musculo-fibreux avec la longue portion du biceps, avec l'anneau du soléaire : tous ces points sont d'ailleurs assez bien repérés par les points de Valleix. Il faut donc penser aux irradiations périphériques, à celles en particulier des points de Valleix particulièrement sensibles pour pouvoir affirmer qu'on a bien conduit le traitement radiothérapique d'une sciatique.

Toutes ces remarques sont valables, avec bien entendu des repères anatomiques différents pour les névralgies du plexus brachial, pour les névralgies des nerfs interscostaux, pour les névralgies du trijumeau, pour les névralgies consécutives au zona.

Se rapprochant des névralgies sont les douleurs causées par les lésions traumatiques des nerfs. La guerre nous a appris cette symptomatologie un peu complexe des blessures des nerfs elle nous a enseigné également quel bienfait la radiothérapie apportait à ces blessés. Hesnard, en particulier, en contrôlant ses observations cliniques par des expériences de laboratoire sur des animaux, a montré qu'un nerf blessé soumis à la radiothérapie se réparait avec une rapidité inégalable par tout autre moyen. Avant cette réparation nerveuse, le premier effet dont bénéficient les blessés c'est la disparition de la douleur ; et on se demande pourquoi la routine veut encore que le chirurgien venant de suturer un nerf ou simplement de constater sa blessure demande automatiquement au seul courant continu un rôle réparateur qui serait plus vite et mieux rempli par la radiothérapie associée à l'électricité.

Les douleurs entraînées par les lésions inflammatoires aiguës

GLANURES

L'aphasie de Vierge. — On célèbre, ces jours-ci, la mémoire de Daniel Vierge dont le nom était semble-t-il un peu tombé dans l'oubli. En rappelant ainsi un talent original en même temps qu'un grand courage, on agit avec justice.

Le grand artiste ; dont le bras droit fut soudain paralysé alors que la gloire commençait de lui sourire parvint à éduquer sa main gauche et durant les cinq années de sursis que lui laissa la mort travailla avec un archanement extraordinaire.

Son observation a été publiée jadis par le Dr Henri Dufour, médecin des hopitaux (*Journ. de clin. méd. et chir.* 25 nov. 1906). Le lecteur nous saura gré de l'exhumer :

« Cette observation, disait le Dr Dufour, ne fait que reproduire les notes médicales qui ont paru dans tous les journaux politiques. Pour bien montrer qu'il ne s'agit pas d'impressions personnelles dans le jugement porté sur son talent et sur sa maladie, je citerai les extraits des articles publiés sur lui.

« Parler en détail de l'œuvre de Vierge dépasserait le cadre de cet article. Au reste, tous ceux qui lisent et surtout ceux qui voient, connaissent cette œuvre immortelle... En pleine floraison de son génie, à l'âge de trente ans. le maître est frappé de paralysie ; la moitié droite de son corps n'obéit plus aux ordres de son cerveau... S'il ne peut plus marcher qu'en sautillant sur la jambe gauche, si le bras droit est complètement mort... si la langue ne produit plus que des sons informes, le cerveau, lui, a gardé la meilleure part de son activité, la plus belle. Le cerveau, par un étrange caprice que les savants ne pourront jamais expliquer, a perdu la mémoire des caractères alphabétiques, et Vierge, pendant plus de vingt ans, se verra incapable d'écrire ou de lire. Mais il a gardé d'autres mémoires. Il se souvient des chiffres ; Vierge jusqu'à sa mort saura additionner ses dépenses quotidiennes, mais il se souvient surtout du métier et de tout ce qui s'y rattache. Maintenant nous comprendrons mieux le supplice de ce grand artiste qui voit s'agiter dans son cerveau de superbes visions d'art, de couleur et de lignes et qui constate que sa main, morte à jamais, lui en interdit pour toujours la représentation. Que fait-il ? il entreprend d'apprendre à sa main gauche ce que sa droite ne peut plus exécuter. Ce maître déjà illustre se remet à l'école ! D'une main d'abord maladroite, il trace des lignes, des profils, des figures. Et cet effort colossal, qui dure depuis plus de deux ans, se voit couronner de succès ; après avoir lu dans les journaux de France et de l'étranger sa nécrologie artistique, Daniel Vierge apparaît ressuscité ? Et des chefs-d'œuvre — son Don Quichotte entre autres — viennent prouver successivement que l'Art n'a rien perdu à sa métamorphose (1). »

« Hémiplégique, il eut la force, ne pouvant plus dessiner de la main droite d'apprendre le dessin de la main gauche. Et la main gauche, avec les années, dessina, grava des chefs-d'œuvres dignes de la main droite. Vierge signait aussi des aquarelles dignes de Regnault (2). »

« Le cerveau restait clair, amoureux et désireux de la vie, malgré que la parole fût partie avec cette autre parole qu'il maniait de façon si prompte, si originale, et qui était son dessin. Je l'ai connu pendant la seconde période de sa vie, dans son logis de Boulogne. Son beau visage était animé par l'intelligence prisonnière et, s'il pouvait à peine parler, il disait tout ce qu'il avait à dire par ses traits mobiles, par ses yeux noirs, par son rire de tous les instants. On peut dire que ce pauvre malade, foudroyé par la vie, fut, jusqu'au dernier moment, un grand esprit et un grand visionnaire (3). »

« A l'heure fixée pour son réveil, il dormait encore... Etrange sommeil, sur lequel Charcot, appelé, se prononce en hochant la tête. Le réveil ne montre plus qu'une loque humaine : la langue est muette, le cerveau semble éteint, les membres droits ne fonctionnent plus. Il veut lire, il ne comprend plus les lettres ; c'est un nouveau-né devant l'alphabet. Il veut parler il n'a plus le souvenir des mots. Et, cependant, la vie ne l'a pas abandonné, ni la volonté, ni la joie. Un mot lui revient, le seul, avec un juron espagnol, qu'il articulera jamais : *Patience*. Ce sera sa devise désormais ; avec patience, il fera passer son talent de sa main droite à sa main gauche (4). »

Ces quelques citations suffisent amplement pour appuyer les propositions formulées par les résultats de mon observation personnelle.

Vierge fut aphasique moteur, peut-être dysarthrique ; il avait de la cécité verbale, de l'agraphie, il n'avait pas de surdité verbale ; il déploya une énergie remarquable pour éduquer sa main gauche et retrouver la possibilité de satisfaire sa passion d'art et de faire vivre par son travail sa femme et ses enfants. Il fut un grand artiste avant comme après son hémiplégie et son aphasie.

(*Voir suite page* 955.)

(1) VICTOR FORBIN. *La Presse*, 13 mai 1906. Ceux qui ne meurent pas.
(2) JULES CLARETIE *Le Temps*, 13 mai 1904.
(3) GUSTAVE GEFFROY. *L'Humanité* 13 mai 1904.
(4) *Eclair*, 13 mai 1904.

J'ai, en effet, connu Vierge avant sa maladie, alors que je ne faisais pas encore d'études médicales ; très lié avec une partie de sa famille, je le voyais à de rares intervalles, mais étais très documenté sur son état de santé ; enfin, j'ai assisté à ses derniers moments.

Au début de sa maladie et pendant longtemps, il ne put dire que ceci : dé, dé, dé. Plus tard, il retrouva certains mots en français, d'autres en espagnol, mais il était resté aphasique.

Il n'écrivait pas, signait son nom en dessinant. Une dédicace que j'ai vue de lui fut copiée comme un dessin. Il était incapable de lire et, pour illustrer ses ouvrages, on devait lui en faire la lecture à haute voix. Cependant, malgré cette alexie, il voulait se documenter visuellement et, soucieux de la vérité, il voyagea en Espagne avant d'illustrer le Don Quichotte. Il connaissait la valeur des chiffres et savait écrire la somme d'argent qui désirait toucher. Il comprenait toute espèce de conversation.

Telle est cette observation ; on ne peut évidemment à propos d'elle et de faible dose de troubles intellectuels qu'elle présente rappeler l'ancien adage : *ab uno disce omnes*. Il serait aussi hasardeux de déclarer que celle-ci étant écartée à cause du caractère exceptionnel du sujet qui est en cause, il ne s'en trouvera pas d'autres semblables.

La médecine anecdotique. Dupuytren à Lyon. — C'était vers 1818, Dupuytren venait à Lyon. Bouchet, alors chirurgien major, reçoit son collègue, son ancien maître, et naturellement lui propose de venir voir l'Hôtel-Dieu. Dupuytren accepte avec empressement : mais son temps était compté ; pour un praticien tel que lui, la lune de miel n'a jamais quatre quartiers. Bref, rendez-vous est pris pour la visite, à trois heures de l'après-midi.

Sitôt la nouvelle connue, on songe à se mettre sous les armes. Les internes sont convoqués, et le major ainsi que l'aide-major — le docteur Janson — passent avec eux la revue des malades, des pansements d'amputation, des appareils de fracture, afin que tout soit en état de braver le coup d'œil critique du grand chirurgien.

A l'heure dite, Dupuytren arrive, passe dans les rangs, stationne là où on l'y invite, fait découvrir cinq ou six lits, voit tout, en un mot, mais voit tout silencieusement.

Nos chirurgiens allaient-ils donc perdre le prix de leur peine ?. Non : avant de sortir, Dupuytren s'arrête, et, de sa plus basse, de sa plus pénétrante voix :

— « Je n'ai vu nulle part, dit-il autant de régularité. »

— « Eh bien, cher maître, répond Bouchet, non sans se rengorger un peu, vous pouvez quand vous le voudrez, revenir ainsi nous surprendre : toute l'année, et deux fois par jour, vous trouverez tout dans le même état qu'aujourd'hui ».

— « Fort bien, fort bien ! insiste Dupuytren. Mais vraiment tout est si soigné, ces appareils sont d'une telle élégance que... que l'on jurerait presque, ajoute-t-il en se tournant vers Janson que M. l'aide-major vient d'y mettre tout à l'heure la dernière main ! »

— « Eh parbleu ! s'écrie Janson, incapable de feindre plus longtemps, croyez-vous donc, cher maître, que nous allions vous recevoir en bonnet de nuit ?... » (1).

Breschet et les demandes de congé de son interne Alphonse Rendu. — En l'année 1836, Breschet comptait, à l'Hôtel-Dieu, parmi ses internes Alphonse Rendu. Rendu, bon travailleur, mais rude compagnon, avait assez souvent a s'absenter. Mais ses demandes de congé n'auraient eu que peu de chances de succès s'il les avait appuyées de leur motif réel. Aussi avait-il pris un biais. Membre d'une nombreuse famille, il n'était pas un de ses parents que, dans ce but, il n'eut utilisés auprès de son chef de service : « Monsieur, il me faut deux jours de congé ; ma cousine d'Orléans se marie. » — « Monsieur, je ne pourrai assister à la visite demain matin, je vais à l'enterrement de mon oncle. » — « Monsieur, je suis parrain de mon petit neveu ; le baptême a lieu après-demain à Yvry ». — Or, Rendu était hautement non moins que non heureusement apparenté ; par ses alliances, il touchait à l'Institut et au Conseil supérieur de l'instruction publique. Breschet le savait ; et sa bonté naturelle y aidant, il ménageait son subordonné. Il patientait donc et accordait sans mot dire toutes les permissions. Seulement un jour où Rendu venait de remporter une nouvelle victoire, il entendit son chef murmurer très distinctement en a parté : « *C'est bien, c'est bien ; l'année prochaine je prendrai pour interne un bâtard !* »

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 1867.

et en particulier par les furoncles et les prostatites aiguës bénéficient largement de l'action analgésique de la radiothérapie moyennement pénétrante. A l'étranger, en Allemagne surtout, on traite couramment les prostatites aiguës par les rayons X et on assiste non seulement à la rapide disparition des douleurs mais ou bien à un mûrissement rapide de l'inflammation dont le pus se collecte et peut être évacué chirurgicalement, ou bien à une rétrocession du processus inflammatoire.

Enfin la plupart des localisations tuberculeuses, péritonéales articulaires, osseuses, toutes plus ou moins douloureuses, subissent l'effet analgésique — et quelquefois curatif, de la radiothérapie moyennement pénétrante.

La radiothérapie pénétrante emploie des radiations dont les longueurs d'onde chevauchent largement sur celles des rayons γ du radium. Rayons X de très courte longueur d'on de et rayons γ du radium, bien différents dans leur technique d'application, ont des propriétés biologiques et des buts thérapeutiques si semblables que je les réunis sous la même rubrique. L'un et l'autre concourrent à la rétrocession des tumeurs, au traitement du cancer. C'est là que leur pouvoir analgésique se vérifie et s'affirme. On peut même dire que bien souvent le radiothérapeute qui entreprend le traitement d'un cancéreux est fort soucieux quant au résultat curatif qu'on lui demande et parfois fort pessimiste : mais il entreprend son traitement tout de même avec confiance parce qu'il est sûr que tout au moins il soulagera son malade, qu'il l'empêchera de souffrir.

L'action sédative de la radiothérapie est parfois immédiate. Dès le lendemain d'une irradiation, alors qu'on a la certitude de n'avoir pu amener en un si court espace la moindre fonte cellulaire, on a quelquefois l'heureuse surprise de constater que le malade souffre moins ou même ne souffre plus. Il est vraisemblable que dans ces cas on a ou bien provoqué une sorte d'inhibition du système sympathique, ou bien combattu et fait rétrocéder un état inflammatoire accompagnant la néoplasie.

Dans la grande majorité des cas l'action analgésique est tardive. Elle est secondaire à la libération de trajets ou d'extrémités nerveux enclavés dans le processus néoplasique dont les cellules sont tuées par les rayons et résorbées par l'organisme, ou encore à la décompression de troncs nerveux par la diminution de volume de la tumeur sous l'action cytolytique des rayons. C'est ainsi que disparaissent les céphalées dues aux tumeurs cérébrales, qu'on permet aux porteurs d'un néoplasme du pharynx de déglutir sans souffrance, que l'angoisse et la dyspnée dues à une tumeur du médiastin disparaissent, que les douleurs irradiées dans tout le petit bassin ou dans le territoire du sciatique par l'envahissement d'un cancer de l'utérus ou d'un cancer de la prostate sont complètement calmées. Il n'est guère, je crois, de douleurs plus atroces que celles qui sont provoquées par le cancer vertébral qui, presque toujours est un cancer métastatique. Je vous citerai le cas d'une malheureuse femme, qui, opérée un an auparavant d'un cancer du sein, me fut confiée alors qu'elle présentait une métastase au niveau d'une vertèbre dorsale que la radiographie montrait réduite à un mince disque flou. Ses souffrances étaient si cruelles qu'elle faisait véritablement pitié, n'étant que pleurs et gémissements. Ses douleurs cessèrent avant même la fin de son traitement, et elle eut ensuite un état d'euphorie tel qu'elle put reprendre son métier de danseuse. L'examen radiologique montrait sa vertèbre recalcifiée et ayant repris des contours nets ; mais il est bien certain que le résultat analgésique n'est pas tant dû, dans ces cas, à la réparation osseuse qu'à la décompression de la moelle et des racines rachidiennes par une masse néoplasique qui les enserre.

Enfin, je n'aurais pas tout dit de l'action analgésique des radiations, si je ne mentionnais pas les effets sédatifs qu'on obtient dans certains cas de rhumatismes d'étiologie diverses soit par des boues radioactives, soit par des injections ou hypodermiques ou intra-veineuses de solution de corps radioactifs. Les plus couramment employés sont soit le thorium X soit le mésothorium tous deux dérivés du thorium. Ils dégagent des rayons α et β (qui eux ne sont pas des radiations proprement dites puisque les uns sont des atomes d'hélium, les autres des électrons) et, des rayons γ. Ils agissent vraisemblablement beaucoup plus par une action générale sur l'organisme, en exaltant ses moyens de défense, que d'une façon directe sur les lésions elles-mêmes ; mais toujours est-il que leur action sédative est assez constante.

Je n'ai pas pu au cours de cet exposé, vous signaler d'intéressantes tentatives qui ne sont pas encore consacrées par l'expérience clinique, tels le traitement des entérit es par infra-rouges et ultra-violets associés, tel aussi le traitement de l'angine de poitrine par rayons X. J'ai surtout voulu vous montrer que la radiothérapie, assez nouvelle venue dans l'arsenal thérapeutique, reste dans les grandes traditions médicales dont un des premiers aphorismes, le plus beau peut-être, est « soulager d'abord ».

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Notice sur le chirurgien Reybard (de Lyon) (1) (1795-1863)

Par le Dr F. CATHELIN.

Reybard est une des gloires les plus pures de la médecine lyonnaise et au point de vue de la chirurgie urinaire, son nom peut être placé à côté de celui de Tripier, l'inventeur de l'électrolyse linéaire qui eût dû connaître un meilleur sort. Nous pouvons également le mettre à côté de Pravaz, autre savant lyonnais, dont le nom fait tous les jours le tour du monde.

Ce sont là de grands novateurs, dont l'auréole égale celle des Ollier, des Poncet et surtout des Jaboulay qui illustrèrent à la fois Lyon et la France.

Reybard, à notre avis, n'a pas été assez glorifié par la cité lyonnaise dont les initiatives heureuses en médecine égalent cependant celles des chirurgiens parisiens.

Le ciel de Lyon n'est-il pas éminemment favorable aux découvertes ? je n'en veux pour preuve que la grande figure des Lumière qui jette une lueur incomparable sur les points les plus ténébreux de la médecine, de la chirurgie et de la biologie générale.

Ses grands vétérinaires, ses grands biologistes, ses grands psychiatres, ses grands bactériologistes, ont joué un rôle de tout premier plan dans l'édification de notre science.

Nous voulons donc, dans cette courte notice, faire revivre les différentes étapes de l'existence si bien remplie de ce grand ancêtre, que j'appellerais volontiers le Maisonneuve lyonnais.

* * *

Né en 1795 dans une bourgade du Jura à Coisia, sur les bords de la rivière d'Ain, Reybard vint de bonne heure à Lyon où il était reçu interne des hôpitaux à 16 ans ce qui dénotait déjà une précocité intellectuelle peu commune, puis, aussitôt après ses années de stages si fructueuses, il alla s'installer à Annonay, ville célèbre déjà par l'épopée des Montgolfier, où il fit de la simple médecine de clientèle et où dès 1827 il étudiait, par de remarquables études expérimentales sur l'animal vivant, les premières recherches qui illustrèrent son nom, ce qui prouve que dans les conditions les plus modestes, un grand esprit peut, en dépit de la pauvreté de ses moyens, exécuter les plus belles choses.

(1) Nous nous sommes inspiré pour la rédaction de cette notice de l'article nécrologique de Rollet paru en 1863 dans la *Gazette médicale de Lyon.*

C'est le lieu de rappeler ici les noms de simples praticiens arrivés comme lui, par la seule puissance de leur esprit, aux plus hautes situations scientifiques et cela sans titres ou sans fonctions officielles (1).

En France, ces noms sont légion : ce sont Amussat, Davaine, Civiale, Leroy d'Etiolles, Ricord, Duchenne de Boulogne, Reliquet, Gellé, Boisseau du Rocher, Lucet, Dulong, Hennequin, Branly et d'autres.

En Angleterre on trouve également des noms de modestes praticiens arrivés à une gloire mondiale, tels sir James Mackenzie, sir Patrik Manson, sir Reginald Ross, Freyer, etc.

En Allemagne, Koch, Nitze et Unna.

En Autriche, Selmmelveis et Billroth, le grand chirurgien qui commença sa carrière comme médecin de quartier à monter des étages et qui d'ailleurs ne réussit du tout dans ce genre d'occupations.

Reybard, parmi toutes ces illustrations doit recevoir une des toutes premières places ; il reste à nos yeux le type de ces praticiens d'envergure et de génie médical qui sont arrivés à la seule force du poignet aux plus brillantes situations scientifiques, forçant ainsi le Destin pour conquérir ainsi de haute lutte la place qui pouvait le mieux leur convenir.

***

Voyons donc, à côté de faits de détails, les grandes découvertes dues au savant lyonnais.

En premier lieu, nous citerons les *sutures intestinales*. Il en commençait déjà l'étude à Annonay en 1827.

Il a donc le premier ouvert la voie aux grands chirurgiens viennois Billroth, Vœlker et Völlfler et place ainsi la France bonne première dans cette course au progrès. Ce n'est qu'après lui que Maisonneuve reprit la question : il fut le Marconi dont Reybard fut le Branly.

C'est à Annonay qu'il imagina son entérotome qui lui valut déjà une réputation européenne car, comme l'écrit avec justice Rollet « sans parler des sutures qui réalisèrent un véritable progrès dans le traitement des plaies intestinales, l'instrument nouveau, bien qu'inventé par un médecin de campagne, eut alors un tel succès qu'il vint remplacer, jusque dans les hôpitaux de Paris, l'entérotome de Dupuytren. »

Ses travaux portèrent ensuite sur la *thoracentèse*, et bien avant Dieulafoy il avait imaginé une canule remarquable qui porte son nom et qui, grâce à une simple baudruche, permet l'évacuation du liquide de la plèvre, tout en s'opposant à l'introduction de l'air, ce qui était alors regardé comme capital (2).

Présenté à l'Institut en 1845, cette découverte valut à son auteur le prix Monthyon.

Enfin, sa découverte capitale est celle de sa technique nouvelle de l'*urétrotomie profonde* ou section du canal dans toute son épaisseur, au niveau de la sténose que l'on traitait auparavant par des caustiques à base de nitrate d'argent portés au contact direct de l'angustie.

Avec cette nouvelle méthode, avec les instruments ingénieux qu'il construisit, il arriva presque à la perfection, ce qui explique que l'Académie impériale de médecine, par l'organe de son rapporteur, M. Robert, se montra favorable à l'opération nouvelle et lui décerna en 1852, un prix exceptionnel de douze mille francs, représentant près de cent mille francs de notre monnaie actuelle.

Plus tard enfin, l'Académie le nomma membre correspondant national.

A côté de ces grandes découvertes qui perpétueront son nom, Reybard s'occupa encore d'autres travaux, qui marquent la puissance de son esprit supérieur et inventif ; d'abord du traitement de l'anus contre nature, puis du traitement des fistules lacrymales pour lesquelles il trouva un procédé ingénieux, enfin de la cure des fistules vésico-vaginales pour lesquelles il inventa des instruments nouveaux qu'on retrouve dans la méthode dite américaine.

***

Comme homme, Reybard mérite d'être donné en exemple aux jeunes générations.

Sa vie est un modèle de conscience, de travail et de droiture.

Quand il vint à Lyon en 1835, ce qui l'attirait c'était les moyens de travail qu'il était sûr d'y rencontrer et les loisirs que la petite bourgade d'Annonay, avec ses nombreux malades de médecine générale ne pouvaient lui accorder.

Il visitait régulièrement les services des hôpitaux où ses confrères, qui avaient déjà reconnu en lui un maître, lui confiaient les malades dont il avait étudié particulièrement les affections.

C'est là aussi où, grâce à la proximité de l'Ecole vétérinaire, il pouvait aller expérimenter sur l'animal vivant, comprenant un des premiers que l'étude sur le vif était indispensable à celui qui voulait fixer ses procédés opératoires sur des données positives de physiologie pathologique.

Que dirait-il aujourd'hui de ceux qui à tort, selon nous condamnent les bienfaits de la vivisection à qui cependant la science française doit tant depuis Legallois, Ch. Bell, Magendie Flourens et Claude-Bernard.

« On s'étonne, écrit Rollet, en lisant son *Traité sur les rétrécissements*, de voir tant de faits réunis en si peu de temps par un chirurgien qui n'avait pas de service hospitalier et qui pratiquait une opération nouvelle, non encore acceptée, et pourtant rien de plus authentique que tous ces faits. »

Sa bonté était légendaire : parmi les malades pauvres qu'attirait sa notoriété et en dehors de ceux qu'il opérait dans les hôpitaux dans les services de ses confrères, il y en avait qui avait besoin de graves interventions dont leur situation sociale ne pouvait faire les frais. Or, Reybard s'acquittait, bien que n'étant pas riche, de ces questions matérielles. Il prenait tout à sa charge, subvenait lui seul à leurs besoins, pendant des mois entiers et ne demandant en échange que leurs observations.

Comme l'écrit Rollet, lui, si économe « devenait prodigue, prodigue de son argent, prodigue aussi de son dévouement ».

Je sais par Delaunay, que Péan, aux débuts de ses premiers succès, emmenait de son service de l'hôpital Saint-Louis les malades pauvres qui lui étaient confiés pour les héberger dans une luxueuse et confortable maison de santé, où il était sûr de trouver toutes les conditions matérielles nécessaires au succès de ses opérations,

(1) Ne sait-on pas que l'américain Bigelow qui a fait le plus progresser l'opération du broiement de la pierre dans la vessie, par sa méthode des séances prolongées, n'avait pas fait plus de deux douzaines de lithotrities, alors que d'autres qui en avaient exécutées des centaines, n'avaient jamais rien innové.

(2) « La ponction du thorax, avec le bout d'andouille de Reybard pour servir de soupape, est d'une simplicité, d'une innocuité qu'on ne saurait trop haut proclamer ; . . . l'andouille de Reybard sera immortelle », écrivait Trousseau à Bretonneau le 9 février 1845. L'invention des aspirateurs Dieulafoy et Potain, ont relégué l'instrument de Reybard dans le domaine des choses du passé ; mais l'opinion d'un juge tel que Trousseau méritait d'être rapportée.

prenant tout à sa charge et soldant les frais de séjour, ce qui prouve que pour de grandes âmes, la bonté n'a pas de limites,

C'est d'ailleurs là une pratique qui, bien que rare, s'est perpétuée de nos jours : je sais au moins deux chirurgiens de Paris, privés de services officiels qui, dans leur hôpital, payent ainsi largement de leurs poches les traitements spéciaux et quelquefois très longs de malades nécessaires à leur enseignement ou à leurs travaux, sans autre récompense que la reconnaissance des malades et sans autre bénéfice que la certitude du devoir accompli.

Son testament ne prouve-t-il pas que Reybard, même après sa mort voulait encore faire le bien : il légua en effet 500 fr. à l'Association des Médecins du Rhône et une somme de mille francs à l'hôpital d'Annonay dont, pendant plus de vingt années, il avait été le chirurgien.

C'est que Reybard savait qu'il y avait en réalité deux sortes de chirurgiens ; ceux qui sont grands pendant leur vie et méconnus après leur mort et ceux au contraire qui, ignorés souvent pendant leur vie, se grandissent au fur et à mesure que s'estompe le souvenir de leur passage au milieu de nous. Reybard préféra être de ces derniers.

On sait qu'il passa presque inaperçu à Lyon, alors qu'aujourd'hui, pour ceux qui, comme nous, font le bilan de leur activité scientifique et sociale et comprennent l'importance de leurs découvertes, en distinguant mieux avec le recul toute la grandeur de leur œuvre, on peut affirmer que Reybard eût mérité de son vivant de plus grands honneurs et de plus hautes fonctions.

J'ai dit qu'il était en quelque sorte le Maisonneuve lyonnais, or, de même que la ville de Nantes a élevé dans le square de l'Hôtel-Dieu deux monuments jumeaux à la gloire de deux de ses plus illustres enfants, Maisonneuve et Chassaignac, je ne doute pas un seul instant qu'un jour viendra où le Corps chirurgical lyonnais, en tête duquel je verrais très bien un compatriote de Reybard, le professeur Bérard, qui est à nos yeux le plus haut représentant, le plus respecté, de la chirurgie lyonnaise, accomplir une œuvre durable, bien que tardive, de réparation envers leur illustre concitoyen.

***

La vie de Reybard est surtout un exemple pour les jeunes. Il a été une des admirations de mon adolescence et je le comparais surtout à Duchenne, de Boulogne, petit vieillard alerte et attentif que les étudiants d'alors observaient avec quelque ironie quand il circulait avec son inséparable petite boîte électrique dans les services de leurs maîtres ou encore à ce bon père Hennequin que j'ai vu si souvent dans ma jeunesse dans le service de Lejars traiter avec adresse et amour les fractures de cuisse ou de jambe.

Il grandit encore à mes yeux pour la compréhension qu'il eût de l'importance fondamentale de la vivisection (1) et il aimait à raconter « que dans son petit pays où les animaux se connaissent tous, il fut plus d'une fois poursuivi, au sortir de ses expériences par les aboiements peu sympathiques des survivants de ceux qu'il venait de sacrifier, (Rollet).

Il était modeste et distrait mais il avait, comme dit Rollet, les distractions qu'on dit habituelles aux vrais savants, et en avait aussi la tenacité, la persévérance et je ne crains pas de le dire, l'abnégation.

(1) Lire F. CATHELIN. — *Cinq années de pratique et d'enseignement à l'hôpital d'Urologie*, chez Baillière.

Sans tirer vanité de ses succès, il avait parfaitement conscience de son mérite et mourut convaincu d'avoir fait progresser notablement la science chirurgicale.

Quand, entre amis tout intimes, il lui arrivait de dresser le bilan de ses travaux et de les comparer à ceux de ses collègues, il n'aurait pas échangé son œuvre, avec aucun d'eux.

« J'avoue, dit Rollet, que pour ma part, je n'ai jamais été éloigné de partager l'opinion que cet excellent homme avait de lui-même. »

Sa mort fut celle d'un héros; comme Bichat, qui naquit près de son village, il tomba sur le champ de bataille de notre science.

Etant à Paris, où il poursuivait de nouvelles recherches, il fut appelé par Gosselin pour pratiquer dans son service de la Pitié une opération délicate de fistule urinaire, une de ces opérations où il excellait.

Il se piqua, contracta rapidement des signes d'une infection générale et cinq jours après mourait, de cette mort qu'il eût souhaitée s'il en avait eu le choix, victime de son dévouement à la science, de sa charité et de sa bonté.

Comme on le voit, la vie de Reybard est donc éducatrice au premier chef et évocatrice des gloires passées. Elle montre ce que peut tout chirurgien même isolé, s'il est servi par des dons exceptionnels de l'intelligence, par un labeur opiniâtre, par une volonté de fer et une inépuisable bonté.

Elle est donc génératrice de progrès et peut être un stimulant pour ceux que tourmente l'aiguillon de la découverte, avec ses joies et ses frissons, ses attentes, ses désespoirs mais avec souvent au bout la réussite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1929.

Traitement de l'érythrémie. — MM. *Vaquez et Mouquin* rapportent l'observation de trois malades atteints d'érythrémie (ou maladie de Vaquez) et qui ont été remarquablement améliorés (avec retour du sang à la formule normale) par le chlorhydrate de phénylhydrazine. L'un de ces malades, traité auparavant par la radiothérapie, n'en avait éprouvé aucune amélioration.

Le médicament est donné par la bouche, tous les jours. On commence par une dose de 0 gr. 10 et on augmente peu à peu jusqu'à la dose active qui, suivant les cas, a été de 0 gr. 15 à 0 gr. 25. Quand cette dose a été atteinte et répétée quelques jours, le nombre des globules rouges décroît progressivement, tandis que celui des leucocytes augmente rapidement et considérablement.

Lorsque le sang est redevenu normal (une quinzaine de jours après l'administration de la dose active), le traitement ne doit pas être cessé complètement, mais il faut le suivre de façon discontinue : on obtient ainsi une guérison qui, chez un des malades observés, persiste depuis un an.

En dehors d'un subictère plus ou moins marqué, le malade ne présente aucun symptôme fâcheux pendant le traitement.

Les auteurs insistent cependant sur la prudence avec laquelle doit être conduit ce traitement qui leur paraît constituer, à l'heure actuelle, la meilleure arme contre l'érythrémie.

Traitement des diverticules du côlon. — M. *Victor Pauchet*. — Les diverticules de la sigmoïde sont fréquents ; ils se découvrent à la radio, surtout chez les sujets obèses, de quarante-cinq à soixante ans. Le plus souvent ils n'occasionnent aucun trouble et ne nécessitent aucun traitement. S'ils pro-

voquent des poussées douloureuses, si au palper il existe une sensibilité exquise localisée, s'il y a infection, il faut les opérer sans attendre des accidents graves (abcès, péritonite, fistule vésicale, tumeur) ; il faut alors supprimer les diverticules comme on supprime l'appendice. L'inflammation chronique prédispose au cancer d'intestin. Il y a donc lieu d'indiquer l'opération chaque fois qu'il existe des troubles. Au cours de l'extirpation des cancers du côlon, le chirurgien reconnaît souvent des diverticules.

Quel traitement chirurgical choisir ?

En principe, rechercher les diverticules et les extirper un à un. Opération facile. Drainer avec une lame de caoutchouc. Si l'intestin est cartonné, s'il y a du pus dans les mésos, faire une colectomie segmentaire. S'il se produit une fistule stercorale, celle-ci se ferme le plus souvent spontanément. Si on fait une colectomie, la faire en deux temps. Si la résection est nécessaire, recourir aux opérations en plusieurs temps, pour ne pas faire courir de risques aux malades. Même s'il s'agit d'une maladie bénigne, il vaut mieux faire perdre quelques mois au malade que de risquer la mort. La fistule guérit toujours, soit spontanément, soit par une intervention itérative.

La souris de maison comme facteur étiologique des maladies à pneumocoques et colibacilles. — M. ***Palier*** apporte des faits expérimentaux et cliniques qui lui permettent d'affirmer que la souris de maison est l'agent principal, si elle n'est pas le seul, dans la transmission des maladies à pneumocoques et à colibacilles, comme l'anophèle est l'agent de la transmission du paludisme.

Résultats de l'inoculation du bacille B. C. G. à des animaux soumis à un régime carencé. — MM. ***G. Mouriquand, et P. Bertoye***. — L'injection du B. C. G. à des organismes sains ne permet pas d'obtenir le développement de lésions tuberculeuses évolutives. Les auteurs se sont demandé si ce même bacille inoculé à un organisme en état de résistance amoindrie n'était pas capable de retrouver un pouvoir pathogène.

A cet effet, après avoir provoqué chez le cobaye « un terrain d'avitaminose C. chronique », ils lui ont inoculé par voie péritonéale du bacille B. C. G. et ont observé les faits suivants : les animaux ont présenté des réactions générales et locales plus intenses et plus prolongées lorsqu'ils étaient soumis à un régime carencé. Mais dans la suite le B. C. G. ne s'est pas montré tuberculigène pour le cobaye même avec un régime déficient qui, dans leurs expériences précédentes, s'était montré capable d'amoindrir la résistance de l'organisme vis-à-vis d'une tuberculose virulente.

Dysthymies sexuelles ingénues. — M. ***Laignel-Lavastine*** parle de dysthymie sexuelle plutôt que de perversion, pour mettre en évidence l'anomalie de l'émoi sexuel indépendamment de ses suites expressives, personnelles ou sociales. Il en donne trois exemples cliniques :

Un jeune homme, acromégaloïde, avec dysharmonie motrice et double hérédité périodique, a des rêves sadiques dont on retrouve la cause dans le choc émotif survenu vers neuf ans, avant la puberté.

Le second cas concerne une jeune mariée qui n'éprouve le plaisir conjugal qu'à la condition de penser que son mari la frappe ou la pique.

Le troisième cas concerne un grand adolescent de seize ans, fils de tabétique, qui ressent l'émoi voluptueux à la vue de femmes dont les pieds paraissent trop serrés dans leurs bottines, c'est presque la pédophilie de Restif de la Bretonne.

La facilité de l'émoi général dans ce cas est lié à une vagotonie très marquée. Inquiétude, trouble et vagotonie trouvent leur explication dans l'hérédo-syphilis.

Ces exemples suffisent à montrer qu'on peut être sadique, masochiste, fétichiste et cependant parfaitement ingénu, ces dysthymies sexuelles sont très fréquentes.

M. Laignel-Lavastine insiste sur leur intérêt physiologique, médico-légal et thérapeutique. Beaucoup de ces dysthymiques sexuels n'ont jamais, au cours de leur vie, affaire avec la justice. La découverte d'une dysthymie sexuelle remontant à l'enfance ne suffit donc pas à innocenter le criminel sexuel. Outre la cause occasionnelle, la cause la plus fréquente de ces manifestations est l'hérédo-syphilis, il faut donc toujours la rechercher. Ici, comme bien souvent d'ailleurs, le traitement antisyphilitique est la meilleure prophylaxie de la criminalité.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la troisième section (hygiène).

Classement des candidats : en première ligne, M. Sacquépée ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Debré, Dujarric de la Rivière, Lesné, Tanon, Weil-Hallé.

Votants 83, majorité 42 : M. Lesné obtient 51 voix, M. Sacquépée, 26, M. Tanon, 3, bulletins blancs, 3.

M. Lesné, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1929.

Un cas d'amylose viscérale : hépatomégalie considérable avec dégénérescence massive du foie ; amylose rénale et néphrite associées. — ***MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Delafontaine, E. Gilbrin et Mlle P. Gauthiers-Villars*** rapportent une observation anatomo-clinique d'amylose viscérale où le foie avait atteint le volume considérable de 5 kilogs et demi. La presque totalité du parenchyme hépatique était infiltrée par l'amylose.

Il a été possible, par l'étude attentive des signes rénaux, de faire le diagnostic clinique de néphrite associée à la dégénérescence amyloïde du rein, diagnostic qui a été confirmé par l'examen anatomo-pathologique. Les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a, dans de pareils cas, à pratiquer systématiquement l'exploration fonctionnelle du rein : l'interprétation des résultats obtenus par les méthodes usuelles d'examen a permis, ici, de discriminer le processus d'amylose et le processus de néphrite.

Tuberculose pulmonaire. Pneumothorax. Séro-médicament. Phrénicectomie. Pleurésie purulente à streptocoque. Guérison. — ***M. H. Dufour***. — Le 30 mars 1928, l'auteur présentait une malade qu'il soigne depuis six ans pour tuberculose pulmonaire et qui avait été traitée par le pneumothorax, son séro-médicament, des cures sanatoriales et par la phrénicectomie pour une pleurésie purulente à streptocoque enkystée puis ouverte dans les bronches. Bien qu'elle fût en état de guérison, l'on a demandé à la revoir un an après. Aujourd'hui, la malade est toujours apparemment guérie. Elle ne tousse, ni ne crache ; il n'y a pas de bacilles dans les matières fécales. La malade supporte vaillamment une grossesse de plus de sept mois.

Un nouveau procédé de dosage de la bilirubine sanguine par une méthode de Hijman Van den Bergh. — MM. ***M. Chiray et F. Thibaut*** emploient la méthode de H. Van den Bergh, mais, au lieu de se servir d'étalons colorés artificiellement par des sels minéraux, ils préfèrent utiliser comme étalon une solution de bilirubine pure. Les auteurs présentent un appareil très simple qui permet de conserver sans altération cette solution chloroformique de bilirubine pendant un temps très long.

Mal de Pott cervical avec tachycardie et vertige dans la position horizontale. — M. ***C.-I. Urechia*** (de Cluj). — Curieuse observation d'un homme de 33 ans hospitalisé pour faiblesse des membres inférieurs et vertiges ne survenant que dans la position horizontale. L'examen physique conduit à admettre une irritation de la voie pyramidale (exagération des réflexes rotuliens et achilléens, clonus de la rotule) et la radiographie fait constater un mal de Pott intéressant les 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales. Le vertige, déclenché dès que le malade couché approchait sa tête de l'oreiller, est mis par l'auteur en rapport avec ce mal de Pott, de même que la tachycardie constante, due à l'irritation du sympathique dont les filets accélérateurs traversent la moelle cervicale pour atteindre le ganglion étoilé.

Gomme du strié et du pale sans symptômes extrapyramidaux. — M. ***C.-I. Urechia*** (de Cluj). — Un homme de 50 ans est pris de parésie faciale droite, puis il fait de l'aphasie motrice avec

surdité verbale. C'est un aortique au myocarde touché. Il meurt peu de temps après son admission à l'hôpital et l'autopsie fait découvrir une gomme syphilitique de l'hémisphère gauche intéressant la deuxième pariétale, la 1re temporale, la région de l'insula et la zone de Broca, et de plus un foyer de ramollissement syphilitique intéressant le noyau caudé et le lenticulaire en respectant la capsule interne. Le putamen était plus atteint que le globus pallidum. Or, à aucun moment, pendant sa vie, le malade n'avait présenté de chorée, d'athétose ou de rigidité. *Cl. Vincent, Roussy, Foix et Urechia* lui-même avaient déjà signalé des exceptions de cet ordre, exceptions du point de vue clinique, mais non pas du point de vue expérimental puisque on n'a jamais pu produire jusqu'ici, chez l'animal, des symptômes choréiques du pallidum après irritation ou destruction de ces noyaux.

Cas vraisemblable de grippe suraiguë apparaissant et causant la mort pendant le sommeil. — M. *Etienne Bernard* relate l'observation d'un homme de 30 ans trouvé au matin mort dans son lit alors qu'on ne le savait atteint d'aucune affection, et qu'il s'était couché la veille à dix heures en bonne santé apparente. Au cours de la nuit, l'entourage avait pu percevoir plusieurs fois le bruit insolite d'une respiration stertoreuse. Entre le moment où le symptôme de gêne respiratoire a été surpris et le moment présumé de la mort, il s'est écoulé sept heures environ. L'autopsie montra deux poumons roses, presque rouges, turgescents. Les lobes inférieurs semblaient de vastes infarctus, mais il s'agissait en réalité d'une infiltration diffuse œdémateuse et congestive. La pression et la coupe faisaient sourdre un œdème rosé. Le cœur était dilaté, la rate hypertrophiée. Après avoir éliminé facilement diverses intoxications oxyde de carbone, novarsénobenzol, cocaïne, c'est l'hypothèse de grippe qui a paru la plus vraisemblable, le cas s'est produit au moment où l'épidémie parisienne était à son acmé. L'aspect particulier des poumons rappelle un grand nombre de protocoles anatomiques publiés lors de la pandémie grippale de 1618. Chez ce sujet diverses prédispositions peuvent être invoquées pour expliquer le caractère suraigu de l'affection : blessure de guerre au niveau du poumon, épisode pulmonaire aigu datant d'un an, prédisposition familiale à la défaillance cardiaque. L'auteur souligne les deux points suivants : d'une part, l'apparition et l'évolution totale des troubles qui ont abouti à la mort sans que le sommeil ait été interrompu ; d'autre part, ce fait que malgré l'allure foudroyante de ce cas, les altérations pulmonaires constatées à l'autopsie ont été déjà si importantes.

MM. *Renaud et M. Dufour* s'étonnent que des manifestations pulmonaires ayant pu aboutir à la mort ne se soient pas plus bruyamment extériorisées.

M. *Apert* a vu en 1919 des cas analogues.

M. *Pilot* a vu trois cas identiques à l'armée du Rhin. Il s'agissait de sous-officiers logeant en ville trouvés morts le matin dans la rue alors qu'ils étaient bien portants la veille. L'autopsie montra dans tous ces cas une véritable apoplexie pulmonaire avec un œdème généralisé. La mort résultait de l'asphyxie suraiguë.

M. *Bezançon* a vu pendant l'épidémie de 1918 des malades qui présentaient une euphorie complète et à peine de cyanose avec très peu de râles et de dyspnée, et qui succombaient quelques heures plus tard sans que l'entourage se soit alarmé. Les erreurs de pronostic étaient alors faciles.

M. *Laubry* insiste sur la valeur des extrasystoles comme élément de pronostic réservé au cours de la dernière épidémie de grippe. Il rappelle plusieurs cas qui se sont rapidement terminés par la mort. D'autre part, il a vu une basedowienne dont la tachycardie avait résisté à toutes les thérapeutiques depuis dix ans et dont le pouls tomba à 80 à la suite d'une grippe qu'elle fit récemment. Ce fait illustre l'action de la grippe sur le système vago-sympathique.

M. *J. Hallé* relate une série de cas observés dans la même famille et qui établissent que le virus grippal est capable de produire des phénomènes très différents d'aspect, mais qui ne peuvent s'expliquer que par la tendance neurotrope du virus. Chez un des malades se montrèrent une céphalée très vive, puis une douleur épigastrique vraisemblablement d'origine solaire, enfin du nystagmus ; tous ces symptômes ne durèrent que quelques jours, faisant ensuite place à des symptômes de grippe banale. Chez un autre membre de la famille on nota une sialorrhée intense, chez un autre un état démentiel passager. Chez le nourrisson, on observe des faits qui démontrent l'atteinte du système nerveux et on peut décrire une forme syncopale de la grippe, tantôt légère, tantôt fort grave avec syncopes subintrantes une forme hyperthermique indépendante d'accidents pulmonaires qui n'est pas toujours mortelle ; une forme pseudo-paralytique. Dans un cas, cette dernière forme s'accompagna d'anasarque généralisée sans albuminurie, qui céda au bout de quelques jours. Parfois, on note une polyurie extraordinaire, sorte de diabète insipide passager. Ces faits impliquent l'atteinte élective du système nerveux par le virus grippal qui peut causer ainsi les troubles les plus divers.

M. *Comby* a vu, dans la grippe, des cas de syncope et d'hyperthermie sans lésions pulmonaires chez le nourrisson Il insiste sur les réactions nerveuses plus bruyantes qui se manifestent par l'éclampsie qu'il a souvent observée en 1889. On peut distinguer parmi ces convulsions grippales une forme bénigne, guérissant complètement et une forme grave pouvant aboutir à une véritable encéphalite et laisser des séquelles.

M. *Baudouin* a observé dernièrement deux cas de grippe à forme vertigineuse. Les vertiges, très intenses, durèrent trois jours.

Influence du sexe dans la grippe. — M. *Apert* a pu vérifier, lors de l'épidémie de 1929, la plus grande sensibilité du sexe féminin à la grippe, qu'il avait déjà établie lors de la pandémie de 1918. D'après les statistiques municipales, les décès féminins, au plus fort de l'épidémie récente, l'ont emporté de plus d'un quart sur les décès masculins (mortalité totale). En ce qui concerne les causes de décès plus spécialement en rapport avec l'épidémie (grippe, pneumonie, bronchite, autres affections des voies respiratoires, tuberculose exceptée), les décès féminins ont plus que quintuplé dans la même période, tandis que les décès masculins ont à peine triplé. Parmi les maladies infectieuses, seules la coqueluche et la chorée, outre la grippe atteignent plus gravement le sexe féminin. Toutes les autres maladies infectieuses donnent, quel que soit l'âge, un léger excédent de décès masculins. Le sexe féminin est d'une façon générale plus résistant à la maladie et à la mort ; à ce point de vue c'est le sexe fort. Toutefois, cette supériorité se transforme en infériorité quand il s'agit de maladies dont la gravité tient à l'atteinte prédominante du système nerveux, comme la grippe, la coqueluche et la chorée.

Réveil du paludisme sous l'influence de la grippe. — MM. *Flandin, Marchal et Langlois* apportent trois oblervations de paludisme réveillé ou même révélé par une atteinte grippale. Ils soulignent la difficulté du diagnostic entre certains accès palustres et la forme intermittente de la fièvre grippale. Ils estiment que le déclanchement d'accès palustres sous l'influence de la grippe n'a pas suffisamment attiré l'attention et qu'ils sont vraisemblablement d'une fréquence relative. Cette question a une importance théorique, car le réveil du paludisme par la grippe relève du même mécanisme que celui de la tuberculose et de la syphilis. Elle a également une importance pratique en commandant un traitement énergique par la quinine chaque fois que le paludisme, dans le décours de la grippe, peut être incriminé.

Cas de grippe avec complications rares. — MM. *Dargein et Germain* (de Toulon) ont observé, au cours de la récente épidémie grippale, deux cas de monoarthrite fluxionnaire scapulo-humérale, résistant au salicylate de soude et ayant guéri complètement et, d'autre part, un cas d'orchiépididymite passagère. Sans vouloir entrer dans l'étude pathogénique toujours si discutée de la grippe, ils émettent l'hypothèse d'un virus filtrant agissant sur les séreuses articulaires, sur les testicules, comme il peut agir sur les méninges ou sur les diverses glandes endocrines.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 avril 1929.

La syphilis chez les tuberculeux. — M. *Galliot*, ayant recherché la syphilis chez 345 malades tuberculeux ou suspects de tuberculose, l'a trouvée dans 14 cas. Tandis que le traitement spécifique s'est montré inopérant chez les malades ayant des bacilles de Koch dans les crachats, il s'est montré remarquable dans les autres cas où d'ailleurs, la radiographie ne décelait le plus souvent que des lésions de sclérose.

Traitement de la claudication intermittente par la radiothérapie. — MM. ***Barrieu*** et ***Nemours-Auguste*** ont appliqué dans ces cas le même traitement que dans l'angine de poitrine et font des applications locales de rayons X. L'amélioration obtenue est immédiate puisque les observations citées relatent que les malades ont fait facilement des marches plus longues après la première séance de radiothérapie : mais il est logique de penser qu'elle n'est pas définitive. Ce traitement est d'une innocuité absolue.

A propos de la sédimentation des hématies et la séro-floculation à la résorcine dans la tuberculose pulmonaire. — M. ***Hinault***, contrairement aux conclusions de M. Tilmant, ne pense pas que ces réactions puissent avoir le plus petit intérêt dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire : ou bien la tuberculose est avérée, et le diagnostic, basé sur la bactérioscopie, la clinique et la radiologie, est relativement facile ; ou bien il s'agit d'une tuberculose latente et ces réactions donnent des résultats paradoxaux.

Tout au plus, peut-on reconnaître à la séro-floculation une valeur pronostique à court terme, et encore voit-on parfois baisser le degré photométrique quelques jours avant une poussée évolutive. Si ces réactions peuvent présenter un intérêt scientifique (parlant surtout de la séro-floculation) elles ne peuvent actuellement être d'aucun secours dans la pratique.

Sur le mécanisme de la destruction tuberculeuse ostéo-articulaire. Les formes à rechutes. — M. ***Marcel Galland***, après avoir examiné 20 pièces anatomiques de résection du genou, en collaboration avec M. de Las Casas, conclut à l'existence de deux types anatomiques caractérisés par leur évolution. L'un type évolution synoviale (à début soit synovial, soit osseux) donne longtemps des lésions superficielles et successivement ; d'abord, érosions périphériques aux points de non-pression (lésions tuberculeuses), puis lésions d'ulcération compressive cartilagineuse centrale, enfin d'ulcération compressive osseuse tuberculeuse centrale ou excentrée si subluxation. Cette forme répond aux tumeurs blanches classiques d'allure progressive. A côté de cette forme et aussi fréquemment, existe une forme osseuse à évolution très longtemps sous-cartilagineuse, ostéoporose et cavités sous-cartilagineuses dans lesquelles le cartilage peut s'invaginer sans être détruit, *lésions en gauffrage, nids de poules*. Plus tard, à une véritable phase de rechute, le cartilage se perforant, apparait une arthrite dans laquelle on rencontre les *ulcérations compressives du type habituel*. Cette forme d'évolution osseuse correspond à des formes cliniques se *caractérisant par une évolution à deux temps. Le gauffrage, la cavité sous cartilagineuse en est la lésion typique. Cette cavité sus-cartilagineuse se* distingue de la caverne juxta-articulaire classique par l'absence de sclérose périphérique, celle-ci étant d'apparition très tardive, aussi, les radiographies ne peuvent-elles dépister cette lésion qu'exceptionnellement et à une phase très avancée de la maladie.

La réaction de Boas au chloral-alcool-gaïacol dans la recherche des hémorragies occultes du tube digestif. — M. *Pron*.

Séance du 10 mai 1929.

A propos des scolioses paralytiques. — M. ***Rœderer*** signale, à l'occasion d'un cas très accentué, que le soutien est indispensable dans les scolioses de cette nature qui fournissent les déformations les plus graves. A la fin de la croissance, les greffes pourraient rendre des services si les déformations osseuses secondaires ne s'opposent pas à un redressement.

Il faut savoir qu'à l'autre extrémité de l'échelle de gravité, il existe beaucoup de scolioses, séquelles de paralysie infantile larvée. Leur pronostic est tout différent de la scoliose essentielle avec quoi on les confond souvent.

M. Rœderer **signale une brûlure par passage du courant électrique domestique à travers des raies de métal d'un pull-over en jersey lamé.**

Il s'agit d'un cas de brûlure assez grave de l'avant-bras par fonte du métal tressé, la femme ayant posé le coude sur un allumeur électrique. L'auteur se demande si, dans des circonstances défavorables (sol humide, passage à travers une zone vitale) il n'y aurait pas parfois danger plus grave ?

Revitalisation par sympathicectomie chimique des organes sexuels. — Pour ***M. Victor Pauchet***, la destruction chirurgicale des filets sympathiques à l'aide d'un simple badigeonnage au phénol (méthode de Doppler) stimule tout le système endocrinien et rajeunit les sujets. Il relève chez eux le tonus général, ramène la joie de vivre, permet de récupérer de la force et du poids. Il peut être utilisé sans aucun inconvénient et avec avantage dans tous les cas où le chirurgien a une raison quelconque d'opérer dans le voisinage des organes sexuels : rétroversion, appendicite chronique, section de brides, hystéropexie, hernie, hydrocèle, varicocèle, etc. Cette opération ne dispense pas d'avoir recours à l'endocrinothérapie par injection ou ingestion. Ces deux méthodes se prêtent un mutuel appui et donnent au thérapeute des résultats intéressants.

L'électrolyse médicamenteuse. — ***M. Foveau de Courmelles.*** — La pénétration électro-cutanée, tentée dès le 18e siècle, est devenue l'*ionisation*, aujourd'hui consacrée et réglant par le courant continu surtout la pénétration dans le corps humain de toutes substances actives.

A quel âge convient-il de donner de la viande aux enfants sains et sous quelle forme pour commencer ? ***M. Pierre Robin*** conclut que les troubles dû au régime carné prématuré étant le fait d'une carence masticatrice et salivaire, il est indispensable d'apprendre à mastiquer aux enfants comme on leur apprend à marcher, après s'être assuré qu'ils ont des arcades dentaires bien engrénées et qu'ils ne respirent pas par la bouche, les respirateurs par la bouche ne pouvant jamais ni mastiquer, ni insaliver convenablement.

Statistique des traitements d'infections staphylococciques. — ***M. Louis Destouches*** fournit une statistique des traitements d'infections staphylococciques par le moyen des antivirus de Besredka et les avantages de cette méthode.

La vaccination locale de l'intestin par instillation duodénale. — *M. Bécart*. — Dans les cas de colite droite s'accompagnant de stase très marquée avec colisation du grêle, impliquant l'insuffisance de la valvule iléo cæcale et l'envahissement du grêle par les bactéries du côlon, ***M. Bécart*** préconise de réaliser la vaccination locale de l'intestin, par l'instillation duodénale.

Il utilise le tube d'*Einhorn* et instille goutte à goutte au niveau du duodénum des quantités importantes de bouillon-vaccin (500 cc. à un litre). Il insiste sur la double action de ce mode de traitement : mécanique d'une part, par le drainage qu'il entraîne, biologique, d'autre part, du fait qu'il réalise la cicatrisation en masse de la muqueuse intestinale.

Ce traitement permet ensuite d'obtenir des résultats plus rapides avec la vaccination par voie buccale entreprise secondairement.

P. Prost.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Traitement des diarrhées par insuffisance glandulaire digestive

Par M. G. FAROY.

Médecin de l'hôpital Andral.

Un certain nombre d'insuffisances glandulaires sont susceptibles de provoquer des troubles intestinaux plus ou moins prononcés, se traduisant, soit par des diarrhées parfois prolongées, soit par de la colite du type muqueux.

Les insuffisances digestives, de beaucoup les plus importantes, peuvent porter, soit isolément sur l'estomac, l'intestin, le pancréas, le foie, soit à la fois sur plusieurs de ces organes.

L'*insuffisance sécrétoire gastrique*, avec hypochlorhydrie ou anachlorhydrie associées ou non à l'insuffisance peptique, s'observe dans certaines gastriques atrophiques (alcooliques, médicamenteuses, etc.), dans le cancer de l'estomac et enfin chez certains gastro-entérostomisés, chez lesquels l'évacuation rapide par la bouche anastomotique ne laisse pas à la sécrétion le temps de s'effectuer, l'insuffisance gastrique n'est pas rare.

Cette insuffisance gastrique entraîne secondairement, d'une façon fréquente, de l'insuffisance pancréatique, le chyme anacide ne déclenchant pas par action réflexe la sécrétion de la *sécrétine* duodénale et par conséquent la sécrétion du pancréas.

L'*insuffisance sécrétoire intestinale*, celle qui porte sur le grêle, a rarement une origine purement intestinale ; le plus souvent elle est secondaire à une sécrétion chlorhydro-peptique insuffisante ou nulle et cela est vrai en particulier pour le segment duodénal, qui ne donne plus naissance à l'*entérokinase* destinée à activer la trypsine pancréatique.

L'*insuffisance pancréatique*, en dehors de ce qui vient d'être dit, peut être due aux pancréatites chroniques, au cancer de la tête du pancréas, aux autres tumeurs et aux infections spécifiques (tuberculose, syphilis) de la glande, enfin aux cancers de l'ampoule de Vater oblitérant le canal de Wirsung.

L'*insuffisance hépato-biliaire* peut s'observer dans les multiples affections du foie ; elle donne rarement lieu à elle seule à des diarrhées prolongées et s'associe d'habitude, dans ces cas, à une ou plusieurs des insuffisances glandulaires précédentes.

Le diagnostic des insuffisances digestives se pose par l'intermédiaire d'examens dont la technique et les résultats n'ont pas à être exposés ici ; il suffit de rappeler que l'étude du chimisme gastrique renseigne sur la sécrétion de l'estomac ; que la coprologie et la recherche des ferments digestifs dans le suc duodénal et dans les fèces permettent de mettre en évidence toutes ces carences sécrétoires.

TRAITEMENT. — On vient de voir la complexité et l'enchevêtrement habituels des insuffisances digestives ; le traitement sera souvent aussi complexe. Il aura pour but de suppléer les sécrétions déficientes et de réveiller les glandes insuffisantes, dans la mesure où l'étendue des lésions le permettra ; il consistera donc en *opothérapie de remplacement* et en *opothérapie excito-sécrétoire*.

1° *Insuffisance gastrique*. Les procédés banaux d'excitation de la sécrétion de l'estomac par les alcalins, les amers ou la peptone étant impuissants, en raison de leur faible efficacité, dans les cas envisagés ici, il faudra avoir recours à une médication plus active.

L'*acide chlorhydrique officinal* peut être utilisé avec avantage à la dose de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour, soit en solution (J. Ch. Roux) :

HCl officinal	4 grammes
Eau bouillie	1 litre

Un verre à bordeaux après chaque repas.

Soit sous forme de limonade chlorhydrique (Soupault) :

HCl officinal	6 à 8 grammes
Sirop de limon	200 grammes
Eau	800 grammes

Un verre à madère à un grand verre aux repas de midi et du soir.

Soit en solution albumineuse (Linossier) ; on verse dans un grand verre d'eau albumineuse trois à six cuillerées à café de la solution suivante :

HCl officinal	20 grammes
Eau Q.S.	pour 200 cent. cubes

qui est prise, moitié à midi, moitié le soir, par petites gorgées, au cours des repas.

S'il y a insuffisance peptique, on fait absorber, en même temps qu'une des préparations chlorhydriques précédentes, 0 gr. 50 à 1 gramme de *pepsine en poudre* en cachets, au cours de chacun des deux principaux repas, ou associée à 0 gr. 50 de *peptone*, une demi-heure avant les repas.

La thérapeutique opothérapique consiste en sucs gastriques naturels et en extraits gastriques.

Les *sucs gastriques naturels*, provenant d'estomacs d'animaux variés (porc, chien) existent dans le commerce sous des noms variés ; ils agissent différemment, les uns, liquide de digestion, comme excito-sécrétoires (Dyspeptine), à la dose de une ou deux cuillerées à soupe par repas, purs ou dilués ; les autres, sécrétion pure, comme opothérapie mixte (Gastrothérib), à la dose de 15 centimètres cubes et plus, 5 à 10 minutes avant les deux principaux repas (opothérapie d'excitation) ou au cours des repas (opothérapie de remplacement).

Quant aux *extraits gastriques*, contenant une hormone (sécrétine), ils peuvent être administrés, soit en cachets de 0 gr. 50, à la dose de un ou deux à chaque repas, soit en injections sous-cutanées 15 à 30 minutes avant les repas.

2° *Insuffisance pancréatique*. L'opothérapie pancréatique n'agissant qu'en milieu alcalin, le contact du suc gastrique acide doit être évité à tout prix, de même que celui de la pepsine qui détruit les ferments pancréatiques ; il faut donc s'abstenir de prescrire le pancréas frais ; quant aux autres préparations, elles doivent être prises en cachets ou en comprimés 30 à 60 minutes avant les repas, ou mieux enrobées dans des enveloppes de kératine ou de gluten (si le pancréas est encore susceptible de fonctionner.

Dans le cas d'insuffisance totale, les cachets ou comprimés pourront être remplacés avantageusement par l'administration par voie rectale, par voie hypodermique ou veineuse.

L'opothérapie pancréatique utilise des *poudres de pancréas*, des *extraits pancréatiques ou pancréatines en poudre et en solution*. Les doses utiles sont de un à deux grammes par jour. On peut prescrire :

Pancréatine ou poudre de pancréas	0 gr. 25

pour une capsule kératinisée ; 2 à 5 capsules au cours des deux principaux repas.

On peut associer *maltine* et pancréatine :

Pancréatine	0 gr. 20
Maltine	0 gr. 10

pour une capsule kératinisée ; 2 à 4 au cours des repas de midi et du soir.

Le plus souvent, il est indispensable de faire prendre, en même temps, au malade, des *extraits de muqueuse duodénale en digestion*, chargés d'apporter l'*entérokinase* et la *sécrétine* nécessaire (pancréatokinase).

L'opothérapie par injections sous-cutanées ou veineuses, ou par petits lavements de 50 grammes (à garder), utilise des solutions qu'on trouve spécialisées ; la voie rectale permet également l'emploi des poudres ou celui de suppositoires contenant les extraits actifs.

3° *Insuffisance hépatique*. L'opothérapie hépatique, comme la précédente, comprend des poudres et des extraits d'organe, s'administrant en comprimés ou cachets kératinisés ou glutenisés de 0 gr. 25 à la dose de 2 à 4 par jour ; on peut aussi utiliser les extraits liquides ainsi que les voies hypodermiques ou rectales. L'opothérapie biliaire, trop irritante pour l'intestin, ne doit pas être utilisée : elle exagère la diarrhée.

4° *Opothérapie intestinale*. Les *extraits duodénaux* et plus rarement les extraits d'intestin grêle, ont seuls ici leur indication ; on vient de voir comment ils doivent être prescrits en association avec les extraits pancréatiques ; ils peuvent l'être aussi isolément, en cachets ou comprimés de 0 gr. 25, à raison de 2 à 4 par jour.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Accélération de la relation de 1re et 2e classes Paris-Rome (via Modane)

A partir du 15 mai, le nouveau rapide de chaque sens Paris-Rome (wagons-lits de 1re et de 2e classes, 1re et 2e classes), qui circule depuis octobre 1928, est retardé au départ de Paris et accéléré. Il gagne une heure dans le sens France-Italie et environ 20 minutes dans le sens inverse.

Départ de Paris, 15 heures, de Dijon 19 h. 47. Arrivée à Turin 6 h. 20, à Gênes 9 h. 45, à Rome 19 h. 15.

Au retour : départ de Rome, 11 h. 05, de Gênes 21 h., de Turin 0 h. 30. Arrivée à Dijon à 10 h. 02, à Paris 14 h. 32.

Wagon restaurant entre Paris et Dijon (et vice-versa), entre Gênes et Livourne ainsi qu'entre Rome et Gênes.

Accélération du rapide d'après-midi Paris Milan

A partir du 15 mai, le rapide d'après-midi Paris Milan (wagons-lits de 1re et 2e classes, 1re, 2e, 3e classes), est retardé de 55 minutes au départ de Paris (pendant la période de l'heure d'été), accéléré et retardé de 30 minutes à l'arrivée à Milan.

Départ de Paris 13 h. 50, de Dijon 10 h. 21. Arrivée à Vallorbe 22 h. 15, à Lausanne 23 h. 24, à Milan 6 heures.

Wagon-restaurant Paris-Vallorbe.

Le nouveau rapide "MANCHE-OCÉAN" des Chemins de fer de l'État

De Dieppe, Le Havre, Rouen vers la France du Sud Ouest, les Py[rénées] ou l'Espagne, vous irez plus vite et vous paierez moins cher en utilis[ant le] nouveau rapide quotidien "*Manche Océan*" que les Chemins de fer de[l'État] mettent en circulation à partir du 15 mai 1929.

Ce train partant de Dieppe à 15 h. 44, en correspondance avec le p[aque]bot de Newhaven (départ de Londres à 10 h.), dessert les gares p[rinci]pales entre Dieppe et Bordeaux par Rouen, Le Mans, Nantes, Saint[es,] assure la correspondance pour Bagnoles-de-l'Orne, pour Granville [et] Rennes, pour Angers, passe à Nantes à 23 h. 28 et arrive à Borde[aux à] 6 h. 43, en correspondance avec les express de la Compagnie du Midi.

Dans l'autre sens, un train partant de Bordeaux à 22 h. 10 desser[t les] mêmes villes et assure également les correspondances avec les princi[pales] directions. Il arrive à Rouen à 12 h. 17 et à Dieppe à 13 h. 16, où il d[onne] la correspondance du paquebot vers l'Angleterre (arrivée à Londr[es à] 18 h. 43).

Ce nouveau train, qui permettra d'aller rapidement, en toutes class[es,] sans changement de voitures, de Dieppe jusqu'à Bordeaux ou inverseme[nt,] comportera un wagon-restaurant ainsi que des couchettes (1re, 2e et 3e [clas]ses) pour les parcours de nuit.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 mai 1929.

La polydactylie est une anomalie réversive. — M. ***Brodier*** a propos de la communication de M. Muller à la dernière séance, soutient que la polydactylie chez l'homme est une anomalie réversive ; il suffit de comparer les membres des êtres humains aux nageoires des poissons et, si la théorie atavique semble rendre compte des malformations observées, il faut bien avouer qu'au point de vue ontogénique ou phylogénique, cette théorie n'est pas prouvée expérimentalement et n'est qu'une hypothèse.

A propos du cerclage de la rotule. — M. ***Judet***, sur cinq cas de cerclage de la rotule, a observé une fois la rupture du fil de bronze-aluminium avec fracture itérative au cours d'une chute ; dans un autre cas, le fil de bronze a dû être enlevé trois mois après l'opération parce qu'il occasionnait des poussées douloureuses ; une fois, le tendon de renne a été utilisé avec succès.

Diverticulite par perforation d'un diverticule de Meckel par une arête de poisson. — M. ***Blanc*** rappelle cette observation à propos de l'appendice perforé par une arête de poisson présenté par M. Petit de la Villéon à la dernière séance.

Sur la cæco-sigmoïdostomie. — M. ***Français*** fait un rapport sur un travail de M. ***Max Manon*** (de Toulon) concernant quatre cas de cæco-sigmoïdostomie pratiqués chez des femmes de 40 ans environ, atteintes de stase cæco-colique invétérée. Les malades, dont l'opération remonte à 3 à 9 ans, ont bénéficié de cette intervention qui a amené la disparition de la constipation chez trois d'entre elles ; chez la quatrième, la constipation a reparu, mais avec moins de ténacité.

L'emploi du Mickulicz en gynécologie. — M. ***Petit de la Villéon*** fait un rapport sur un travail de M. ***Max Manon*** (de Toulon). — L'auteur a utilisé le Mickulicz dans onze cas d'opérations pour salpingites suppurées, cancer du col, grossesse extra-utérine rompue enkystée et suppurée. Il pense que ces opérés doivent la vie à ce mode de drainage.

Torsion de la trompe et de l'ovaire. — M. ***Lanos*** fait un rapport sur cette observation de M. ***Pierre Laurent*** (de Paris), concernant une fillette de 7 ans. En présence des accidents péritonéaux, on avait fait le diagnostic d'appendicite aiguë. L'opération montra la cause des accidents.

Des difficultés d'interprétation des images radiographiques du petit bassin. — M. ***Luys*** fait un rapport sur une observation de M. ***Pruvost*** (de Cannes). Il insiste, en particulier, sur la nécessité, pour conclure à la présence de calculs de l'uretère, du cathétérisme de ce conduit avec une bougie opaque et sur l'utilité de plusieurs radiographies pratiquées en différentes positions.

La technique du procédé de Von Acker dans le traitement des hypospadias. — M. ***Mayet*** insiste sur les avantages du procédé de von Acker, simple, facile, rapide donnant un méat en bonne place sur un gland libre de bien se développer, sans aucune bride ni attache préputiale et de plus, en cas d'échec, ne compromettant en aucune façon la possibilité d'exécution de procédés plus compliqués. L'auteur indique quelques modifications utiles de ce procédé.

Volumineuse hernie inguino scrotale étranglée avec double sac dont l'un avec réaction séreuse. Kélotomie. Guérison. — M. ***Muller*** (de Belfort) communique l'observation suivante. Chez un homme de 66 ans, une hernie, qui avait débuté 25 ans auparavant, s'étrangle ; réduction par taxis et port constant d'un bandage. Depuis ce moment le malade constate la présence d'une petite tumeur à côté de cette hernie volumineuse grosse comme un petit melon. Nouvel étranglement herniaire un an après. A l'opération, on trouve un premier sac contenant une anse grêle ; un second sac plus volumineux situé sur un plan postérieur et contenant du liquide séreux. Guérison.

Grossesse et fibrome. — M. ***Duchet-Suchaux*** (de Vesoul) communique l'observation suivante. Chez une femme de 33 ans, primipare, un fibrome utérin est diagnostiqué pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement, le travail se prolonge pendant 24 heures, puis s'arrête ; l'enfant souffre. L'auteur fait une césarienne ; il trouve un fibrome derrière la corne droite et, parce que l'utérus est farci de noyaux fibromateux, il fait hystérectomie totale. Guérison après une phlébite droite.

Du danger des injections sous-cutanées de novocaïne-adrénaline et de sérum adrénaliné. — M. ***Bressot*** (de Constantine) rappelle les accidents de gangrène locale qui peuvent se produire avec ces injections et en communique trois cas observés à la suite d'injections de sérum physiologique adrénaliné.

Diastasis tibio-péronier traité par le transfixateur. — M. ***Juvara*** (de Bucarest) en communique deux observations dans lesquelles il a, par l'emploi de sa méthode et de son instrumentation, obtenu d'excellents résultats.

VARIÉTÉS

La symphonie humaine et surhumaine.

(*Amour et souffrance, Nature, Héroïsme, Fraternité*).

Dès les premiers accents de chaque Symphonie
Où Beethoven a mis le sceau de son génie
On éprouve un frisson
Et comme un choc nerveux : la pensée éperdue
Suit tous les instruments, avec eux confondue,
Et vibre à l'unisson.

On pénètre le sens mystérieux, sublime,
Les secrets émouvants que ta musique exprime,
Sans rival assembleur
Des rythmes et des sons : deux puissances jumelles
Te dictaient tour à tour des phrases immortelles,
L'Amour et la Douleur.

La Musique est la langue ardente et cadencée,
Dans laquelle à ton gré tu moules ta pensée.
Ce que Dante, Vinci,
Michel-Ange, Shakespeare ont fait dire à la pierre,
Au Verbe, à la couleur, ta Symphonie altière
A su le dire aussi.

Tel *Andante en mineur* est l'aveu lamentable
D'un drame intérieur, d'un secret qui t'accable
Et d'un déchirement.
La cime la plus haute attire la tempête :
Le sort s'est acharné sur ta puissante tête
Impitoyablement.

Qui ne sait tes malheurs ? — L'amour sans espérance
Et ton infirmité, c'était trop de souffrance
Pour ton cœur désolé.
Ce grand cœur était tendre, infiniment sensible ;
Tes lettres ont crié ton épreuve indicible :
Toujours vivre isolé !

Que tu devais souffrir, quand tu sentais se clore
Ton ouïe à la voix !... Sur le clavier sonore
Toujours, toujours plus bas,
Tu te penchais en vain ; ces divines merveilles,
Qui naissaient chaque jour sous tes doigts, tes oreilles
Ne les percevaient pas.

Et cet autre tourment qui pesa sur ta vie !
D'une soif d'amour pur, pourtant inassouvie,
Ton âme agonisait.
Juliette, l'objet de ta flamme sacrée,

Le sort l'avait de toi pour jamais séparée... (1),
Et ton cœur se brisait.

Alors, tout palpitant d'ardeurs dissimulées
Et d'aspirations sans cesse refoulées,
Tu crias tes douleurs
Dans des chants d'un accent si plaintif et si tendre
Que les vrais amoureux ne peuvent les entendre
Sans essuyer des pleurs.

Tu sais aussi pourtant, secouant la tristesse,
Célébrer le printemps, l'éternelle jeunesse,
Les flûtes des bergers
Et l'aspect consolant des campagnes riantes
Dans tes vifs allegros et les fugues brillantes
De tes scherzos légers.

Les baumes tout puissants de l'immense Nature
Ont pendant quelque temps pu fermer ta blessure ;
Mais bientôt plus affreux
Revient le cauchemar écrasant qui t'obsède :
Aux grâces du scherzo le finale succède,
Apre, amer et fiévreux.

On entend à la fois gémir la chanterelle,
Soupirer le hautbois et le violoncelle
Sangloter frémissant.
Les rumeurs de l'orchestre, en s'éteignant lointaines,
Suggèrent les hoquets de victimes humaines
Etouffées dans leur sang.

Enfin tu sus gagner la gageure orchestrale
D'unir dans l'ouragan d'une masse chorale
Toute l'Humanité :
Empruntant à Schiller son Ode grandiose,
Tu transformas la *Joie* en une apothéose
De la *Fraternité*.

Paul LE GENDRE.

Erratum.

Dans un numéro précédent, p. 797, s'est glissé un *lapsus typographique* qui attribuait à l'auteur un alexandrin de 13 pieds et une sottise. Dans le premier tercet d'un sonnet sur le sculpteur Adam Krafft, il faut lire :

Qui courbent *noblement* les lignes de leurs bustes et non « notablement », qui est absurde.

L'anxiété au Théâtre moderne,

Par H. CODET.

De tout temps, l'inquiétude a saisi les humains, devant des phénomènes aussi inévitables que difficiles à expliquer. Cette attitude de l'esprit tourmenté a toujours excité l'intérêt des artistes, des philosophes. Mais les médecins de la période moderne ont tenté de distinguer l'appréhension justifiée par un danger réel, réaction de préservation indispensable, et l'état anxieux apparaissant en se prolongeant sans légitimité : ici, il s'agit bien d'un syndrome morbide. Atténué ou exaspéré, il est des plus fréquents.

J. Béchet, dans une thèse récente (2), a montré l'importance prise par l'anxiété dans les types dramatiques contemporains. Il n'était pas inutile, tout d'abord de reprendre ce diagnostic de l'observation journalière : la différence entre un individu auquel les circonstances font éprouver de l'angoisse et un anxieux. Aussi est-il conduit à brosser les portraits des inquiets, constitutionnels ou transitoires, capables, malgré leur tourment, de vivre en société une vie à peu près normale. Ce sont, pour le médecin, les « petits anxieux ».

S'ils ne reconnaissent généralement pas le côté maladif de leur situation, celle-ci n'en a pas moins une importance considérable, souvent néfaste, sur leur propre existence, sur celle de leur entourage ; hésitations, insuccès, abdications, pessimisme systématique, propagande déprimante, désir de la mort pour échapper à l'étreinte angoissante.

Ces caractères ont existé à tous les âges. Mais ce n'est guère douteux que leur fréquence augmente après les grandes épreuves collectives : dans la période consécutive à la grande guerre, l'anxiété va de pair, comme toujours, avec le désir d'immédiate jouissance. Il est donc naturel que le thème de l'inquiétude intéresse davantage les auteurs dramatiques de ce temps. De plus, la forme même de l'anxiété, survenant, comme il est fréquent, chez des esprits artistes, affinés, prête à des recherches de psychologie émouvante et à des situations d'un puissant effet scénique. Moins séduisant peut-être mais plus attachant que le placide satisfait, l'inquiet est un personnage aux aspects multiples, brutaux ou nuancés.

Cependant, il n'y a peut-être pas là uniquement la raison de l'actuelle floraison d'anxieux au théâtre. Les grands motifs d'inspiration sont de toute époque ; leurs types, éternels, dépassent le cadre d'un sujet d'actualité. Ce n'est pas par hasard ou par la seule fréquence dans la société de ces caractères qu'ils sont transcrits, avec succès, à la scène. Vraisemblablement, leur spectacle éveille dans l'esprit de nombreux auditeurs des résonnances profondes qui leur font trouver quelque lien de parenté avec ces bourreaux de soi même. L'homme, en état de santé, recherche généralement des satisfactions dans un spectacle agréable, actif, réconfortant ou joyeux. S'il se complaît à des émotions violentes, dramatiques, celles-ci ne doivent guère avoir qu'un caractère transitoire représentant une crise pathétique, permettant, ensuite, une détente émotionnelle.

De façon générale, l'homme en bonne santé se plaît à l'évocation de la joie ou dans les émotions sthéniques ; il éprouve quelque malaise, désagréable souvent, au spectacle de complications psychologiques d'allures dépressives, continuellement décevantes : le tourmenté le déconcerte et l'inquiète. Précisément l'anxieux ne connaît pas le calme et la satisfaction. « Quant à la joie, écrit très justement J. Béchet, c'est pour lui un fardeau qu'il ne peut supporter ». On pourrait insinuer que, pour beaucoup de spectateurs, la vue de l'anxiété est bien vite un fardeau, s'ils n'en sont pas eux-mêmes la proie. Bien entendu, il n'est pas question ici des conditions de l'observation professionnelle.

De plus, il est probable que les auteurs, aussi bien que les autres, ne s'inspirent pas uniquement du goût public dans le choix de leurs thèmes. Et s'ils le voulaient, pourraient-ils empêcher leur propre caractère de transparaître dans leur œuvre. Il est donc à supposer que la multiplicité des inquiets, dans le théâtre actuel en France, ne provient pas seulement de la fréquence de l'anxiété chez nos contemporains ; elle s'explique encore par l'abondance des spectateurs qui leur font un succès en retrouvant dans les personnages un peu d'eux-mêmes. Elle a peut-être aussi sa source dans l'anxiété plus répandue chez les auteurs, sinon sous une forme pathologique, du moins dans un besoin d'exprimer des tourments et des difficultés d'équilibre personnellement éprouvés.

(1) Giuletta Guicciardi, qui épousa le compte Gallenberg, après avoir été aimée de Beethoven.

(2) J. BÉCHET, — Etude sur l'anxiété dans le théâtre français contemporain. Paris. A. Legrand, 1929.

REVUE DE PRESSE ETRANGERE

Maladies vénériennes.

La blennorragie guérit en une semaine, si on la traite par les injections intraveineuses d'hexaméthylène tétramine ; Ruberti Fiera en rapporte 36 cas dans les *Anali di medicina navale et coloniale* (novembre-décembre 1928). La méthode est indiquée non seulement dans l'urétrite aiguë mais encore dans l'urétrite chronique, la cystite et la prostatite ; l'auteur emploie une solution à 10 %, dont il injecte chaque jour 10 cc. dans les veines ; la solution doit être préparée récemment et mieux encore extemporanément par le médecin. Dès la première injection la sécrétion diminue sensiblement, devient incolore ; elle cesse complètement vers la sixième piqûre ; la sensation de poids, localisée à la prostate et irradiée à toute la sphère génitale, disparaît peu à peu. Il y a cependant quelques insuccès. Ce nouveau procédé thérapeutique offre un grand intérêt au point de vue social, car il permet de réduire à huit ou dix jours une incapacité de travail qni atteint un mois en moyenne.

Neurologie.

Le traitement de la névralgie faciale par le trichloréthylène (De Busscher, *Scalpel*, 2 février 1929). Le trichloréthylène, employé en grande quantité en Allemagne en 1915, déterminait chez les ouvriers une intoxication, dont un des symptômes les plus curieux était l'anesthésie de la branche sensitive du trijumeau ; l'application thérapeutique dans la névralgie du trijumeau en fut la conséquence logique ; on employait en inhalations le produit dont on versait 20 ou 25 gouttes sur un tampon de gaze ; l'inhalation est peu toxique, tandis que l'application locale est dangereuse. De Busscher (de Gand) a expérimenté le trichloréthylène en Amérique dans 30 cas ; il a obtenu 6 guérisons complètes, qui datent de plus d'un an, 3 rémissions qui ont nécessité une seconde inhalation, 3 améliorations et 18 insuccès.

Psychiatrie.

La praxithérapie, thérapeutique par le travail, est employée chez 70 % des malades non alités à l'Institut Saint-Charles de Froidmont (*Scalpel*, 2 février 1929). Deroubaix (de Bruxelles) établit une différence très nette entre les cas aigus et les cas chroniques ; les premiers réclament le repos absolu, les seconds trouvent dans le travail un dérivatif efficace et bienfaisant.

Quelques exemples sont caractéristiques ; un dément précoce, apathique et inactif depuis des années, est mis à un travail facile du bois ; peu à peu se manifeste une grande amélioration affective qui permet la libération à l'essai avec la possibilité de gagner sa vie. Un dément précoce, négativiste et obstiné est entraîné à faire du pliage ; le barrage de l'intelligence est levé, le malade devient un guide pour les autres aliénés et il arrive à une amélioration suffisante pour reprendre son travail de houilleur. Un mélancolique est placé à l'atelier de tapisserie ; après plusieurs mois d'activité purement automatique, l'état affectif se modifie dans un sens favorable. Un catatonique stuporeux exerce de nouveau son métier de cordonnier. La reprise du travail est la condition de sortie à l'essai de l'asile de Froidmont ; elle dépend avant tout de la compétence et de l'activité des chefs d'ateliers. Des résultats analogues auraient été obtenus en Hollande, notamment à Zandpoort.

Anesthésie.

L'éthylène-oxygène est aussi sûr que l'éther, d'après James Thomas Nix, de la Nouvelle-Orléans, qui a employé ce procédé d'anesthésie générale dans 1.502 opérations (*New-Orleans medical and surgical journal*, février 1929) et que résume les résultats de son expérience :

1. Dans quelques cas il est bon d'additionner le mélange d'une petite quantité d'éther, pour assurer le relâchement complet des muscles de l'abdomen ou pour stimuler la circulation et la respiration.

2. L'anesthésie ne présente pas de difficultés ; le patient s'endort en dix minutes et le sommeil chirurgical est maintenu avec la plus grande facilité ; la cessation est suivie de quelques

nausées ou de légers vomissements, qui disparaissent en quelques heures.

3. Les affections pulmonaires et rénales sont légèrement aggravées par l'éthylène ; l'expectoration augmente, dans un cas il y a même eu une hémoptysie ; l'acétone et l'albumine apparaissent dans les urines, cette dernière beaucoup plus rarement.

4. Les dangers d'explosion existent, bien que très exagérés ; aussi faut-il y veiller spécialement.

5. Cependant l'éthylène-oxygène présente des inconvénients pour certains chirurgiens ; c'est ainsi que la Clinique Mayo l'a employé 598 fois sur 21.260 anesthésies en 1926 et 118 fois seulement sur 21.773 anesthésies en 1827. La discussion, qui a suivi cette communication à la Société médicale de la Nouvelle-Orléans, a soulevé beaucoup d'objections à cette méthode, qui ne serait pas inoffensive, point sur lequel a particulièrement insisté J. A. Danna.

Accidents du travail.

Les relations entre le traumatisme et la tuberculose doivent être considérées à deux points de vue différents.

Au point de vue du praticien, Norman Tattersall estime (*British medical Journal*, 15 décembre 1928) qu'il faut préciser les quatre points suivants : 1° L'état du blessé avant l'accident ; était-il déjà atteint de tuberculose active ou latente et quel était le pronostic ? 2° L'accident. Est-il nettement établi ? Est-il de nature à aggraver un foyer ? 3° L'intervalle. Combien de temps s'est-il écoulé entre le traumatisme et l'apparition de la tuberculose ou plus exactement le moment où le diagnostic de tuberculose a été posé ? 4° L'état actuel. Le foyer, actif ou latent a-t-il été aggravé ou réveillé par le traumatisme ? Quel est l'état actuel du malade ? Quel est le pronostic ?

Au point de vue de l'assurance, Otto May montre que les cas de tuberculose traumatique se divisent en deux catégories (*British medical Journal*, 15 décembre 1928) : 1° Il n'y a pas de tuberculose préexistante. Il faut indemniser le blessé ; 2° Il y a une tuberculose préexistante. La compagnie d'assurances supporte le dommage s'il est admis que la tuberculose ne se serait pas développée sans le traumatisme ; dans le cas où la relation causale est difficile à établir, le médecin établira les possibilités et les probabilités.

Parasitologie.

Les piqûres d'hyménoptères (abeilles, piqûres, frelons) sont assez mal connues des médecins ; elles devraient l'être mieux par suite de leur fréquence et de la gravité de leurs effets, Roch, de Genève, les étudie au point de vue clinique et thérapeutique dans la *Revue médicale Suisse romande* (10 novembre 1928) ; en voici les conclusions.

La nature chimique du vaccin est encore peu étudiée et peu connue ; l'accoutumance à l'envenimation est de règle chez les sujets soumis à de fréquentes piqûres.

Les accidents graves par piqûre d'hyménoptères ne sont pas rares et ils peuvent parfois même être mortels ; ils s'expliquent soit par une idiosyncrasie congénitale ou une sensibilité occasionnelle de la victime, soit par la localisation d'une piqûre à la gorge ou en certaines régions de la face, soit par l'introduction directe du venin dans le torrent circulatoire, soit par le grand nombre de piqûres.

Les complications infectieuses des piqûres d'hyménoptères sont rares et le plus souvent consécutives à des lésions de grattage ou à des traitements locaux trop énergiques.

Le venin d'hyménoptère peut être employé en thérapeutique, où il paraît d'une action certaine sur les états rhumatismaux ; il agirait comme une protéine.

Varia.

Il n'existe pas de climat spécialisé, c'est-à-dire ayant une action spécifique sur une maladie. La preuve en est dans le fait apparemment paradoxal que les habitants stables d'une région souffrent des affections que l'on y vient traiter. La tuberculose existe à la montagne comme la scrofule et le rachitisme à la mer (Guilio Ceresole, de Venise).

Le volume du cœur des tuberculeux varie considérablement suivant la constitution du malade, le type et l'extension des lésions, l'évolution et les complications, de telle manière qu'on ne peut préciser les dimensions de l'organe sans l'étude d'un orthodiagramme radioscopique (Nicolas Romano, de Buenos-Ayres).

J. Lafont

BIBLIOGRAPHIE

Lumière et rayons infrarouges par les Drs E. et H. BIANCANI. Un volume in-8° 177 pages, 24 figures, 1929 : 20 fr. Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Les auteurs exposent successivement les données physico-chimiques et biologiques utiles à connaître avant d'aborder l'étude des actions thérapeutiques, puis ces dernières. Des chapitres comme ceux qui sont consacrés à l'étude de l'antagonisme des radiations, de l'action des rayons lumineux et infrarouges sur les phénomènes de croissance, sur la physiologie cutanée, ainsi que les pages de thérapeutique consacrées à l'exposé des résultats obtenus par les auteurs dans le traitement des plaies, des états pathologiques du système lacunaire, des affections du système circulatoire, des sérites et des périviscérites (douleurs articulaires, thoraciques, abdominales), n'avaient jamais été conçus sous cette forme et n'avaient jamais groupé un tel ensemble de faits.

Les médecins, vus par BARRÈRE, CHIMOT, GUILLAUME, POULBOT. Edition des laboratoires CORTIAL, 15, Boulevard Pasteur, Paris.

Poursuivant leurs éditions artistiques, les laboratoires CORTIAL présentent aujourd'hui au corps médical quelques silhouettes médicales vues par les artistes en renom de notre époque. Ces charmantes gravures sont préfacées avec esprit par le docteur P. RABIER dont ses collègues connaissent l'art d'écrire et la valeur de critique.

Les quatre artistes qui ont composé cet album : BARRÈRE, CHIMOT, GUILLAUME, POULBOT ont représenté chacun le médecin sous le jour qui convient le mieux à leur talent personnel.

BARRÈRE habitué des services d'hôpitaux et des salles de garde a représenté le « Maître à l'hôpital » ; il est au lit du malade entouré de ses chefs de clinique attentifs, sérieux, de ses internes, de ses externes, de ses assistants étrangers aussi. La malade est une pulmonaire, à laquelle sans doute il conseille l'iodaseptine.

CHIMOT nous montre une femme médecin auscultant avec attention une malheureuse victime des stupéfiants.

GUILLAUME avec esprit nous fait assister à la visite du médecin de théâtre dans une loge d'artiste et il prend un certain plaisir à palper la jambe bien moulée de l'artiste en renom.

Pour POULBOT c'est le vieux médecin de famille faisant tirer la langue à un gosse qui pour un instant a mis de côté son « ours » favori.

Cette collection luxueusement éditée sera précieuse à tous les médecins car tous aiment les arts et les artistes.

Les accidents de la cholécystectomie, par Serge HUARD. Préface du Dr Anselme SCHWARTZ. Un volume de 116 pages avec 17 figures : 16 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre est consacré à l'étude des plaies du pédicule hépatique qui sont de tous les accidents de la cholécystectomie les plus fréquents et les plus graves.

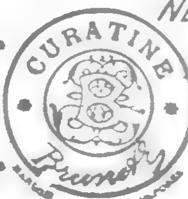
Dans un premier chapitre, l'auteur classe ces accidents suivant le moment où ils sont reconnus et l'organe qui a été lésé. Il s'attache ensuite à les expliquer dans une étude très complète snr l'anatomie de la région des voies biliaires et ses anomalies tant anatomiques que pathologiques.

Ayant montré la très grande variété des dispositions anatomiques rencontrées en cette région, l'auteur discute les techniques classiques généralement employées pour enlever la vésicule biliaire et montre qu'aucune d'elles ne permet pas de parer à coup sûr aux difficultés résultant de ces variations imprévues.

Il est ainsi conduit à proposer une nouvelle technique de cholécystectomie, plus prudente et plus sûre, permettant d'enlever la vésicule biliaire sans tenir compte de son anatomie si fréquemment anormale.

Cet ouvrage, en attirant l'attention sur des causes fréquentes d'insuccès dans les cholécystectomies, et sur un moyen de les éviter, contribuera certainement à accroître les bienfaits de la chirurgie biliaire.





Physiothépathologie et traitement du diabète sucré, par H. CHABANIER, M. LEBERT et C. LOBO-ONELL. Un volume de 444 pages : 50 fr. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre a pour objet principal l'étude de l'application de l'insuline en clinique humaine, et plus spécialement dans le traitement du diabète sucré.

Etant donné que pour traiter un état diabétique et il est indispensabie d'en connaître l'importance, les auteurs dégagent d'une étude pathogénique préalable quelles données sont susceptibles de nous renseigner à cet égard, et la manière pratique d'en tirer parti.

C'est là l'objet de la première partie : *Des caractéristiques de l'Etat diabétique : Essai sur une physiopathologie du diabète sucré.*

Les auteurs y présentent sur le diabète proprement dit et sur l'acéto-acidose un ensemble basé à la fois sur leurs recherches personnelles effectuées sous l'impulsion du professeur Ambard et sur les plus récentes données scientiques.

La deuxième partie est consacrée au *Traitement des états diabétiques et de leurs complications.*

Les auteurs passent rapidement sur les généralités concernant l'insuline dont ils ne rappellent que les notions indispensables pour la suite de leur exposé, et s'étendent davantage sur les indications de la nouvelle médication.

Puis vient le corps même de leur travail consacré à l'étude des questions que soulève son application :

Analyse de l'action de l'insuline. — Traitement d'attaque ou cure d'insuline. — Traitement de fond des diabètes graves. — Traitement des états acidosiques du diabète ; pré-coma etcoma diabétiques. — Diabète de l'enfance. — Médicaments, cures hydrominérales et hygiène dans le traitement du diabète sucré.— De l'insuline dans certaines complications des états diabétiques et en dehors du diabète.

Dans cette partie concernant le traitement, les auteurs, forts de l'observation minutieuse de plus d'un millier de malades, aboutissant à des directives intéressantes qu'ils exposent avec autant de détails que de clarté.

Pages napoléoniennes. (Editions Albert Morancé.)

Les éditions Albert Morancé viennent d'inaugurer une collection qui fera la joie de tous les curieux d'histoire.

Il s'agit des *Pages napoléoniennes* où sont publiés, sous une forme très élégante et très soignée, les principaux écrits de jeunesse de Bonaparte : *le Discours de Lyon* et *le Souper de Beaucaire*, — ainsi que ce mystérieux *Manuscrit venu de Sainte-Hélène d'une manière inconnue*, dont on n'a jamais pu percer le troublant anonymat, et qui eut un prodigieux succès lorsqu'il parut chez John Murray à Londres en 1817.

Dans ce même cycle napoléonien ont paru deux ouvrages de premier ordre, dus à M. Edouard Driault, grand-prix d'histoire de l'Académie française. L'un : *la Vie fulgurante de Napoléon*, donne au grand public un résumé admirablement clair et concis de l'extraordinaire épopée ; l'autre : *la Vraie figure de Napoléon*, développe, sur un plan plus vaste, l'histoire napoléonienne, et montre en quoi la politique de l'empereur procède naturellement des principes de la Révolution.

Enfin, les enfants ne sont pas oubliés. A leur intention a été publié un délicieux album en couleur : *l'Imagier de Napoléon*, où, sous la direction de M. Edouard Driault, un dessinateur de talent, M. André Collot a commenté pour des cerveaux modernes les scènes les plus typiques dd la glorieuse époque.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Sous le Signe de la P. G. La folie de Guy de Maupassant, par Paul VOIVENEL et Lucien LAGRIFFE. 1 vol. : 12 fr. (La Renaissance du Livre).

Formulaire chimique des laboratoires modernes. Biologie. Hygiène. Industrie, par G. PELLERIN. 1 vol. in-8, 462 p., 36 fig. : 50 fr. (Le François)

NOUVELLES

Bal de l'Internat. — Le bal de l'Internat aura lieu le 28 juin, à Bullier suivant la tradition. Le président élu cette année est l'interne Frantz, de l'hôpital St Antoine. Se faire inscrire à temps pour avoir le fascicule illustré du bal par Taupin.

Faculté de médecine de Paris. — *Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance.* (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — Cours de revision (juin-juillet) sous la direction de M. le professeur LEREBOULLET, avec le concours de MM. CATHALA et JANET, médecins des hôpitaux, des chefs de clinique et de laboratoire, et des assistants du service.

Chaque leçon sera constituée par un exposé théorique aussi court que possible, complété par des présentations cliniques et des exercices pratiques individuels au lit du malade ou au laboratoire.

I. HYGIÈNE ET PHYSIOLOGIE DU PREMIER AGE. — Jeudi 20 juin, 10 h. 30. M. P. LEREBOULLET : La vie infantile ; ses caractères pendant la première enfance. Mortalité du premier âge ; — 16 h. 30. M. CATHALA : Etude physique, chimique et biologique des différents laits. La secrétion lactée. Contrôle des laits. Les laits modifiés.

Vendredi 21 juin, 10 h. 30. M. LELONG : La digestion chez le nourrisson ; — 16 h. 30. M. JANET : La croissance du nourrisson. Métabolisme de base.

Samedi 22 juin, 10 h. 30. M. DETROIS : Les selles du nourisson ; — 16 h. 30. M. CATHALA : L'allaitement au sein. Sa nécessité. Technique et incidents. Hygiène générale de la nourrice. L'allaitement mercenaire. Syphilis et allaitement.

Lundi 24 juin, 10 h. 30. M. CATHALA : L'alimentation des débiles. Le problème de la ration alimentaire chez le nourrisson ; — 16 h. 30. M. CHABRUN : L'allaitement artificiel. Technique et réglementation. Allaitement mixte.

Mardi 25 juin, 10 h. 30. M. SAINT-GIRONS : Sevrage et ablactation ; — 16 h. 30. Mme DOLLFUS-ODIER : La protection des enfants du premier âge.

II. PATHOLOGIE ET CLINIQUE DU PREMIER AGE. — Mercredi 26 juin, 10 h. 30. M. LELONG : L'exploration clinique dans le premier âge ; — 16 h. 30, M. CATHALA : Classification des troubles digestifs de la première enfance.

Jeudi 27 juin, 10 h. 30. MM. P. LEREBOULLET et COTTENOT : La sténose congénitale du pylore et les vomissements du nourrisson ; — 16 h. 30. M. DETROIS : Renseignements fournis par le laboratoire en pathologie du premier âge.

Vendredi 28 juin, 10 h. 30. Mme DOLLFUS : Les troubles digestifs des enfants nourris au sein ; — 16 h. 30. M. LELONG : Les troubles digestifs des enfants nourris au lait de vache. Les états cholériformes.

Samedi 29 juin, 10 h. 30. M. SAINT-GIRONS : Les troubles digestifs liés à l'abus des farines. Les troubles de la période d'ablactation. L'anaphylaxie ; — 16 h. 30. M. LELONG : Hyper et hypoalimentation. Les régimes carencés. Le scorbut infantile.

Lundi 1er juillet, 10 h. 30. M. CHABRUN : La débilité congénitale ; — 16 h. 30. M. ROUDINESCO : L'atrepsie.

Mardi 2 juillet, 10 h. 30. Mme DOLLFUS : Le rachitisme et son traitement ; — 16 h. 30. M. BOHN : Les anémies du nourrisson et leur traitement.

Mercredi 3 juillet, 10 h. 30. M. SAINT-GIRONS : Les cardiopathies congénitales les cyanoses ; — 16 h. 30. M. GOURNAY : Les affections du carrefour respiratoire. Les stridors.

Jeudi 4 juillet, 10 h. 30. M. CHABRUN : Les affections non tuberculeuses de l'étage inférieur de l'appareil respiratoire. Les broncho-pneumonies et les pleurésies purulentes ; — 16. 30. M. BOHN : L'asthme du nourrisson.

Vendredi 5 juillet, 10 h. 30. M. LELONG : Les syndromes thymiques ; 16 h. 30. MM. LELONG et COTTENOT : La tuberculose du nourrisson.

Samedi 6 juillet, 10 h. 30. M. BRIZARD : La syphilis du nourrisson (1re leçon) ; — 16 h. 30. M. BRIZARD : La syphilis du nourrisson (2e leçon).

Lundi 8 juillet, 10 h. 30. M. BRIZARD : Les eczémas du nourrisson ; — 16 h. 30. M. SAINT-GIRONS : La coli-bacillose du nourrisson.

Mardi 9 juillet, 10 h. 30. M. ROUDINESCO : Convulsions et tétanie ; — 16 h. 30. M. GOURNAY : Les méningites du nourrisson. Hydrocéphalie et encéphalopathie.

Les assurances sociales. — *Une déclaration des Syndicats médicaux.* — L'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français, réunie le 2 juin, a voté, à l'unanimité, la déclaration suivante :

Après avoir pris connaissance des pourparlers engagés, à la demande du ministre, par le bureau de la Confédération des syndicats médicaux français, au sujet de la loi des assurances sociales, déclare :

1° Ne pas accepter les propositions du ministre, celles-ci ne permettant pas l'exercice d'une médecine saine et morale ;

2° S'en tenir aux conditions établies par le congrès des syndicats médicaux en juillet 1927 et par l'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux en décembre 1928, à savoir : *a*) Habilitation par la Confédération des syndicats médicaux français, des syndicats qui pourront contracter avec les caisses ; *b*) Libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins si ces derniers acceptent les clauses du contrat et la juridiction du conseil de famille syndical, avec droit d'appel devant la Confédération des syndicats médicaux français ; ce libre choix ne sera pas limité aux soins donnés à domicile ; *c*) Respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé, ni directement ni indirectement ; *d*) Droit à des honoraires pour tout malade soigné, soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins. Cette question sera l'objet d'une étude connexe en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1851 ; *e*) Entente directe entre le médecin et le malade avec payement direct par celui-ci des honoraires habituels ; *f*) Liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique ; *g*) Contrôle des malades par les caisses, des médecins par le syndicat, et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord ; *h*) Nécessité de représentation suffisante du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses et de contrats spéciaux entre les syndicats

et les caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins ;

3° Déclare que la Confédération des syndicats médicaux français n'apportera sa collaboration au fonctionnement des assurances sociales que si les conditions ci-dessus énumérées sont en totalité inscrites dans un texte de loi.

Don à la faculté de médecine de Paris. — Le doyen de la faculté de médecine de l'université de Paris est autorisé à accepter la donation faite à ladite faculté par M. Bernard-Antoine Girard, de 3.000 francs de rente sur l'Etat.

Cette somme sera affectée à la création d'un prix de 3.000 francs portant le nom de « Prix Girard-Martinet », à attribuer annuellement à un étudiant en médecine pourvu de douze inscriptions au minimum et poursuivant des recherches dans un laboratoire pour découvrir un médicament, un sérum ou une méthode propres à atténuer les ravages causés en France par les maladies contagieuses.

Le fondateur de ce prix n'est autre que M. A. Girard, pharmacien, qui s'était déjà acquis la reconnaissance du corps médical par de nombreuses fondations philanthropiques ou scientifiques.

Visite à Vichy des Facultés de médecine de Bordeaux et de Nancy. — Vichy a reçu, les 20, 21 et 22 mai, la visite de la Faculté de médecine de Bordeaux, sous la direction de M. le Dr Sellier, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie, et de la Faculté de médecine de Nancy, sous la direction de M. le Dr Perrin, professeur de thérapeutique et d'hydrologie.

Les étudiants de la Faculté de Bordeaux, au nombre de 60, qui venaient de visiter les stations d'Auvergne, avaient tenu à clôturer à Vichy leur XIXe voyage d'études médicales. Plusieurs professeurs et membres de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux participaient à cet intéressant voyage qui constitue la meilleure des leçons pratiques pour l'enseignement de l'hydrologie.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours et travaux pratiques sur les maladies du tube digestif des nourrissons et des grands enfants*, par MM. P. Le Noir, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine ; Ribadeau-Dumas et Julien Huber, médecins de la Salpêtrière, avec le concours de MM. les Drs Beloux, Carvailho, Gilson, René Mathieu, Mlle Parmentier, Savignac, Taillandier, M. Verpy.

Lundi 1er juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr Le Noir : L'examen clinique du tube digestif de l'enfant. — 10 h. 1/2, M. Verpy : Travaux pratiques. Chimisme. — Soir, 14 h. 1/2. M. le Ribadeau-Dumas : Examen clinique du nourrisson. Amaigrissement et déshydratation.

Mardi 2 juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr J. Huber : Suralimentation et sous-alimentation du nourrisson ; 10 h. 1/2. M. le Dr Gilson : Radiologie. Travaux pratiques. — Soir, 2 h. 1/2. M. le Dr J. Huber : Dyspepsie de l'enfant au sein. Dyspepsie de l'enfant au lait de vache.

Mercredi 3 juillet, matin, 9 h. 1/2, M. le Dr Le Noir : Les sténoses digestives de l'enfant. — 10 h. 1/2. M. le Dr Beloux : Travaux pratiques. Tubage gastrique et duodénal. — Soir, 2 h. 1/2. Mlle le Dr Parmentier : Les vomissements de l'enfance ; 3 h. 1/2. M. le Dr Gilson : Radiologie. Travaux pratiques.

Jeudi 4 juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr Huber : Le choléra infantile et l'athrepsie ; 10 h. 1/2 M. Verpy : Travaux pratiques. Chimisme. — Soir, 2 h. 1/2. M. le Dr R. Mathieu : Les colites. Travaux pratiques. Coprologie clinique (1re séance).

Vendredi 5 juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr Ribadeau-Dumas : Troubles dyspeptiques du sevrage et maladies de carence. Travaux pratiques. Coprologie clinique (2e séance). — Soir, 2 h. 1/2. M. le Dr Ribadeau-Dumas : L'alimentation du jeune enfant. Travaux pratiques. Des aliments de régime.

Samedi 6 juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr Ribadeau-Dumas : Les régimes. Travaux pratiques. Démonstrations de régime.

Lundi 8 juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr Le Noir : L'aérophagie de l'enfant ; M. le Dr Beloux : Travaux pratiques. Tubage gastrique et duodénal. — Soir, 2 heures. M. le Dr Carvailho : Les infestations intestinales de l'enfant.

Mardi 9 juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr Le Noir : L'appendicite chez l'enfant : 10 h. 1/2. M. le Dr Carvailho : Travaux pratiques. Parasitologie — Soir, 2 h. 1/2. M. le Dr Savignac : Le mégacôlon : 3 h. 1/2. Travaux pratiques. Rectoscopie.

Mercredi 10 juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr Beloux : Les hémorragies du tube digestif de l'enfant. — Soir, 2 h. 1/2. M. le Dr Savignac : Invagination et occlusion intestinales.

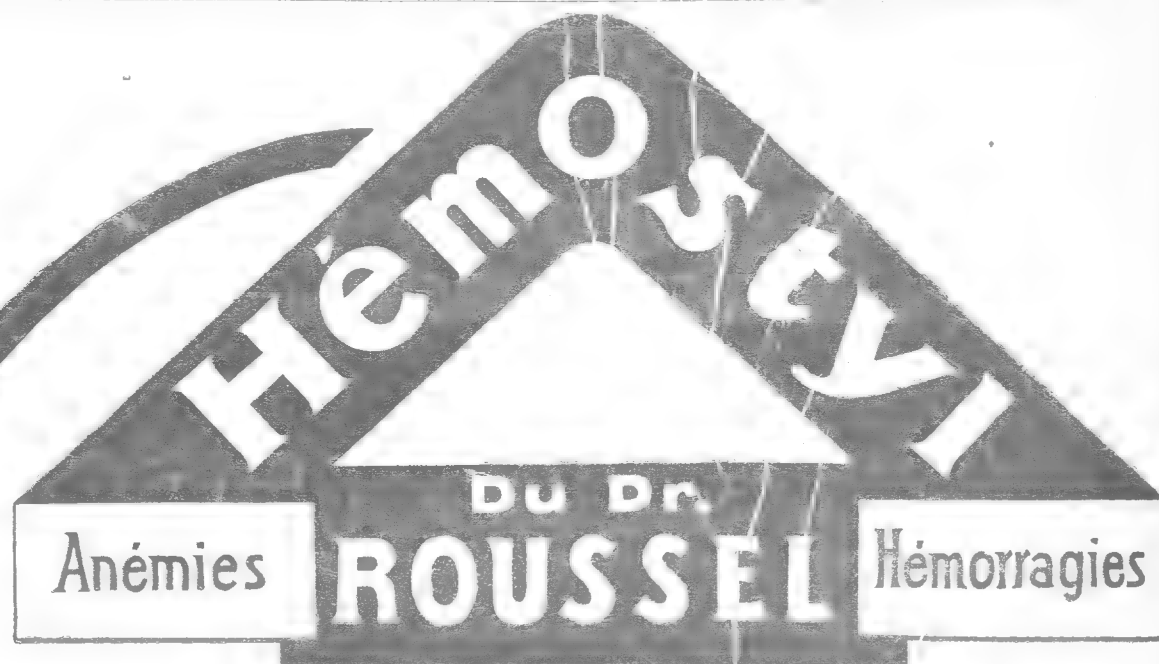
Jeudi 11 juillet, matin, 9 h. 1/2. M. le Dr Tallandier : Les cures hydrominérales dans les affections digestives de l'enfance.

Les cours et travaux pratiques auront lieu à la Salpêtrière dans les services de M. le Dr Ribadeau-Dumas (division Esquirol) et M. le Dr Julien Huber (division Rambuteau).

L'admission au cours est gratuit. Droit d'inscription aux travaux pratiques : 200 francs.

Pour s'inscrire s'adresser à M. Julien Huber, médecin de la Salpêtrière.

Journée médicale de Brides-les-Bains. — Une journée médicale aura lieu à Brides-les-Bains (Savoie) au début de la saison 1930. Cette réunion est placée sous le haut patronage ou avec la participation active des professeurs Achard, Carnot, Marcel Labbé, Rathery, Loeper, Villaret, Piery, Surmont, Perrin, Giraud, Sellier, P. Merklen, des docteurs Laubry, Sainton, Claisse, Bensaude, Trémolières, Harvier, Fiessinger, Stevenin. Des rapports sur diverses questions d'ordre biologique, clinique ou thérapeutique, ayant trait à l'obésité, seront présentés. Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au Dr Kermorgant, Société médicale de Brides-les-Bains (Savoie).


Hémostyl
DU Dr.
ROUSSEL
Anémies
Hémorragies

Hôpital Saint-Antoine. (Service du Dr Félix Ramond). — *Démonstrations cliniques de radiologie gastro-duodénale.* — Du 24 juin au 1er juillet 1929, le Dr Félix Ramond, avec le concours des Drs Ch. Jacquelin, Delalande et Chêne, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum. Chaque séance comprendra une conférence théorique, suivie d'une démonstration pratique sur le même sujet.

Programme. — Les appareils. La technique générale pratique. La préparation du malade. — Les horaires et les positions d'examen. La méthode d'exploration. — Le transit œsophagien, gastrique et intestinal. — Les divers aspects radioscopiques de l'estomac et du duodénum normaux. Les ptoses gastriques et duodénales. La dislocation pylorique. — Les déviations et déplacements de l'estomac. Ses déformations accidentelles. — Les diverses aérogastries. Eventration, hernie. Les diverses expressions radiologiques de l'ulcère de l'estomac. — Le syndrome radiologique du cancer, de la linite et des tumeurs de l'estomac. — Les atonies gastriques : partielle ou totale, précoce ou tardive. — Les spasmes gastriques. Sténoses cardiaque, médiogastrique, pylorique. Dilatation gastrique. — Stase. Hypersécrétion. Les aspects columnaires et vermoulus. — Images gastriques dans les dyspepsies secondaires. Estomac des biliaires et examen radiologique de la vésicule. Epreuve au tétraiode. — Radiologie du duodénum : ulcères, diverticules acquis et congénitaux. Périduodénite. Sténoses et stases du duodénum. Images de l'estomac et du duodénum après opération.

Conférences à 9 heures, gratuites. Démonstrations radiologiques, tous les matins à 10 h. 30. Droit d'inscription, 250 francs. Pour la bonne organisation des travaux pratiques, s'inscrire le plus tôt possible à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès de la surveillante générale du service. Un certificat de participation au cours sera délivré aux auditeurs qui le désireront.

Hospice national des Quinze-Vingts. — *Concours pour un emploi de médecin-adjoint à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.* — Ce concours sera ouvert le jeudi 25 juillet 1929 à neuf heures du matin, rue Moreau, n° 13.

Hospices d'Orléans. — *Concours.* — Internat. — Un concours pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires, aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 29 juillet 1929, à 13 heures. Pour renseignements, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

Chirurgiens-adjoints. — Un concours pour l'admission de trois chirurgiens-adjoints à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, aura lieu aux hospices de Tours, le mercredi 30 octobre, à 8 heures. Pour renseignements s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

Electro-radiologiste adjoint. — Un concours pour l'admission d'un électro-radiologiste adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, aura lieu le jeudi 31 octobre à 8 heures, aux hospices de Tours. Pour renseignements, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

Administration générale de l'Assistance publique. — Par arrêté du directeur général de l'Assistance publique à Paris, Mlle le docteur Roussy est nommée médecin assistant de l'hôpital marin de San Salvadour à partir du 1er juin 1929.

Deux prix de 100.000 francs pour les recherches du cancer. — La Ligue française contre le cancer, 2, avenue Marceau à Paris, nous prie d'annoncer que de généreux donateurs ont mis à sa disposition deux prix de 100.000 fr. chacun pour encourager les recherches sur le cancer.

Un prix de 100.000 francs est offert par M. Guy Amerongen à celui dont les recherches permettront d'affirmer de façon certaine que les aliments conservés ou chimiques ont ou n'ont pas d'influence sur la genèse du cancer. Ce prix sera attribué sans distinction de nationalité.

Un prix de 100.000 francs désigné sous les lettres S. I. M. (en souvenir impérissable de ma mère), offert par un anonyme sera attribué à celui qui aura découvert un sérum, un remède ou un traitement pouvant guérir le cancer. Ce prix est réservé aux Français ou aux Étrangers travaillant en France depuis au moins trois ans.

Nécrologie. — Dr Louis Dubrisay, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. — Dr Paul Engelbach, chirurgien honoraire des hôpitaux du Havre, décédé à l'âge de 72 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'introduction électrolytique des médicaments analgésiques (1)

Par A. ZIMMERN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Quelques mots d'historique.

L'idée de se servir de l'électricité pour faire pénétrer des médicaments dans l'organisme à travers le tégument est bien ancienne, puisqu'elle remonte aux temps mythologiques de l'électricité. A la fin du siècle dernier, la méthode était fort réputée et connue sous le nom d'intonocature. Intonocature signifiait enduit.

On enduisait le globe de soufre dont la friction engendrait de l'électricité statique de substances qualifiées spécifiques. C'est ainsi que, donnant fâcheusement l'exemple de l'exercice illégal, Pivati, fameux jurisconsulte de Venise de 1745, guérit miraculeusement l'évêque de Sebenico de douleurs et de déformations goutteuses, et que Bianchi obtint de la scammonée intonocaturée des effets purgatifs.

Dès l'avènement du galvanisme, on s'adresse à la nouvelle modalité électrique, et Rossi, par exemple, tenta d'introduire du mercure sous la peau, après avoir provoqué la chute de l'épiderme par des mouches de Milan. La méthode cependant éveilla le scepticisme et l'on pensa que la simple absorption cutanée pouvait suffire à tout expliquer. Un des plus fameux électrologistes du début du XIXe siècle, Fabre-Palaprat ayant voulu démontrer que cette critique d'une simple action par imbibition était injustifiée, que le courant était bien le vecteur des substances curatives, ne trouva rien de plus démonstratif que d'introduire celles-ci dans le liquide de la pile, et malgré cette fantaisie, cet auteur aurait obtenu des résultats dans le paludisme avec la quinine !

Avec Richardson, en 1859, nous voyons naître l'idée de l'introduction diadermique de médicaments analgésiants. Il fut le père du « narcotisme voltaïque ». Il employa d'abord une solution de morphine, puis de la teinture d'aconit et réalisa avec cette dernière l'anesthésie complète de l'oreille d'un lapin. Il pratiqua également l'anesthésie d'une patte de chien après avoir imprégné l'électrode positive d'un mélange de chloroforme et de teinture d'aconit. Chez l'homme, il aurait obtenu une analgésie suffisante pour permettre des extirpations de petites tumeurs et des avulsions dentaires.

Plus tard, vers 1886, Wagner, puis Corning firent également appel au courant électrique pour introduire de la cocaïne dans la peau.

Jusque vers cette date, le phénomène était rapporté à la cataphorèse, propriété que possède le courant galvanique d'entraîner les molécules dans son sens, c'est-à-dire du pôle positif vers le négatif. Mais l'atomistique naissante ruina la théorie de la cataphorèse et depuis quelque quarante ans l'introduction médicamenteuse a trouvé son explication scientifique et correcte dans la théorte de la dissociation électrolytique d'Arrhénius.

Le terme de cataphorèse et celui plus jeune d'électrosmose ont dès lors cessé d'être employés à la désignation des phénomènes d'entraînement de substances chimiques dissoutes, pour s'appliquer exclusivement à la migration en masse des molécules d'un liquide faiblement conducteur et soumis à un champ électrique.

L'ion électrolytique dans la physique moderne.

Par la théorie d'Arrhénius nous savons que la dissolution d'un électrolyte, acide, base ou sel, dans un solvant comme l'eau, a pour effet la dissociation des molécules neutres en atomes porteurs de charge électrique mis en liberté dans la solution. Si l'on se reporte à la structure réticulaire des cristaux, telle que l'avait conçue Bravais, et que l'a, il y a quelque dix ans, vérifiée la spectrographie des rayons X, avec leurs atomes occupant les nœuds du réseau, il est facile de se représenter la dissolution effondrant l'édifice cristallin et libérant les atomes électrisés de leurs forces attractives. Libres dans le solvant, ceux-ci prennent désormais le nom d'ions électrolytiques.

Lorsqu'on introduit une différence de potentiel dans une cuve contenant une telle solution, les atomes ionisés positivement ou cathions sont attirés par l'électrode négative, et tendent à gagner celle-ci avec une vitesse qui dépend du champ électrique et des frottements qu'ils éprouvent. En sens inverse cheminent les anions, atomes ionisés négativement. Au contact des électrodes, la charge électrique de ces ions se trouve neutralisée, l'ion redevient atome neutre et se dépose sous forme d'élément chimique, à moins que cet élément, instable en présence du solvant, ne se combine chimiquement avec lui, engendrant un composé secondaire. L'interposition d'une cloison membraneuse dans la cuve électrolytique ne modifie pas l'essence du phénomène. Le passage des ions se trouve seulement modifié dans sa vitesse selon le degré de perméabilité de la substance constitutive de la membrane.

Il est cependant démontré, par les mesures de conductibilité, qu'exception faite des solutions très étendues, la dissociation électrolytique n'est pas complète et qu'un certain nombre de molécules ne se fragmentent pas. Le rapport entre le nombre de molécules intactes d'ions formés est une fonction de la concentration. Comme il est assez difficile d'expliquer pourquoi certaines molécules ont le privilège de rester entières, on a admis que toutes subissaient bien la division, mais qu'au sein de la solution se produisaient sans cesse des recombinaisons d'ions, en vertu de leur attraction électrostatique. Cette attraction électrostatique s'exerce du reste aussi sur les molécules du solvant. L'ion, anion ou cathion, mobile dans la solution, s'entoure d'un cortège de molécules du solvant, d'une véritable enveloppe d'eau qu'il entraîne avec lui dans ses déplacements, si bien qu'on ne peut plus regarder aujourd'hui l'ion électrolytique comme une simple masse matérielle chargée, mais comme une masse enveloppée d'eau.

Le pouvoir attractif est cependant variable avec chaque ion, de sorte qu'on peut considérer des ions peu hydrophiles et des ions très hydrophiles. L'ion sodium est, parmi ces derniers, un de ceux qui ont une très grande affinité pour l'eau, et l'on connaît la tendance qu'ont certains pathogénistes à attribuer les œdèmes brightiques non à la rétention de la molécule Nacl, mais à la rétention de l'ion Na. L'œdème proviendrait de la rétention des molécules d'eau liées à l'ion Na. En électrologie pratique nous possédons du reste une preuve manifeste de l'hydrophilie de l'ion na. Une électrode spongieuse reliée au pôle négatif reste toujours humide tandis que dans le même temps l'électrode positive se dessèche plus ou moins. Longtemps attribué à la cataphorèse, ce phénomène dépend simplement de l'hydrophilie des ions Na, qui, se déchargeant au contact du métal de l'électrode libèrent simultanément eur enveloppe de molécules d'eau (Zimmern).

Les bases physiologiques de l'ionothérapie.

L'exemple ci-dessus de la cuve électrolytique divisée par une cloison membraneuse est l'image, le « modèle matériel » physique de ce qui se produit lorsque l'organisme est interposé entre deux électrodes spongieuses imbibées d'une solution de chlorure de sodium ou d'une solution médicamenteuse.

On peut en effet assimiler l'organisme placé entre ces deux électrodes à un système de trois cuves électrolytiques A. B. C. séparées par des membranes perméables aux ions et contenant, la première, la solution active à introduire, la seconde une solution de NaCl, figurant l'orga-

(1) Leçon faite à la Faculté de Médecine au Cours de Thérapeutique du Pr Loeper, en février 1929.

nisme, la troisième une solution identique et isotonique réprésentant l'électrode indifférente imbibée aussi de NaCl. L'identité et l'isotonie de l'électrolyte contenu en B et C permet de ramener le système aux deux seules cuves A et B.

De même qu'à travers la cloison membraneuse physique, les anions et les cathions, sollicités par les forces électriques chemineront en sens inverse, de même à travers la cloison cutanée passeront dans leur sens respectif les ions étrangers et les ions issus de l'organisme.

La réalité de l'introduction des ions est prouvée directement par l'expérience comme elle l'est par la théorie. L'introduction électrolytique des différents alcaloïdes fait apparaître leurs réactions caractéristiques. La cocaïne provoque l'anesthésie, l'adrénaline la vaso-constriction, la pilocarpine la sudation. Rien ne démontre mieux le phénomène que les expériences d'introduction de l'ion strychnine. Déjà dans les *Archives* de Dubois-Reymond de 1873, Munck exposait comment il avait pu tuer des lapins en faisant passer le courant par une anode imprégnée d'un sel de strychnine.

Tout le monde connaît la forme saisissante sous laquelle Leduc a repris cette expérience et qui l'a rendue classique. Deux lapins sont placés en série dans le circuit galvanique entre deux électrodes, l'une imbibée de NaCl, l'autre de sulfate de strychnine mais de telle sorte que, pour le premier lapin, l'électrode strychnée représente l'anode et pour le second, la cathode. La migration de l'ion strychnine se faisant dans le sens du courant, c'est-à-dire de l'anode vers la cathode, le premier lapin manifeste au bout de peu de temps, les symptômes caractéristiques de l'intoxication strychnique, tandis que son camarade, pénétré au pôle positif par l'ion Na et au négatif par l'ion SO^4, ne se montre nullement incommodé.

Si, pour quelque raison, l'on hésitait à conclure de l'animal à l'homme, la malencontreuse aventure récemment rapportée par Sabouraud, d'une femme complètement décalvée à la suite d'une électrolyse locale d'acétate de thallium destinée à faire tomber seulement quelques duvets disgracieux de sa cuisse, ne permettrait pas de douter de l'absorption médicamenteuse par la voie électrolytique.

La pénétration des ions peut être encore mise en évidence par leur recherche dans les urines. Cette recherche a été effectuée par de nombreux expérimentateurs et les résultats se sont toujours montrés concordants. On sait ainsi que l'ion salicyle et l'ion iode apparaissent après 6 heures dans l'urine, et que l'élimination dure 3 à 4 jours. L'ion lithium se reconnaît à l'analyse spectrale après un temps variant de 4 à 36 heures, et on en trouve encore des traces au 4e jour (Destot et Savy). Comparativement avec l'introduction *per os*, l'élimination après introduction électrolytique est beaucoup plus lente, puisque l'ingestion des mêmes substances les fait apparaître déjà au bout de 6 heures dans l'urine et qu'après 24 heures l'élimination est à peu près terminée. Cette différence dans les temps d'élimination prouve que par l'ingestion la substance médicamenteuse est en circulation dans l'organisme, tandis que l'incorporation par la voie électrolytique comporte un mécanisme spécial.

Pour comprendre celui-ci, suivons l'ion médicamenteux dans sa migration au sein des tissus.

Hypothèses sur le mécanisme de l'incorporation.

La peau n'a évidemment pas la simplicité constitutive de la membrane du physicien. Pauvre en électrolytes, elle oppose au passage du courant une résistance élevée. Par rapport à la cuve électrolytique, la migration des ions se trouve ralentie dans ce milieu singulièrement hétérogène par la multiplicité des obstacles rencontrés : cellules cornées, amas de graisse et sécrétion sébacée, membranes cellulaires colloïdales, colloïdes intracellulaires etc.....

L'obstacle sera d'autant plus considérable que la masse de l'ion sera plus grande. Les vitesses connues pour les membranes de la physique étant ainsi profondément modifiées par la texture cutanée, Leduc a cherché à les évaluer par une méthode spéciale. La notion de vitesse est en effet capitale, comme nous le verrons, pour déterminer la quantité de substance introduite.

La surface cutanée franchie, le mode de fixation des ions dans les tissus relève de la chimie physique.

Par la chimie physique en effet, nous savons que les ions étrangers peuvent, au même titre que les ions normaux, rester un certain temps dissous dans les plasmas, mélangés à ces derniers. A la faveur de leurs affinités ou des attractions électrostatiques avec les ions normaux, peuvent s'effectuer des combinaisons aboutissant à la formation de molécules neutres susceptibles de réactions chimiques propres. Dans d'autres circonstances, l'ion thérapeutique se trouve absorbé par la micelle colloïdale en remplacement d'un ion de même signe détaché et véhiculé plus loin. Enfin les ions peuvent perdre leur charge en cours de route, à la limite de deux milieux hétérogènes, par exemple à la surface des membranes de séparation. A ces pôles virtuels, les ions neutralisés formant dépôt électrolytique retrouvent l'activité chimique de l'atome dont ils portent le nom.

Ces brèves considérations d'ordre physico-chimique laissent clairement prévoir qu'il faut s'attendre, dans le mode d'incorporation des ions, à de notables différences individuelles.

Cette individualité propre de chaque ion ressort d'une façon beaucoup plus concrète d'un certain nombre de constatations expérimentales. Certains ions en effet précipitent, d'autres persistent à l'état dissous et les uns et les autres atteignent des profondeurs variables.

Sur l'animal, Tuffier et Mauté ont vu que dans le derme la matière colorante des ions colorés se conglomère en fines granulations sans jamais atteindre le tissu cellulaire sous-cutané.

Avec le nitrate d'argent électrolysé, on trouve de fines particules argentiques déposées dans les cellules du corps muqueux et entre celles-ci, après 20 à 60 minutes d'application, Ghilarducci a trouvé des précipités argentiques à 2 cm. de profondeur.

L'injection de perchlorure de fer sous la peau du lapin, après ionisation salicylée montre des grains de précipitation dans la couche superficielle du derme. L'ion salicyle ne semble pas atteindre le tissu cellulaire. Chez l'homme, l'ion manganique précipite dans les conduits excréteurs glandulaires, et le thallium, qui précipite presque immédiatement, ne paraît pas franchir les couches superficielles de l'épiderme.

L'emploi de la carbaïne, enfin, nous a montré que l'action anesthésique de cet ion pouvait atteindre un demi-centimètre de profondeur.

Ces observations semblent prouver par ailleurs qu'aucune substance introduite ne saurait dépasser le tissu cellulaire sous-cutané, et l'explication que les réseaux vasculaires et lymphatiques de cette couche s'opposeraient à la poursuite de la migration électrolytique a trouvé un certain crédit. On a voulu en inférer que l'atteinte d'un organe même peu profondément situé était assez problématique. Mais comme on s'est basé sur des substances à pénétration lente ou qui précipitent rapidement, le fait que certains ions ne peuvent pas avec le temps être propulsés plus profondément n'est pas absolument démontré.

Pratiquement d'ordinaire, on considère deux catégories d'ions utilisables en physiologie et en thérapeutique, les uns diffusibles, généralement petits et très mobiles, facilement entraînés dans la circulation générale, comme l'ion strychnine et susceptibles d'effets généraux, les autres non diffusibles et souvent précipitables, d'ordinaire gros et de poids atomique élevé, s'arrêtant ou précipitant dans les couches superficielles, comme l'ion manganique, et susceptibles par conséquent d'effets locaux.

D'après ces données expérimentales, on voit donc que le caractère propre de l'introduction électrolytique médi-

camenteuse réside dans l'accumulation des ions dans les couches superficielles de l'organisme, où, s'étant substitués à des ions normaux, extraits par la propulsion électrolytique, ils contractent avec les éléments constitutifs des tissus, suivant leur nature, des liaisons physicochimiques plus ou moins serrées et plus ou moins stables.

On conçoit ainsi la formation au-dessous de l'électrode active d'un foyer d'expansion à partir duquel les ions médicamenteux obéiront aux forces de diffusion et aux courants humoraux. Grâce à ceux-ci, à travers les espaces lacunaires, ils pourront s'épandre jusqu'à l'organe à atteindre, avant d'être repris plus ou moins rapidement par la circulation générale (Gidon).

La plus longue durée de l'élimination urinaire, paraît bien vérifier cette conception d'une mise en réserve temporaire, d'un centre de diffusion à action continue, et plus ou moins prolongée. C'est cette résorption lente du médicament et par suite son action différée et diffuse, qui constitue l'originalité et l'intérêt de la méthode. C'est par ce caractère de continuité qu'elle se différencie de l'injection hypodermique pratiquement plus simple et plus prompte, mais d'un effet plus brutal et moins durable, du fait de son introduction, et de son élimination plus rapides.

Ions anesthésiques.

L'ionothérapie dispose d'une importante collection de substances à action thérapeutique qu'elle emprunte aux sels organiques et inorganiques de la pharmacopée usuelle. La méthode a pénétré dans toutes les branches de la médecine interne, la dermatologie, la neurologie, l'urologie, l'otologie, même dans la thérapeutique du cancer, et chaque jour apporte à son actif quelque innovation ou quelque indication intéressante. L'usage de l'ion zinc dans la stérilisation et la guérison des plaies infectées, de l'ion iode pour la réduction des cicatrices adhérentes, de l'acétate de thallium pour l'épilation, figure à l'ordre du jour des progrès de la méthode.

Dans la lutte contre l'élément douleur qui est une de ses applications les plus étendues et les mieux établies, l'expérience a conduit à sélectionner un certain nombre de substances qui répondent à des indications bien définies.

Nous envisagerons d'abord les alcaloïdes.

L'ion *morphine* depuis le narcotisme voltaïque de Richardson s'est depuis longtemps effacé de la nomenclature. L'ion morphine paraît provoquer en effet assez rapidement des effets toxiques que Leduc a pu constater sur lui-même.

La *cocaïne*, à la suite des essais de Wagner, a été utilisée dans le traitement des névralgies très douloureuses, notamment dans la prosopalgie, mais un premier inconvénient est que son action n'est pas suffisamment persistante. Lewis Jones, Laquerrière et d'autres ont eu recours à l'ion cocaïne comme anesthésique pour de petites interventions dermatologiques. Thibonneau l'a préconisé en anesthésie dentaire. Mais la cocaïne n'est pas absolument inoffensive. Indépendamment des accidents généraux toujours à redouter, elle est capable de produire des altérations cutanées locales, sur lesquelles Leduc avait déjà attiré l'attention. Ces altérations cocaïniques sont les unes précoces comme l'œdème et l'anémie au point d'application, inconvénient sérieux pour les interventions sur la face, les autres tardives et consistant en paralysies vasculaires, exfoliation en larges pellicules, pigmentation brunâtre persistante.

Des tentatives faites avec la *stovaïne* ont donné des résultats assez inconstants. Nous avons récemment essayé avec Nicolleau et Arvanitakis la *carbaïne*, anesthésique de synthèse qui est le carbonate de la base dont la syncaïne est le chlorydrate. En solution à 5 % avec 2 à 10 mA. pendant environ 15 à 20 minutes, on obtient une anesthésie suffisante, suffisamment profonde et durable pour permettre toute une série de petites interventions dermatologiques (électrolyse, électro-coagulation, scarifications, douche filiforme, etc.). Une estimation de la profondeur atteinte peut être tirée du fait que, pour une biopsie, Jausion a pu pratiquer, sans douleur aucune, l'excision d'un lambeau de peau cervicale de 3 cm. de long, 1 cm. de et 0,5 cm. d'épaisseur. La pénétration rencontrant des obstacles par la sécrétion sébacée de la peau et l'épaisseur de certaines kératoses, il faut avoir soin dans ces cas, de pratiquer au préalable un sérieux lavage à l'éther et d'user de procédés émollients et kératolytiques. A défaut de ces précautions, dans les verrues cornées par exemple, on s'exposerait à des échecs.

Ions analgésiques.

L'ion *quinine*, peu utilisé en France, est assez apprécié en Angleterre contre les phénomènes douloureux de toute origine, mais particulièrement de la névralgie faciale. On l'emploie à la dose de 15 à 20 mA. en séances de 10 à 40 minutes, et dans beaucoup de cas le soulagement aurait été assez immédiat. De fortes doses semblent pouvoir provoquer parfois un peu d'œdème.

Dans le traitement des névralgies, Barré, de Strasbourg, puis Lavigne, de Nantes, ont attiré l'attention sur l'efficacité de l'ion *aconitine*. On l'utilise aujourd'hui d'une façon assez courante dans les névralgies rebelles, notamment dans le tic douloureux, les névralgies du plexus brachial, les causalgies tenaces. Son efficacité serait très supérieure à celle de l'ion salicyle.

Pour l'application à la névralgie faciale l'électrode active doit être assez large pour embrasser toute l'aire de distribution des branches névralgiques.

L'azotate d'aconitine est une substance délicate à manier et l'on n'est pas encore d'accord sur les doses les plus favorables. Barré a utilisé une solution très faible, 2 milligrammes pour 1000. Duhem emploie des concentrations beaucoup plus élevées 250 milligr. pour 1000. Cette dose provoque tout d'abord une sensation de cuisson qui empêche d'élever l'intensité au-delà de 15 mA. L'hypoesthésie s'établit ensuite et dure quelques heures.

D'une alerte survenue chez une de ses malades, lypothymie, vomissements, dilatation pupillaire, Duhem croit conclure qu'il ne faut pas, avec de fortes doses, dépasser 12 séances consécutives.

L'ion *salicyle* emprunté au salicylate de soude est le plus répandu des ions antalgiques. Leduc affirmait même que l'analgésie qu'il procure était telle que seule l'injection de morphine pouvait lui être comparée.

Sans lui conférer une aussi haute distinction, il n'est pas douteux que l'ionisation salicylée constitue un précieux médicament local de la douleur, d'une afficacité infiniment supérieure aux topiques usuels (pommades, pansements salicylés) prescrits dans le même but.

Ses indications sont très étendues et embrassent plus particulièrement le groupe des affections articulaires et des névralgies.

Toutes les arthralgies, traumatiques comme inflammatoires, les arthrites suraiguës, le rhumatisme blennorragique, les douleurs des périarthrites, peuvent être soulagées par l'ion salicyle. Il en est de même des poussées articulaires au cours du rhumatisme chronique, mais, par contre, il est inactif dans les diverses formes du rhumatisme chronique lui-même.

Son action sédative est encore très manifeste dans les attaques aiguës de goutte et la goutte chronique. Du reste dans la plupart de ces phlegmasies articulaires, l'intérêt de l'ionothérapie salicylée réside dans l'association du médicament analgesique avec l'action résolutive du courant galvanique.

Dans toutes les formes de névralgie, zona opthalmique, tic douloureux, névralgie intercostale, brachiale, sciatique, l'ionisation salicylée représente la médication symptomatique de choix. Courtade l'a même utilisée avec succès dans les cystites chroniques douloureuses, même

d'origine blennorrhagique ou tuberculeuse (solution à 5 %, 2 à 5 mA, pendant 15 minutes.) Enfin l'ion salicylé trouve encore de nombreuses indications en gynécologie.

L'ion *lithium* a été introduit en ionothérapie par Edison, nullement cependant pour diminuer la douleur chez les goutteux, mais en vue de faciliter l'élimination de l'acide urique. En introduisant par la voie diadermique de la lithine, il pensait déplacer le sodium de sa combinaison uratique et substituer à l'urate de soude de faible solubilité et producteur de concrétions et de tophi, de l'urate de lithine infiniment plus soluble. Pour cela Edison préconisa de placer les mains dans deux vases remplis d'une solution de chlorure de lithium et reliés à la source galvanique. Le fait le plus surprenant c'est que si l'action sur la solubilité de l acide urique est assez problématique, le lithium constitue un résolutif analgésique remarquable de la goutte, au point que son usage est devenu tout à fait classique et cela aussi bien dans la crise aiguë que dans les formes chroniques.

Dans l'attaque aiguë, l'ionisation lithinée atténue notablement les phénomènes douloureux et hâte la résolution du gonflement inflammatoire d'une façon assez rapide et constante pour qu'on ait pu la qualifier de méthode abortive. Guilloz, de Nancy, avait préconisé une intensité voisine de 200 mA.. Mais des doses aussi élevées sont difficilement supportables et les résultats ne semblent pas inférieurs avec 30 ou 40 mA..

Dans les formes chroniques, l'ion lithium est à essayer pour réduire l'algie continue et les empâtements articulaires. L'ionisation lithinée répétée un assez grand nombre de jours de suite doit être conduite alors comme une véritable cure thermale.

La résolution en quelques séances de tophi a pu être obtenue par Michaut, avec l'acide thyminique qui est lui aussi, un solvant spécifique de l'acide urique et qu'on trouve en spécialité sous le nom de Solurol.

Les propriétés sédatives du cathion lithium et de l'anion salicyle nous ont fait penser qu'il ne pouvait qu'y avoir avantage à utiliser simultanément ces deux ions, d'action thérapeutique à peu près analogue. Par l'emploi du *salicylate de lithine* les deux électrodes deviennent actives : il n'y a plus d'électrode indifférente puisqu'à l'électrode positive pénètre l'ion lithine, à la négative l'ion salicyle. Une longue expérience personnelle nous permet d'attirer l'attention sur ce procédé.

Il convient de signaler encore parmi les ions qui ont été utilisés contre les phénomènes douloureux l'ion *hyposulfureux* qui a été employé par Laborderie dans la sciatique, l'ion *calcium* avec lequel Bourguignon a vu des résultats intéressants dans le tic douloureux et enfin l'ion *radium*.

Le transport de ce dernier à partir du bromure de radium (10 milligrammes par 60 gr. d'eau) a été imaginé par Haret, Danne et Jaboin, et utilisé avec succès par ces auteurs dans les névralgies du plexus brachial, les sciatiques et les névralgies faciales.

Introduits dans les régions douloureuses: les atomes de radium se comportent comme des foyers continus d'émanation ayant leur origine dans le voisinage immédiat de la lésion. Les applications seraient cependant assez irritantes.

Dans le traitement du cancer, l'introduction électrolytique de l'ion *magnésium* nous a paru exercer une action indéniable sur les phénomènes douloureux attribuables aux compressions ou destructions de filets nerveux, déterminées par l'envahissement néoplasique.

On connaît sur ce sujet les récents travaux de Pierre Delbet démontrant l'action frénatrice du chlorure de sodium sur les tumeurs expérimentales de la souris.

Les résultats qu'avec Y. L. Wickham nous avons obtenus par l'ionisation magnésienne dans quelques cas de cancer chez l'homme s'étant montrés en parfaite concordance avec les constatations de Delbet nous n'avons pas hésité à publier nos premières observations.

Sur l'animal, l'ionisation dans le cancer a fait l'objet d'un certain nombre de recherches particulièrement intéressantes. C'est ainsi que Borrel a attaqué le sarcome du rat avec divers métaux introduits électriquement. Avec le baryum, l'argent, le cuivre, etc., les résultats ont été variables, mais avec le plomb, Borrel a obtenu assez régulièrement la disparition des tumeurs expérimentales. Au nombre des ions métalliques essayés par cet auteur ne figure pas toutefois le magnésium.

Le cuivrage, c'est-à-dire l'introduction électrolytique du cuivre a été essayé par Wintz en vue de sensibiliser le cancer de l'utérus à l'action ultérieure de la radiothérapie ou de la curiethérapie.

Gunsett, dans le même ordre d'idées, a constaté que l'ionisation du plomb accroissait des deux tiers la sensibilité aux rayons X.

Le sel de magnésium auquel nous nous sommes adressé, est le sulfate auquel les électrologistes ont coutume d'avoir recours dans le traitement des verrues en particulier. L'électrode positive imprégnée de sel pur en solution plus ou moins concentrée de 10 à 50 % fut toujours appliquée au plus près de la tumeur ou des adénopathies à influencer, et l'électrode indifférente placée en une région telle que la néoplasie se trouvât autant que possible inscrite dans l'enveloppe des lignes de flux L'intensité utilisée a varié de 2 à 10 mA., la durée des séances, de plusieurs heures.

Dans trois cas nous avons obtenu d'une façon indiscutable une régression de volume manifeste, preuve de l'action au moins frénatrice de l'ion magnésium, avec amélioration simultanée des signes fonctionnels, notamment des phénomènes douloureux.

Deux de nos malades qui par l'intensité des douleurs ne parvenaient à dormir qu'au prix de fortes doses d'hypnotiques, retrouvèrent rapidement le sommeil.

Technique.

La technique de l'introduction électrolytique est faite tout entière de détails importants, Elle ne diffère des applications galvaniques ordinaires que par l'imprégnation des électrodes spongieuses, par des solutions médicamenteuses, qu'il conviendra suivant leur signe de relier au pôle convenable, les anions au pôle négatif, les cathions au pôle positif.

On rejettera les bains électrodes pour lesquels l'expérience a montré que la pénétration se faisait non pas au contact de la peau et de l'électrode mais principalement à la surface de ce dernier.

Cette répartition inégale des lignes de flux se retrouve d'ailleurs dans les électrodes, qui conduisent le courant sous une densité plus grande à leur périphérie qu'à leur centre. De là l'intérêt d'employer en ionothérapie des électrodes petites.

L'électrode indifférente par contre pourra être de grande surface et conformément à la théorie, on l'imprégnera d'une solution de NaCl à 7 0/00.

Le plus grand soin doit être apporté à l'élimination des ions parasites. On rejettera résolument l'eau du robinet toujours trop riche en ions Ca ou CO^2. Les électrodes spongieuses devront être bouillies, essorées et lavées plusieurs fois à l'eau distillée. Pour éviter les indésirables ions parasites, Giraudeau a proposé de substituer au support de gaze ou de coton si difficile à épurer la diadermine, substance qui, ne contenant pas d'ions, a la propriété de retenir l'eau. Sa malléabilité permet de modeler l'électrode sur les irrégularités et les dépressions de la peau et de pénétrer les orifices glandulaires. Sans doute cette innovation ne s'impose-t-elle pas d'une façon absolue pour les petits ions, d'introduction facile par leur mobilité et non toxiques, mais pour les ions dange-

reux comme l'aconitine, il faut la regarder comme particulièrement heureuse.

Pour ne pas avoir à se préoccuper des quantités toxiques, on imprègnera en effet la diadermine d'une quantité inférieure à la dose nocive en pharmacologie courante, deux ou trois dixièmes de milligrammes par pour l'aconitine. et on sera certain ainsi de n'introduire exemple qu'une fraction de cette dose.

Pour éviter les impuretés des sels ionisables du commerce et mettre immédiatement à la portée des usagers de la méthode, la concentration des solutions à électrolyser, nous avons fait préparer en tubes scellés des produits rigoureusement purs, prêts à être dissous dans une quantité déterminée d'eau distillée (Ionodoses.)

En théorie, le nombre des ions introduits étant proportionnel à la quantité d'électricité, l'intensité du courant et la concentration de la solution devraient être facultatives. Mais la loi physique perd de sa rigueur dans le domaine physiologique. Les opinions sont du reste très partagées. Leduc préfère des courants intenses pendant des temps courts, d'autres la modalité inverse.

Il nous a semblé que pour chaque ion l'expérience était le meilleur des guides, les résultats étant variables pour chaque usage et les intensités étant très différemment supportées par chaque individu. Une durée longue paraît cependant s'imposer le plus souvent de manière à saturer la région de la substance médicamenteuse. En ce qui concerne enfin la concentration il est déjà évident *a priori* qu'elle ne devra être ni trop élevée pour ne pas risquer l'irritation de la peau par le produit trop concentré, ni trop faible pour ne pas laisser la prépondérance aux ions parasites dans la conductibilité. On devra prendre également en considération le taux de dissociation de l'électrolyte et se souvenir que les sels organiques étant peu dissociés devront par conséquent être employés en concentration relativement forte (solution de 1 à 5 %) tandis que les sels inorganiques largement dissociés et de conductibilité élevée pourront s'employer à des taux de concentration moins élevée.

Il y a donc en théorie pour chaque substance un titre de solution optima mais ici encore la pratique est susceptible d'apporter des amendements.

La plus sérieuse imperfection de la méthode est que nous sommes incapables de doser convenablement la quantité d'ions introduits. Les lois de Faraday complétées par celles de Kohrrausch nous donnent en physique une formule qui permet de calculer le poids ne la substance transportée à travers un septum, connaissant la vitesse u et v des deux ions, l'équivalent élecchimique e de l'ion à introduire, l'intensité I et le temps de passage t. Cette formule est $P = Ite \frac{u}{u+v}$. Mais il est bien évident qu'elle ne donne qu'une approximation. Les doses réellement introduites sont toujours inférieures aux chiffres trouvés par le calcul. L'une des principales raisons est que, malgré les précautions de technique les plus sévères, on ne peut éliminer complètement les ions parasites qui, soumis à la même différence de potentiel, participent à la conductibilité. En admettant même l'épuration complète du matériel et un nettoyage rigoureux de la peau, on ne peut empêcher l'excitation des glandes sudoripares par le courant d'où résulte l'excrétion d'une certaine quantité d'ions chlore et d'ions sodium qui véhiculeront une partie plus ou moins notable du courant.

On voit donc que la quantité du médicament introduit dépend pour une large part de la proportion d'ions parasites convoyés et on ne saurait s'étonner de certains mécomptes, lorsque, faute d'avoir pris les précautions techniques indispensables, on aura, par l'abondance des ions parasites plus petits et plus rapides, réduit l'introduction de l'ion actif à un taux négligeable.

THÉRAPEUTIQUE

Application du sérum de bovidés jeunes à la thérapeutique infantile [1],

Par Madame G. POUCHET-SOUFFLAND,

Attachée Médicale à la Consultation de Chirurgie de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Poursuivant nos recherches expérimentales (voir thèse : Contribution à l'étude du rachitisme, janvier 1924) à l'hôpital des Enfants-Malades, grâce à la bienveillance du professeur Ombredanne, qui a bien voulu nous permettre de continuer notre consultation d'enfants, confiée à nous en 1922 par notre regretté maître, le professeur Auguste Broca, nous avons toujours été frappée par les excellents résultats obtenus chez les enfants par l'emploi de la viande crue dans leur alimentation.

Nous inspirant des méthodes de nos maîtres : A. Broca et Marfan, et de notre expérience personnelle, nous avons toujours fait entrer dans l'alimentation des enfants qui nous étaient confiés, soit pour rachitisme, débilité, adénopathies banales, tuberculose osseuse ou ganglionnaire, la viande crue, finement pulpée (cheval ou mouton) ou, pour les enfants trop jeunes pour pouvoir l'absorber sous cette forme, le suc obtenu au moyen d'une presse. Mais des objections se présentaient à nous : c'était l'impossibilité presque absolue de prescrire la viande crue pendant les mois de grande chaleur, risquant les intoxications alimentaires par viandes avariées, et par cela même la difficulté de prescrire cette médication dans les pays où la température est encore supérieure à celle de France, et où fréquemment les viandes peuvent subir des altérations qui les rendent nuisibles.

Un obstacle se présentait encore : c'est le manque de temps ou de soins des parents, ou des personnes chargées d'élever les enfants, cette préparation étant minutieuse et longue. L'idée nous vint donc d'expérimenter les sérums d'animaux, ces derniers pouvant être aseptiquement préparés et conservés, et susceptibles alors d'être transportés. Ils deviendraient ainsi le remplaçant tout indiqué des viandes crues. Le premier utilisé, parce que d'un usage courant, fut le sérum de cheval ; mais bien qu'amendant l'état général des enfants, nous n'avons pas obtenu cette amélioration sensible que nous cherchions. Nous avons attribué ce peu d'activité à ce que les sérums ne peuvent provenir que d'animaux adultes, les saignées ne pouvant se repéter sur le jeune poulain et ne contiennent plus les éléments vitaux que l'on est en droit de supposer exister dans le sérum des animaux non adultes.

Nous avons alors songé à employer le sérum d'animaux, en croissance. Nous nous sommes adressés aux jeunes bovidés ceux-ci étant d'après nous les plus aptes à nous fournir ce que nous recherchions. Nous avons mis cinquante enfants de notre consultation en traitement :

Pour rachitisme	9
Pour état général	11
Pour adénopathie trachéo-bronchique et générale	13
Pour suppuration	17

Dans tous les cas nous avons obtenu des résultats tout à fait satisfaisants : augmentation de poids, de taille, séparément ou les deux ensemble, augmentation de l'appétit, amélioration du caractère et du sommeil (facile à constater, car les rachitiques sont des enfants nerveux, irritables, criards et dormant mal). Aucune intolérance gastrique, absorption très aisée. Mais ce qui a retenu particulièrement notre attention, c'est le tarissement rapide de la suppuration ; dans tous

(1) Communication faite à l'Académie de Médecine dans la séance du 28 mai 1929.

les cas traités, soit après les dix jours de médication, soit dans les dix jours suivants, la suppuration diminue graduellement et cesse, comme il est facile de s'en rendre compte par la lecture des observations ci-dessous.

Les résultats obtenus nous permettent de conclure, après cette première série de traitements, que le sérum de bovidés jeunes se montre d'une activité très supérieure à celui des animaux adultes dans la thérapeutique infantile. Nous croyons notre expérimentation assez intéressante pour encourager son application que nous nous proposons, du reste, de continuer et d'étendre. Cette médication, diminuant et même arrêtant complètement les suppurations que l'on sait si longues à tarir, soit de mastoïdite, soit de tuberculose osseuse ou de ganglions abcédés, soit d'ostéomyélite, mérite une place importante et présente un intérêt primordial.

Rachitisme.

1re OBSERVATION. — P... (Paulette).
Antécédents héréditaires :0 ; personnels : varicelle.
Maladie traitée : rachitisme. Traitements antérieurs : 0.
Traitement par le sérum de bovidés, le 13 mars 1929, P. 14 k. 200 ; T. 90 cm.
Résultats : le 22 mars 1929, P. 14 k. 400 ; T. 92 cm.
Le 14 avril 1929, P. 14 k. 400 ; T. 94 cm.
Amélioration de l'état général. A pris 200 grammes et grandi de 4 cm.

2e OBSERVATION. — Ga... (Robert), 15 mois.
Antécédents héréditaires : mère obèse ; personnels : 0.
Maladie traitée : rachitisme léger, ne marche pas. Traitements antérieurs : amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 4 avril 1929, P. 10 k. 500 ; T. 78 cm.
Résultats : le 8 mai 1929, P. 11 k. 100 ; T. 79 cm.
Appétit excellent, très bon sommeil, a percé deux dents, marche seul. A pris 600 grammes et grandi de 1 cm.

3e OBSERVATION. — Gu... (Simonne), 17 mois.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.
Maladie traitée : enfant retardée, n'a que deux dents. Traitements antérieurs : amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés,le 23 mars 1929, P. 11 k. 800 ; T. 80 cm.
Résultats : le 5 avril 1929, P. 12 k. 400 ; T. 80 cm.
A percé 8 dents. A augmenté de 600 grammes.

4e OBSERVATION. — Ay... (Gilberte), 19 mois.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : broncho-pneumonie.
Maladie traitée : rachitisme, genu-valgum, ne marche pas. Traitements antérieurs : 0.
Traitement par le sérum de bovidés, le 4 avril 1929, P. 10 k. 450 ; T. 80 cm.
Résultats : le 8 mai 1929, P. 11 k. 150 ; T. 81 cm.
Très gros progrès, marche seule. A pris 700 grammes et a grandi d'un cm.

5e OBSERVATION. — Ro... (Georges), 4 ans 1/2.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : rougeole à deux ans.
Maladie traitée : rachitisme, thorax en carène. Traitements antérieurs : peu d'amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 11 mars 1929, P. 17 k. 320 ; T. 106 cm.
Le 18 mars 1929, P. 16 k. 800 ; T. 106 cm. 1/2.
Résultats : A perdu 520 grammes, taille augmentée de 1/2 cm. Aucun changement dans l'état général.

6e OBSERVATION. — P... (Auguste, 4 ans.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : rougeole, varicelle.
Maladie traitée : rachitisme génu-valgum . Traitements antérieurs:0
Traitement par le sérum de bovidés, le 2 mars 1929, P. 17 k. 600 ; T. 107 cm.
Résultats, le 13 mars 1929, P. 17 k. 800 ; T. 108 cm.
Etat général très amélioré. Diminution du genu-valgum. A augmenté de 200 grammes ; a grandi de 1 cm.

7e OBSERVATION. — Pan... (Christiane). 9 ans.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : coqueluche, réactions méningées.
Maladie traitée : rachitisme, genu-varum. Traitements antérieurs : améliorée.
Traitement par le sérum de bovidés, le 28 février 1929, P. 18 kgr. ; T. 107 cm.
Résultats : le 12 mars 1929, P. 18 k. 200 ; T. 108 cm.
Amélioration de l'état général. A augmenté de 200 gr. et grandi d'un cm.

8e OBSERVATION. — An... (Pierre), 5 ans.
Antécédents héréditaires 0 ; personnels : 0.
Maladies traitées : rachitisme et maladie mitrale. Traitements antérieurs : amélioration du rachitisme.
Traitement par le sérum de bovidés, le 27 février 1929, P. 14 k. 600 ; T. 96 cm.
Le 11 mars 1929. P. 14 k. 500 ; T. 97 cm.
Le 12 avril 1929, P. 14 k. 600 ; T. 98 cm.
Résultats : Etat général très amélioré, augmentation de l'appétit ; n'a pas pris de poids mais a grandi de 2 cm.

9e OBSERVATION. — Fo... (René), 3 ans.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.
Maladie traitée : rachitisme, genu-valgum gauche, gros ventre. Traitements antérieurs : amélioration de la déformation.
Traitement par le sérum de bovidés, le 27 février 1929, P. 14 k. 300; T. 96 cm. ; tour de taille pris au nombril : 49 cm.
Résultats : le 13 mars 1929 : P. 14 k. 550 ; T. 97 cm. ; tour de taille au nombril 47 cm.
Le 18 avril 1929 : P. 15 kgr. ; T. 97 cm. 1/2 ; tour de taille au nombril, 45 cm.
A pris en 50 jours 700 grammes, a grandi de 1 cm. 1/2. Très amélioré, diminution de l'abdomen de 4 cm.

Etat général.

1re OBSERVATION. — Fo... (Suzanne), sœur du précédent, 4 ans.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : broncho-pneumonie, rougeole, bronchite.
Maladie traitée : adénopathies multiples, enfant nerveuse et irritable. Traitements antérieurs : difficulté d'augmentation de poids.
Traitement par le sérum de bovidés, le 27 février 1929. P. 12 k. 800 ; T. 96 cm.
Résultats : le 13 mars 1929, P. 13 k. 300 ; T. 96 cm.
Le 18 avril 1929, P. 13 k. 700 ; T. 96 cm.
A pris en 50 jours 900 grammes. Etat général très amélioré, enfant plus sage et grognant moins.

2e OBSERVATION. — Ba... (Marie), 7 ans.
Antécédents héréditaires : père emphysémateux, mère bonne santé ; personnels : 0.
Maladie traitée : état général. Traitements antérieurs : amélioration progressive de l'état.
Traitement par le sérum de bovidés, le 28 février 1929, P. 21 k. 300 ; T. 120 cm.
Résultats : le 14 mars 1929, P. 22 kgr. ; T. 121 cm.
Enfant plus vive, plus gaie, s'intéressant davantage.
A pris 700 grammes.

3e OBSERVATION. — Po... (Edmond), 3 ans.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.
Maladie à traiter : état général. Traitements antérieurs : amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 7 mars 1929, P. 11 k. 100 ; T. 89 cm.
Le 19 mars 1929, P. 11 k. 200 ; T. 89 cm.
Résultats : le 11 avril 1929, P. 11 k. 200 ; T. 91 cm.
Amélioration de l'état général, a augmenté de 100 grammes, a grandi de 2 cm.

4e OBSERVATION. — Pan... (Suzanne), sœur de la précédente.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.
Maladie traitée : état gastro-intestinal. Traitements antérieurs amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 28 février 1929, P. 22 k. 300 ; T. 120 cm.
Résultats : le 12 mars 1929, P. 22 k. 900 ; T. 120 cm.
Amélioration de l'état général. A pris 600 grammes.

5e OBSERVATION. — Hu... (Robert), 5 ans.
Antécédents héréditaires : père bronchite chronique ; personnels : diphtérie.
Maladie traitée : état général, petite taille. Traitements antérieurs : 0.
Traitement par le sérum de bovidés, le 8 mars 1929, P. 13 k. 800 ; T. 101 cmc.
Le 19 mars 1929, P. 13 k. 750 ; T. 101 cm.

BIBLIOGRAPHIE

Problèmes sociaux et biologie, par le Dr Damaye. Un volume in-16 de 250 pages. Félix Alcan, éditeur, Paris 1929.

Le Dr Damaye est un aliéniste qui est avec raison persuadé que la sociologie et la psychiatrie sont deux sciences intimement liées. Il estime (et toujours il a raison) que le psychiatre est apte, par sa connaissance de l'esprit humain et des défectuosités de ce dernier, à protéger la société contre les faux psychiques et à découvrir toutes les erreurs qui sont quotidiennement commises dans l'éducation de la jeunesse et la façon de résoudre les grands problèmes sociaux. M. Damaye a déjà écrit sur ce sujet des ouvrages très appréciés, mais dans ce livre il observe un chapitre nouveau indispensable aux études psychosociologiques : c'est celui de la psychopathologie des nations et des peuples : nations et peuples ont en effet, comme les individus, leurs tares sentimentales et leurs qualités. Il faut louer l'auteur de l'indépendance de son esprit, de la clarté de son exposé et de son ardent désir de trouver des remèdes aux défectuosités hélas ! trop nombreuses de notre organisation sociale.

G. P.-B.

Les causes de dégénérescence de l'homme. Leçon d'ouverture du cours d'hygiène sociale. par le Dr Sicard de Plauzole (janvier 1929).

A tous ceux qui veulent être documentés sur les questions d'hygiène sociale on peut recommander la lecture de tous les ouvrages du Dr Sicard de Plauzole dont la documentation est impeccable. Tous les faits sociaux sont minutieusement et scientifiquement observés par lui et cette première leçon en est la preuve. Sur ces causes de la dégénérescence de l'homme il donne des précisions parfaites, des chiffres convaincants et des graphiques démonstratifs : notamment il montre la solidarité de toutes les tares sociales et leur retentissement sur l'enfant. Le Dr S. ne se contente pas de signaler le mal, il s'applique à souligner les remèdes et à la dégénérescence il oppose des méthodes qui font justement l'objet du cours qu'il professe si brillamment à la Sorbonne,

G. Paul-Boncour.

Physiologie des nerfs crâniens et de l'innervation sympathique de la tête, par le Dr Maurice Duvernoy, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon. 1 vol. in-8, 68 p. Prix : 8 fr. V. Chicandre, éditeur, 49, rue Bersot, Besançon.

Rassembler pour l'élève les différentes notions éparses dans les manuels concernant les nerfs craniens, tel a été le but de l'auteur qui a uni dans ces pages la physiologie et la pathologie et a réussi à faire une œuvre claire et utile.

Stations thermales du centre de la France, par MM. Desgeorges (Vichy), Du Pasquier (St-Honoré), Heitz (Royat), Macé de Lépinay (Néris), Mazeran (Châtel-Guyon) Perpère (Mont-Dore), Piatot (Bourbon-Lancy), Pierret (La Bourboule), Serane (St-Nectaire). Préface du professeur Carnot. Un volume 80 pages. Prix : 12 frs. L'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris).

Quelques membres de la Société d'Hydrologie ont eu idée de condenser ce qu'il faut savoir au point de vue pratique sur les stations du centre de la France. On y trouvera pour chacune d'elles, clairement et succintement exposés, la situation, le climat, la composition des eaux, leur action physiologique et la technique de leur utilisation. Le chapitre des indications particulièrement développé, précise quels seront les malades justiciables de ces stations, et comment il faudra choisir entre plusieurs stations similaires, de telle sorte que le praticien y trouvera toujours une ligne de conduite rationnelle pour conseiller son malade.

Les essais de Michel de Montaigne. Extraits, notices et annotations par Georges Roth. Un vol. in-16, broché : 12 fr. Collection Pallas. (Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris).

Voici, dans la délicieuse collection Pallas, déjà si riche, une œuvre qui fera les délices des « honnêtes gens ». Relire ce que Montaigne a écrit de plus substantiel, sera pour les uns un vrai régal. A d'autres, ces extraits abondants permettront de faire connaissance avec l'un des esprits les plus originaux dont puisse s'enorgueillir une littérature. La personnalité et la pensée de Montaigne se trouvent en effet présentées dans une forme accessible et sous un grand nombre d'aspects.

L'auteur de cette anthologie a voulu en faciliter la lecture en adoptant l'orthographe moderne et en ponctuant selon l'usage actuel. Mais les termes de Montaigne n'ont pas été traduits ce qui n'était ni désirable à cause de l'originalité du texte, ni utile car on s'initie très rapidement au charme d'un style particulièrement savoureux. D'ailleurs, des notes assez nombreuses pourront guider le lecteur. M. G. Roth s'est servi pour son travail tantôt de l'édition de 1588, tantôt de celle de 1595. Il s'est efforcé de dégager la pensée de Montaigne des commentaires ou des notes pieusement recuillis par Mlle de Gournay mais qui alourdissaient le texte.

Résultats : a perdu 50 grammes, ne semble avoir subi aucune amélioration.

6e OBSERVATION. — Mi... (Lucien), frère du précédent, 3 ans 1/2.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.
Maladie à traiter : eczéma des bourses. Traitements antérieurs : 0.
Traitement par le sérum de bovidés, le 9 mars 1929, P. 10 k. 300 ; T. 83 cm.
Le 19 mars 1929, P. 9 k. 800 ; T. 84 cm.
Résultats : l'eczéma a complètement disparu, amélioration de l'état général. A perdu 500 grammes, a augmenté d'un centimètre.

7e OBSERVATION. — Wui... (Charles), 4 ans.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : eczéma du nouveau-né, inappétence. Médications antérieures : peu d'amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 23 mars 1929, P. 16 k. 150 ; T. 104 cm.
Résultats : le 4 avril 1929, P. 16 k. 600 ; T. 104 cm. Appétit très augmenté. Etat général amélioré, enfant plus gai, a pris 350 grammes.

8e OBSERVATION. — De... (Andrée), 16 mois.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.
Maladie traitée : athrepsie. Traitements antérieurs : amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 8 avril 1929, P. 8 k. 100 ; T. 72 cm.
Résultats : le 19 avril 1929, P. 8 k. 500 ; T. 73 cm. 1/2. Très améliorée. A pris 400 grammes et grandi de 1 cm. 1/2.

9e OBSERVATION. — Du... (Simonne), 8 ans 1/2.
Antécédents héréditaires : mère bronchite chronique ; père bien portant ; antécédents personnels : borncho-pneumonie, rougeole, varicelle.
Maladie traitée : péritonite bacillaire, adénoathie T. B.
Traitements antérieurs : bons résultats, amélioration de l'état général.
Traitement par le sérum de bovidés, le 4 mars 1929, P. 29 k. 200 ; T. 128 cm.
Résultats : après 10 jours de traitement, P. 29 k. 100 ; T. 128 cm.
Le 29 avril 1929, P. 29 k. 600 ; T. 129 cm.
Etat général très amélioré.

10e OBSERVATION. — Co... (André), 4 ans 1/2.
Antécédents héréditaires : mère bien portante, cinq fausses couches, père blessé de guerre. ; antécédents personnels : varicelle, conjonctivite.
Maladie traitée : état général. Traitements antérieurs : légère amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 26 février 1929, P. 13 kg. ; T. 94 cm.
Résultats : le 12 mars 1929, 10 jours après, P. 13 k. 800 ; T. 94 cm.
Amélioration de l'état général.

11e OBSERVATION. — Re... (Jacques).
Antécédents héréditaires : même ques les précédents ; antécédents personnels : coqu..luche, rougeole.
Maladie traitée : état général. Traitements antérieurs : sans résultats.
Traitment par le sérum de bovidés, le 26 février 1929 P. 17 k. 550 ; T. 101 cm.
Résultats : 10 jours après, P. 17 k. 800 ; T. 101 cm. (augmentation 250 gr.).
Etat général très amélioré, bon appétit.

Adénopathie trachéo-bronchique et générale.

1re OBSERVATION. — Sé... (Fernande), 2 ans.
Antécédents héréditaires : père maladie de foie , mère bien portante ; antécédents personnels : rougeole, adénopathie suppurée.
Maladie à traiter : adénite sous-maxillaire. Traitements antérieurs : 0.
Traitement par le sérum bovidés, le 7 mars 1927, P. 10 k. 600 ; T. 76 cm.
Le 19 mars 1929, P. 10 k. 450 ; T. 76 cm.
Résultats : le 19 avril 1929, P. 10 k. 800 ; T. 76 cm.
L'adénite sous-maxillaire a presque complètement disparu, l'état général après un mois est très notablement amélioré.
L'enfant a pris 200 grammes.

2e OBSERVATION : Pla... (Guy), 15 mois.
Antécédents héréditaires 0 ; personnels : 0.
Maladies à traiter : adénite sous-maxillaire, adénopathies multiples. Traitements antérieurs : amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 12 mars 1929, P. 10 kgr. ; T. 79 cm.
Le 23 mars 1929, P. 10 kgr. ; T. 79 cm.
Résultats : Etat général amélioré.

3e OBSERVATION. — Vin... (Jacques), 4 ans.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.
Maladie traitée : adénopathie, état général. Traitement antérieur : peu d'amélioration, les gangliions persistent.
Traitement par le sérum de bovidés, le 12 mars 1929, P. 16 k. 205 ; T. 106 cm.
Résultats : le 23 mars 1929, P. 15 k. 800 ; T. 107 cm.
L'adénopathie T. B. persiste, les ganglions ont presque totalement disparu.
A perdu 450 grammes, a grandi d'un cm.
Etat général très amélioré.

4e OBSERVATION. — Mi... (Paulette), 6 ans.
Antécédents héréditaires : père ; saturnisme ; personnels : rougeole et coqueluche.
Maladie à traiter : adénopathie T. B. Traitements antérieurs : 0.
Traitement par le sérum de bovidés, le 9 mars 1929, P. 16 k. 250 ; T. 110 cm.
Le 15 mars 1929, P. 15 k. 650 ; T. 111 cm.
Résultats : L'adénopathie T. B. a complètement disparu à l'auscultation.
L'enfant a perdu 550 grammes, a pris 1 cm.

5e OBSERVATION. — Du... (Marcel, 4 ans 1/2.
Antécédents héréditaires : père ; bronchite chronique ; personnels : rougeole.
Maladie traitée : rachitisme, adénopathies multiples. Traitements antérieurs : amélioration.
Traitement par le sérum de bovidés, le 8 mars 1929, P. 12 k. 900 ; T. 97 cm.
Le 20 mars 1929, P. 12 k. 800 ; T. 97 cm.
Résultats : le 12 avril 1929, P. 13 k. 150 ; T. 97 cm.
A perdu 100 gr. pendant le traitement. A repris 250 gr. dans les 20 jours suivants. Etat général peu amélioré.

6e OBSERVATION. — Po... (Emile), 7 ans 1/2.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : enfant athrepsique.
Maladie à traiter : adénopathie T. B. micropolyadénite. Traitements antérieurs : amélioration.
Traitement par le sérum bovidé, le 7 mars 1929, P. 17 k. 500 ; T. 113 cm.
Résultats : le 19 mars 1929, P. 17 k. 650 ; T. 114 cm.
Le 11 avril 1929, P. 17 k. 700 ; T. 115 cm.
Etat général très amélioré (l'enfant a pris 200 grammes et grandi de 2 cm. en un mois).

7e OBSERVATION. — Le B... (Maurice), 3 ans.
Antécédents héréditaires : père bacillaire ; personnels : 0.
Maladies à traiter : adénopathies multiples, état général. Traitements antérieurs : amélioration de l'état général.
Traitement par le sérum de bovidés, le 6 mars 1929, P. 11 k. 400 ; T. 91 cm.
Résultats : le 13 mars 1929, P. 11 k. 500 ; T. 91 cm.
Très amélioré, augmentation de l'appétit.
Le 10 avril 1929, P. 12 kgr. ; T. 92 cm.
A pris en un mois 600 grammes, a grandi d'un centimètre.

8e OBSERVATION. — Re... (Gilbert), 8 ans.
Antécédents héréditaires : père emphysémateux ; mère maladie de foie ; antécédents personnels : développement normal, broncho-pneumonie.
Maladie traitée : adénopathie T. B. Traitements antérieurs : peu de résultats.
Traitement par le sérum de bovidés, le 26 février 1929, P. 23 kgr. ; T. 123 cm.
Résultats : 10 jours après, P. 23 k. 200 ; T. 123 cm.
Augmentation 200 gr.

9e OBSERVATION. — Du... (Simonne), 6 ans.
Antécédents héréditaires : 0 ; presonnels : 0.
Maladie traitée : adénopathie T. B.
Traitement par le sérum de bovidés, le 26 février 1929, P. 15 k. 500 ; T. 110 cm.
Le 9 mars 1929, P. 15 k. 650 ; T. 111 cm.
Résultats : l'adénopathie T. B. a complètement disparu. A pris 150 gr., a augmenté d'un cm.

10e OBSERVATION. — Peu... (Georges), 27 mois.
Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : broncho-pneumonie, varicelle, rougeole.

Maladie traitée : rachitisme, genu-varum, adénopathies multiples. Traitements antérieurs : Amélioration de l'état général.

Traitement par le sérum de bovidés, le 4 mars 1929, P. 12 k. 600 ; T. 87 cm.

Résultats : le 4 avril 1929, P. 13 kgr. ; T. 87 cm.

Très amélioré, a pris 400 grammes.

11e OBSERVATION. — Mo... (Jeanne), 4 ans.

Antécédents héréditaires : père eczéma, mère bien portante ; antécédents personnels : 0.

Maladies traitées : rachitisme, genu-varum, adénopathies multiples. Traitements antérieurs : amélioration de l'état général, mais la constipation persiste.

Traitement par le sérum de bovidés, le 1er mars 1929, P. 15 k. 700 ; T. 102 cm.

Résultats : le 12 mars 1929, P. 15 k. 850 ; T. 102 cm. (augmentation de 150 grammes).

La constipation est très améliorée, ainsi que l'état général.

12e OBSERVATION. — Co... (Huguette), 20 mois.

Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.

Maladie traitée : rachitisme, genu-valgum, adénopathies multiples. Traitements antérieurs : amélioration.

Traitement par le sérum de bovidés, le 24 avril 1929, P. 9 k. 550 ; T. 78 cm.

Résultats : le 5 mai 1929, P. 10 kgr. ; T. 79 cm.

Etat général très amélioré. A pris 450 grammes et grandi de 1 cm.

13e OBSERVATION. — La... (Pierre), 21 mois.

Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : normaux.

Maladie traitée : adénopathies multiples, rachitisme. Traitements antérieurs : amélioration légère.

Traitement par le sérum de bovidés, le 26 février 1929, P. 12 k. 200; T. 82 cm.

Résultats : après 10 jours, P. 12 k. 800 ; T. 84 cm.

Augmentation de l'appétit, très bon sommeil, moins nerveux.

Le 17 avril 1929, P. 13 k. 350 ; T. 84 cm.

L'amélioration persiste. A pris 1 k. 150.

Suppurations.

1re OBSERVATION. — Du... (Gilberte), 12 ans.

Antécédents héréditaires : père bien portant, mère : adénopathie sous-maxillaire B ; antécédents personnels : rougeole, coqueluche, varicelle, bronchite.

Maladie traitée : adénite sous-maxillaire suppurée bacillaire. Traitements antérieurs : depuis un an, n'ont pas arrêté la suppuration.

Traitement par le sérum de bovidés, le 27 février 1929, P. 32 k. 100; T. 137 cm.

Résultats : le 13 mars 1929, P. 32 k. 200 ; T. 137 cm.

Le 1er mai 1929, P. 32 k. 350 ; T. 139 cm.

Grosse amélioration après les dix premiers jours, diminution très sensible de la suppuration. A pris 250 grammes, a grandi de 2 cm.

A la seconde visite, la suppuration a complètement cessé.

2e OBSERVATION. — Fo... (Jacques), 2 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.

Maladie traitée : gomme bacillaire suppurée. Traitements antérieurs n'ont pas arrêté la suppuration.

Traitement par le sérum de bovidés, le 26 février 1929, P. 11 k. 800; T. 87 cm.

Résultats : très bon état, cicatrisation absolue ; le 21 mars 1929, P. 12 k. 300 ; T. 87 cm.

Le 15 avril 1929 : ne suppure plus.

A pris 500 grammes.

3e OBSERVATION. — Che... (Odette) 2 ans.

Antécédents héréditaires : père paludéen ; mère : encéphalite léthargique ; antécédents personnels : 0.

Maladie traitée : adénopathie suppurée, gomme bacillaire, spina-ventosa 2e et 3e métatarsiens droits. Traitements antérieurs : amélioration de l'état.

Traitement par le sérum de bovidés, le 27 février 1929, P. 12 k. 300; T. 85 cm.

Résultats : le 13 mars 1929, P. 12 k. 700 ; T. 85 cm.

Amélioration de l'état général, augmentation de l'appétit. A pris 400 grammes.

4e OBSERVATION. — Ca... (Gérard), 22 mois.

Antécédents héréditaires : 0, 2 fausses couches ; personnels : bronchite, varicelle.

Maladie traitée : spina-ventosa suppuré, médius droit.

Traitement par le sérum de bovidés, le 1er mars 1929, P. 10 k. 500 ; T. 78 cm.

Résultats : le 13 mars 1929, P. 10 k. 700 ; T. 78 cm.

Le 4 avril 1929, P. 11 kgr. ; T. 79 cm.

A pris en un mois 500 gr. a grandi d'un cm. La suppuration a diminué. Augmentation de l'appétit. Etat général très amélioré.

5e OBSERVATION. — Gri... (Lucette). 29 mois.

Antécédents héréditaires : père ; pleurésie, mère, 0 ; antécédents personnels : broncho-pneumonie, pleurésie.

Maladie traitée : ostéite costale suppurée. Traitements antérieurs : peu d'amélioration, la suppuration continue.

Traitement par le sérum de bovidés, le 4 mars 1929, P. 10 kg. ; T. 85 cm.

Résultats : le 18 mars 1929, P. 10 k. 600 ; T. 85 cm.

L'ostéite est cicatrisée.

Le 15 avril 1929, P. 11 kgr. ; T. 85 cm.

L'ostéite n'a pas resuppuré, l'amélioration continue.

6e OBSERVATION. — Ma... (Paulette), 17 mois.

Antécédnets héréditaires : 0 ; personnels : broncho-pneumonie.

Maladie à traiter : spina-ventosa annulaire gauche, gomme bacillaire. Traitements antérieurs : 0.

Traitement par le sérum de bovidés, le 6 mars 1929, P. 11 k. 800 ; T. 80 cm.

Résultats : le 20 avril 1929, P. 11 kgr. ; T. 81 cm.

Le spina a presque complètement disparu ; l'état général est très amélioré. Malgré cette amélioration, a perdu 800 grammes, a grandi de 1 cm.

7e OBSERVATION. — Fe... (François), 4 ans.

Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.

Maladie traitée : adénite sous-maxillaire suppurée. Traitements antérieurs : 0.

Traitement par le sérum de bovidés, le 7 mars 1929, P. 15 k. 800 ; T. 104 cm.

Résultats : le 22 mars 1929, P. 15 k. 900 ; T. 104 cm.

La suppuration est absolument tarie.

Le 24 avril 1929, P. 16 k. 350 ; T. 106 cm.

La suppuration n'a pas reparu. A pris en 6 semaines 550 gr., a grandi de 2 cm.

8e OBSERVATION. — Br... (Roger), 6 ans.

Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : rougeole, diphtérie, otite.

Maladie traitée : otite suppurée, remontant à juin 1928. Traitements antérieurs : pas d'amélioration de l'otorrhée.

Traitement par le sérum de bovidés, le 4 avril 1929, P. 17 k. 600 ; T. 107 cm.

Le 17 avril 1929, P. 17 k. 700 ; T. 107 cm.

Résultats : l'otorrhée est complètement tarie.

Le 22 avril 1929, P. 17 k. 700, a pris 100 grammes ; l'otorrhée n'a pas reparu.

9e OBSERVATION. — Fau... (Louis), 4 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : 0 ; personnels : 0.

Maladie traitée : spina ventosa index droit.

Traitements antérieurs : amélioration, mais le spina persiste.

Traitement par le sérum de bovidés, le 9 mars 1929, P. 15 k. 350 ; T. 104 cm.

Résultats : le 20 mars 1929, P. 15 k. 850 ; T. 104 cm.

Le 13 avril 1929, P. 16 k. 700 ; T. 105 cm. 1/2.

Le spina est complètement guéri, l'état général très bon, en un mois a pris 1.350 gr., a augmenté d'un centimètre et demi.

10e OBSERVATION. — Jo... (Roger), 7 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : père gazé, deux frères morts ; antécédents personnels : coqueluche, rougeole, varicelle, ictère.

Maladie traitée : séquelles d'ostéomyélite de l'omoplate gauche. Présente une plaie profonde d'un demi-centimètre environ, longue de 2 cm. 1/2, très suppurante. Traitements antérieurs : 0.

Traitement par le sérum de bovidés, le 17 avril 1927, P. 19 k. 500 ; T. 119 cm.

Le 27 avril 1929, P. 20 k. 400 ; T. 120 cm. 1/2.

La suppuration a beaucoup diminué.

Résultats : le 8 mai 1929, P. 20 k. 350.

La plaie est complètement cicatrisée. Augmentation de poids (a pris 900 gr. en 10 jours, puis a perdu 50 grammes, a grandi d'un cm. 1/2. Revu le 25 mai 1929. La cicatrisation persiste.

11e OBSERVATION. — Ra... (Raymond), 15 ans.

Antécédents héréditaires : père mort anémie cérébrale, mère bien portante ; antécédents personnels : 0.

Maladie traitée : abcès froid costal opéré. Traitement antérieur : 0.

Traitement par le sérum de bovidé jeune : le 24 avril 1929, P. 41 k. 700, 1 ampoule par jour.

Le 7 mai 1929 : P. 42 k. 600, 1 ampoule par jour.

Le 22 mai 1929, P. 44 k. 600, a pris 2 ampoules pendant 5 jours.

Résultats : 10 jours après, a pris 900 grammes. La suppuration a très notablement diminué : 28 jours après : a pris 2 kgr., la plaie de 5 cm. × 2 cm. 1/2 ne mesure plus que 4 cm. × 1 cm. 1/2, la plaie bourgeonne, la suppuration a très notablement diminué.

12e OBSERVATION. — Bel... (Claude), 15 mois.

Antécédents héréditaires : 0 ; antécédents personnels : 0.

Maladie traitée : rachitisme, adénopathie sous-maxillaire suppurée. Traitement antérieur : amélioration du rachitisme ; adénopathie:0

Traitement par le sérum de bovidé jeune, le 10 avril 1929, P. 11 k. 850 ; T. 85 cm.

Le 20 avril 1929, P. 12 k. 200 ; T. 85 cm.

Résultats : a pris, après 10 jours de traitement, 350 grammes. adénopathie suppurée complètement disparue.

Le 17 mai 1929, revu, la suppuration n'a pas reparu.

13e OBSERVATION. — Ma... (Madeleine), 5 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : père gazé, mère arthritique ; antécédents personnels : broncho-pneumonie, otite suppurée, mastoïdite opérée. Traitement antérieur : 0.

Traitement par le sérum de bovidés jeunes, le 6 mai 1929, P. 13 k. 750 ; T. 107 cm.

Après 10 jours, le 17 mai 1929, P. 14 k. 100 ; T. 107 cm.

La suppuration est très améliorée.

Le 22 mai 1929, P. 14 k. 100, l'écoulement est presque complètement tari. Etat général très amélioré. A pris 350 grammes.

14e OBSERVATION. — Ra... (Jacques), 2 ans.

Antécédents héréditaires : père, bronchite chronique ? mère, laryngite chronique ? ;antécédents personnels : rougeole, diphtérie, adénite, otite bilatérale suppurée, mastoïdite opérée. Traitement antérieur : 0.

Traitement par le sérum de bovidé jeune, le 11 mai 1929, P. 10 k. 600 ; T. 81 cm.

Le 18 mai 1929 (7 jours), P. 11 k. 100 ; T. 18 cm. ; écoulement complètement tari.

Le 28 mai 1929 : l'écoulement ne s'est pas reproduit, état général parfait, a pris 500 grammes.

15e OBSERVATION. — Au... (Albert), 8 ans.

Antécédents héréditaires : inconnus ; antécédents personnels : ostéomyélite, adénite.

Maladie traitée : adénite sus-claviculaire, état général très mauvais. Traitement antérieur : 0.

Traitement par le sérum de bovidé jeune, le 11 mai 1929, P. 20 kgr.; T. 119 cm.

Le 23 mai 1929, P. 20 k. 200 ; T. 120 cm.

Etat général amélioré, adénite état stationnaire, a pris 200 grammes, a grandi d'un cm.

16e OBSERVATION. — Par... (André), 9 ans.

Antécédents héréditaires : père saturnin, mère 0 ; antécédent. personnels : rougeole, varicelle, adénite sous-maxillaire suppurées Traitement antérieur : 0.

Traitement par le sérum de bovidé jeune, le 15 mai 1929, P. 20 k. 500 ; T. 122 cm.

Le 18 mai 1929 (3 jours après), P. 20 k. 800 ; T. 122 cm. ; la suppuration a notablement diminué.

Le 21 mai 1929 (6 jours) : P. 20 k. 900 ; T. 123 cm. ; plaie complètement cicatrisée.

A pris 2 ampoules par jour à partir du 18.

Le 24 mai 1929 : la suppuration n'a pas reparu.

17e OBSERVATION. — Gui... (Marc), 13 ans.

Antécédents héréditaires : père, mère : bacillaires ; antécédents personnels : pneumonie, rougeole.

Maladie traitée : glande sous-maxillaire bacillaire suppurée. Traitement antérieur : sans résultat.

Traitement par le sérum de bovidé jeune, le 15 mai 1929, P. 36 k. 200, ; T. 155 cm.

Le 18 mai 1929 (3 jours) : P. 36 k. 500 ; T. 155 cm. (2 ampoules par jour), suppuration tarie.

Le 22 mai 1929, P. 37 k. 100 ; T. 156 cm. ; la suppuration n'a pas reparu, l'état général est parfait.

CHRONIQUE OBSTÉTRICALE

Epistaxis d'origine gravidique. — **Nos confrères** POISVERT, **et** PÉNARD **ont présenté à la** *Société des sciences médicales de Gannat* **(séance du 3 mars 1929, C. R. in le** *Centre médical* **mars 1929, p. 37) une curieuse observation d'« Epistaxis graves d'origine utérine. »**

Une femme de 38 ans, en bonne santé habituelle, avec trois gestations normales antérieures et trois avortements spontanés, était au huitième mois d'une gestation qui, jusque-là s'était développée sans complications, lorsqu'elle fut prise d'une forte hémorragie nasale par la narine droite.

Pendant cinq jours, on tenta en vain d'arrêter cette épistaxis par tous les procédés usuels : tamponnements antérieurs avec des mèches imbibées d'antipyrine ou d'eau oxygénée, avec du penghawar, avec un ballon de caoutchouc. Seul un tamponnement antérieur et postérieur arrêta l'hémorragie. Mais, lorsqu'on le retira au bout de 24 heures, celle-ci reparut plus abondante que jamais. Le traitement interne qui avait été institué simultenément : chlorure de calcium, hémostyl, anthéma ne donna également aucun résultat.

L'état général devenait inquiétant. Les auteurs ne trouvaient aucune cause générale (hémophilie, hypertension) ni aucune cause locale du côté des fosses nasales qui puisse expliquer l'apparition et la persistance de l'épistaxis ; ils pensèrent qu'elle pouvait être liée à l'état de gestation et décidèrent de provoquer l'accouchement.

La malade prétendait sentir encore remuer l'enfant. Cependant l'impossibilité de trouver un foyer de battements cardiaques, l'absence de mouvements actifs faisaient présumer que l'enfant était mort.

L'accouchement fut provoqué au moyen de l'écarteur Tarnier et une application de forceps à dilatation complète permit d'extraire facilement un enfant mâle, mort et dans un état de macération avancée. On peut affirmer que la mort remontait au moins à dix jours et était par conséquent antérieure à l'épistaxis.

Quelques heures après l'accouchement, l'hémorragie nasale s'arrêtait spontanément et définitivement.

Les suites de couches furent simples malgré une forte infection des fosses nasales qui détermina un érysipèle de la face.

La malade était totalement rétablie lorsqu'elle redevint enceinte au milieu d'août 1928. La gestation se développait normalement lorsque, sans raison, le 23 décembre au milieu de la nuit, une épistaxis abondante se déclara. Instruits par l'expérienee précédente, les auteurs ne firent de tamponnements que pendant 12 heures et, devant leur inefficacité complète, ils décidèrent immédiatement l'interruption de la grossesse. L'avortement fut provoqué par une laminaire, puis par l'application de l'écarteur Tarnier, mais, par suite des lenteurs des contractions utérines,, l'évacuation de l'utérus fut faite sous anesthésie générale à la pince à faux germe et à la curette. Le fœtus d'environ quatre mois était du sexe masculin et paraissait avoir subi un début de macération : toutefois, comme il avait été plus ou moins écrasé par la pince à faux germe on ne peut être affirmatif sur ce point.

Comme dans le cas précédent, l'hémorragie en quelques heures s'arrêta complètement. Les suites de couches furent normales.

De cette observation, POISVERT **et** PÉNARD **concluent que l'arrêt de l'hémorragie par l'accouchement permet d'affirmer l'origine gravidique de l'épistaxis et que la mort du fœtus, certaine dans le premier cas, très probable dans le second, a précédé l'épistaxis et semble en avoir été la cause détermicante.**

Ils signalent que les trois accouchements normaux avaient donné naissance à des filles, tandis qu'il s'agissait de garcons dans les deux gestations à épistaxis et ils se demandent si le sexe du fœtus peut avoir une influence sur l'apparition des accidents d'origine gravidique.

Je rapprocherai de cette observation intéressante (sans prétendre épuiser le sujet) une histoire clinique de LOJACONO, **rapportée à la** *Società Pugliese di Ostetricia e Ginecologia* **(séance du 22 dé. 1926) et publiée dans la** *Clinica Ostetrica* **de 1927, p. 101 sous le titre « Epistaxis et hypertrophie mammaire pendant une gestation au quatrième mois. »**

Une jeune femme primigeste, au quatrième mois de sa gestation, présente des signes qui font craindre un avortement (douleur sacrée, hématorrhée) et, en même temps, une épistaxis abondante, qui céda à une irrigation hémostatique. Bientôt, elle avorta. Au troisième jour du post-abortum, elle fit de la fièvre et une tuméfaction formidable des deux seins. Des pansements, de l'iodure, des purgatifs salins firent rétrocéder rapidement cette hypertrophie aiguë des glandes mammaires.

* * *

Rein et gestation. — HELMUTH KAMNIKER, **assistant du professeur** PEHAM, **vient de publier dans le** *Zeitschr. für Geb. und Gyn.* **(1er fév. 1929, p. 622) un intéressant article sur « la fonction rénale au cours de la gestation et du puerperium. »**

Il a étudié cette fonction par le moyen de l'indigocarmin. Dans cinquante pour cent des cas, il y a retard de l'excrétion d'un côté chez la femme enceinte saine ; dès qu'il y a douleur urétérale, le pourcentage s'élève à soixante et il atteint quatre-vingt-dix dans les cas de pyélite. Ce retard est fonction d'une stase urétérale, la sécrétion proprement dite étant normale. Mais celle-ci ne tarde pas à être troublée par la stase urétérale.

Henri VIGNES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1929.

La vaccination B. C. G. dans les dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine. — *M. A. Calmette.* — Dans l'ensemble des quarante-neuf dispensaires de l'agglomération parisienne dépendant de l'Office publique d'hygiène de la Seine, on a pu relever les observations de 1.404 enfants âgés de un à quatre ans et restés en contact bacillifère permanent, dont 535 nés de mères tuberculeuses.

De ces 1.404 enfants, ***326*** avaient été vaccinés au B. C. G. à leur naissance. Leur mortalité générale (par toutes causes de maladies a été de 12,5 p. 100 ; ***1.078*** n'avaient pas été vaccinés et la mortalité de ces non-vaccinés a été, pendant le même temps, de 21,02 p. 100.

La mortalité générale des vaccinés est donc d'un tiers moindre que celle des non-vaccinés. C'est une preuve indiscutable que le B. C. G. est inoffensif et efficace. S'il était nuisible, on observerait un accroissement de la mortalité générale au lieu d'une réduction aussi manifeste.

Il est regrettable que, contrairement à ce qui a lieu dans le reste de la France, les infirmières-visiteuses de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine, malgré leur dévouement au-dessus de tout éloge, n'osent guère conseiller aux familles la vaccination par le B. C. G. que pour les enfants chétifs et prématurés manifestement exposés à la contagion. On ne la propose pas lorsqu'il s'agit d'enfants en apparence vigoureux, fussent-ils nés de mères tuberculeuses.

En dépit de cette sélection à rebours, ces enfants vaccinés meurent moins que les non-vaccinés. Le même fait s'observe partout où la vaccination est appliquée à tous ou presque tous les enfants qui viennent au monde. On l'a constaté, par exemple, à Fécamp, aux mines de Bourges, de Liévin, à l'Association mutualiste des cheminots du Nord-Belge qui, pour favoriser la pratique de la vaccination parmi ses membres, donne une indemnité de 50 francs pour chaque enfant vacciné à sa naissance.

Le nombre des enfants déjà vaccinés en France était, au 1er mai de cette année 1929, de ***152.000,*** et on vaccine actuellement chaque mois environ 6.000 enfants. Jusqu'à présent aucun accident ou incident n'a été signalé qui pût légitimement être imputé à la vaccination. Par contre, le nombre est considérable des enfants qui, soi-disant nés ou élevés en milieu sain, meurent de tuberculose. On ne peut donc que regretter que la vaccination ne soit pas mieux connue des familles et plus répandue. Son emploi devrait être recommandé par les médecins et par les sages-femmes à toutes les mères.

Le pouvoir agocytique des eaux minérales. — ***MM. Billard, Mougeot* et *Aubertot*** ont poursuivi leurs recherches au sujet des propriétés biologiques des eaux minérales vis-à-vis des végétaux inférieurs. Aujourd'hui ils communiquent leurs résultats sur les algues monocellulaires. Certaines sources possèdent un pouvoir activant (« agocytique ») sur la prolifération cellulaire et d'autres une action empêchante. Il est curieux de constater que la même source se montre empêchante pour les algues vertes et agocytique pour les algnes brunes. Ce sont les ions qui interviennent ici et nullement la radio-activité, ni la concentration moléculaire.

Le contrôle radiographique du reflux urétéro-pyélique à la miction. — ***M. H. de Beaufond* et *Vaudet.*** — Le reflux urétéro-pyélique est bien connu. On se rappelle que M. Papin dans une communication récente faite par M. P. Bazy à l'Académie des sciences (7 janvier 1929) a relaté le premier cas de ce genre.

MM. Beaufond et Vaudet projettent des radiographies qui mettent en évidence le reflux temporaire avec cette particularité qu'on le voit se produire au moment de la miction, le sujet urinant ainsi dans son rein.

Deux cas, notamment, observés par les auteurs leur ont montré que le reflux temporaire actif à la miction peut se produire dans deux conditions fort différentes, d'abord sur un canal généralement préservé, et ensuite sur un canal habituellement en état de reflux permanent, mais momentanément fermé par un spasme.

De l'emploi de l'aleurone des graines oléagineuses dans l'alimentation de l'homme. — ***MM. Ribadeau-Dumas* et *André.*** — Les grains d'aleurone sont essentiellement constitués par des substances albuminoïdes associées à des substances organiques phosphorées ou plytines. Ils représentent une matière alimentaire de grande valeur. Les graines oléagineuses qui peuvent être débarrassées de leurs matières grasses et de leur humidité manière parfaite donnent actuellement des grains d'aleurone d'une grande pureté. Le produit végétal capable de fournir la meilleure farine d'aleurone est l'akène de l'héliante annuel. Sa caractéristique est sa richesse en azote et en plytine. La chaux, le fer, y sont représentés. Pour ces raisons, l'aleurone et l'héliante annuel est susceptible d'entrer dans l'alimentation courante, notamment dans celles des enfants, soit comme élément d'un régime sans lait, soit comme aliment proprement dit dans les circonstances où les possibilités alimentaires comportent peu ou pas de protéines animales. Les matières azotées ainsi fournies, à peu près imputrescibles, suffisent à l'organisme. Elles sont les compléments indispensables du régime hydrocarboné et peuvent entrer dans la constitution d'un régime normal, même d'un bon régime de croissance, si on y ajoute une substance telle que l'huile de foie de morue. Les protéines végétales ne sont guère utilisées bien qu'elles soient d'un usage économique. Ces essais tentés avec diverses farines azotées semblent très encourageants. Les fruits du tournesol, particulièrement riches en protéines, méritent de retenir l'attention.

Election d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie), en remplacement de M. le médecin général inspecteur Delorme, décédé.

Classement des candidats : en première ligne, M. Rouvillois ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par lettre alphabétique, MM. Cunéo, Marion, Morax, Ombrédanne, Terrien. Adjoint par l'Académie, M. Lecène.

Au premier tour, M. le médecin général Rouvillois, directeur de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, est élu par 70 voix sur 73 votants.

Séance du 21 mai 1729.

Le lazaret de Tor. — M. ***Dujarric de la Rivière.***

Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les greffes tuberculeuses. — M. ***Robertson-Lavale.***

Un cas de transfusion sanguine dans le cœur. — ***A. Tzanck.*** — Cette intervention, suivie de guérison, a été pratiquée dans un cas d'hémorragie post abortum où la situation semblait absolument désespérée et la dénudation veineuse, très difficile, aurait pu constituer une perte de temps irréparable.

Pour cette intervention l'auteur s'est servi d'une canule très fine montée sur un mandrin pointu pour ne pas laisser dans la cavité cardiaque de pointe sur laquelle l'organe aurait pu se piquer à chaque contraction. La ponction a été effectuée dans lu cinquième espace. au ras du sternum ; 650 grammes de sang pur ont été injectés par cette voie, mais avant d'atteindre 300 grammes la situation semblait déjà rétablie.

Le rôle de la tonsille gingivale dans la pathogénie de la pyorrhée alvéolo-dentaire. — M. ***René Vincent.*** — Il existe dans la gencive, particulièrement dans les ponts interdentaires, un tissu

lymphoïde comparable à celui de l'amygdale et de l'appendice. Nos observations cliniques et biologiques nous permettent de lui attribuer un rôle d'émonctoire microbien.

Un prélèvement du sang dans une languette hypertrophiée décèle la présence d'un seul microbe, le plus souvent le staphylocoque parvulus. Ces éléments microbiens dans la gencive, venant de l'organisme par le torrent circulatoire, déterminent la fonte du maxillaire, premier temps de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Les auteurs qui ont songé à attribuer à cette maladie une cause inflammatoire en ont en vain cherché la source dans la cavité buccale.

L'auto-vaccin entraîne l'arrêt de l'évolution de la pyorrhée et celui de l'infection causale, le plus souvent une entéropathie.

Outre une conception pathogénique plus plausible que la «sénescence ou l'arthritisme », nous offrons une thérapeutique nouvelle et réellement efficace de la pyorrhée et de nombre d'infections généralement intestinales ou para-intestinales, inaccessibles jusqu'ici à nos investigations et à notre action curative.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mai 1929.

A propos d'un syndrome neuro-anémique traité par la méthode de Whipple. — M. *Crouzon*, à propos de la récente communication de M. *Dereux*, considère que l'évolution n'est pas, dans ce cas, fatalement progressive et cite à ce propos un cas dans lequel il semble que l'évolution des accidents nerveux est arrêtée, l'auteur surveillant le malade depuis deux ans.

Syndrome de Stokes Adams. Rétrécissement aortique. Endocardite végétante sous-aortique. Mort subite. — MM. *A. Lemierre* et *Maurice Rudolf* rapportent l'histoire d'un homme qui fut admis à l'hôpital après avoir présenté pendant trois semaines de la fièvre, de la toux et de la dyspnée. On constata chez lui un souffle systolique s'étendant sur toute l'aire cardiaque et une bradycardie régulière à 34 par minute. Le lendemain de son admission, le malade présenta deux crises convulsives et mourut subitement par syncope. A l'autopsie, on constata une très grosse dilatation des cavités cardiaques, un rétrécissement aortique ancien, et une grosse végétation endocarditique récente implantée sur la face gauche de la partie supérieure de la cloison interventriculaire. Cette végétation oblitérait presque complètement le canal sous-aortique. La bradycardie qui, d'après les renseignements recueillis, était d'apparition toute récente, est sans doute attribuable à une atteinte du faisceau de His par le processus inflammatoire développé à la base de l'implantation de la végétation et que l'examen histologique a montré envahir profondément la cloison interventriculaire. Quant à la mort, elle a été provoquée par des phénomènes d'ischémie cérébrale déterminés soit par une exagération de la bradycardie, soit par un arrêt du débit sanguin par l'aorte en raison de l'oblitération du canal sous-aortique due à l'endocardite végétante.

Etude, à propos d'un malade, du diagnostic d'infarctus du myocarde. — MM. *P. Lechelle, Bergenstein, Boucomont*, présentent un malade atteint en pleine santé, quelques semaines auparavant, d'une série de signes qui firent soupçonner chez lui l'infarctus du myocarde : douleur précordiale atroce, à début foudroyant, paroxystique, irradiant dans les membres supérieurs, fièvre modérée, signes d'insuffisance cardiaque très accusés, effondrement de la tension artérielle.

En l'absence du frottement péricardique, les auteurs ont trouvé dans les modifications des tracés électrocardiographiques des éléments qui corroborent ce diagnostic : allongement de P. R., bifidité et élargissement des complexes ventriculaires en D^2 et D^3, inversion de T en D^2 et précession en D^2 et D^3 de cet accident par un segment curviligne (onde coronarienne de Pardee.)

Les signes cliniques et électrocardiographiques ont régressé simultanément à mesure que se poursuivait l'évolution favorable.

Les auteurs insistent sur l'absence fréquente du frottement dans l'infarctus du myocarde et sur l'intérêt offert par les tracés électrocardiographiques pour compléter le diagnostic de cette affection.

Azotémie aiguë post-arsénobenzolique avec rétention chlorurée. — MM. *Etienne May*, M. *M. Kaplan* et *M. Bolgert* communiquent une observation d'azotémie aiguë consécutive à une injection de 0,30 centigr. de novarsénobenzol. Sans qu'il y ait eu anurie véritable, le taux de l'urée sanguine monta jusqu'à 5 gr. 26 et ne rétrocéda que très lentement. La maladie finit cependant par guérison. Cette azotémie s'accompagnait d'une rétention chlorurée à 8 gr. 12 malgré l'existence de vomissements abondants. L'azotémie postarséno-benzolique ne dépend donc pas d'une hypochlorémie. C'est un trouble rénal qui s'oppose par sa rareté à la néphrite mercurielle et qui paraît, par contre, présenter des analogies avec les accidents des chocs anaphylactiques.

M. *Lemierre* rapporte un cas de néphrite arsénobenzolique rappelant celui rapporté par les auteurs et qui a évolué vers la néphrite chronique. Il oppose cette néphrite à celle d'intoxication mercurielle qui est le type de la néphrite toxique qui peut guérir complètement. Au point de vue pathogénique, M. *Lemierre* pense qu'il s'agit, soit de néphrite arsenicale, soit de néphrite due à un choc colloïdoclasique. Il signale, enfin, qu'il a retrouvé dans ce cas l'hyperchlorurémie signalée par M. *May*.

Guérison ou rémission exceptionnelle dans trois cas de méningites tuberculeuses traitées par l'allergine. — MM. *André Jousset* et *J. Périsson* présentent trois adultes guéris respectivement depuis cinq mois et deux ans d'une atteinte de méningite tuberculeuse bien caractérisée et confirmée par toutes les réactions bactériologiques possibles.

Les auteurs attribuent la guérison, en partie à l'hypovirulence du bacille responsable de la maladie, mais ils estiment qu'elle est surtout le fait du traitement nouveau appliqué à ces sujets, qui a consisté en injections d'allergine, substance soluble extraite du bacille de Koch, tout à fait distincte de la tuberculine et qui produit dans nombre de tuberculoses peu agressives des stabilisations surprenantes. (Voir *Presse médic.*, 16 mars 1929.)

M. *Bezançon* insiste sur l'intérêt de la présentation de MM. Jousset et Perrin au point de vue des formes cliniques de la méningite tuberculeuse de l'adulte.

L'action des lysats vaccins polymicrobiens administrés par injection sous-cutanée ou par voie intra-nasale sur les manifestations et complications respiratoires de la grippe. — MM. *Ch. Flandin* e *L. Duchon* ont pu, par l'emploi précoce des lysats vaccins polymicrobiens, dès la période d'invasion de la grippe, empêcher les complications bronchiques et pulmonaires d'infection secondaire habituelle. La grippe, ainsi traitée, évolue suivant une forme pure, caractérisée surtout par la fièvre, l'asthénie, les algies, l'amaigrissement rapide et un minimum de signes respiratoires, Dans les formes bénignes, la voie nasale paraît efficace pour l'administration du vaccin. Dès qu'il y a des lésions broncho-pulmonaires, la voie sous-cutanée est nécessaire.

A propos de deux cas d'agranulocytose chez des syphilitiques, dont l'un survenu après traitement par le bismuth. — MM. *Aubertin, Blankstein* et *Lehmann* rapportent deux cas d'agranulocytose rapidement mortelle chez des syphilitiques jeunes et bien constitués, traités, l'un par l'acétylarsan et le bismuth, et l'autre par le bismuth seul et n'ayant pas eu de traitement par le novarsénobenzol depuis plusieurs années. Ces faits montrent que l'agranulocytose n'est pas spéciale au novarsénobenzol et qu'on peut l'observer au cours du traitement par le bismuth.



CONSULTATIONS DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIQUES

Sur un cas d'acné rosacée avec troubles endocriniens,

Par Louis BORY.

Voici une femme de 42 ans, d'apparence chétive, petite, maigre, dyspeptique depuis six mois, constipée depuis toujours. Son visage très coloré, couvert de petites pustules constamment renouvelées, la désole et c'est à son sujet qu'elle est venue me demander conseil. Elle est traitée d'autre part, pour son tube digestif ; mais les troubles survenus de ce côté (constipation exceptée) sont très postérieurs à l'apparition des troubles cutanés, du moins en apparence.

Ces derniers auraient débuté, il y a environ treize ans et seraient survenus à la suite d'une émotion violente, suivie elle-même tout d'abord d'une crise urticarienne généralisée. La rougeur, l'*érythrose faciale*, symptôme essentiel de l'acné rosacée, s'est installée et augmentée à partir de ce moment. On distingue nettement cette rougeur diffuse, plus marquée en certains points, qui sont plus particulièrement le siège de folliculites à leurs stades divers de papules, de pustules, de croûtes. Il est aisé de voir à l'œil nu et à la loupe, les télangiectasies, sortes de varices des capillaires cutanés, qui sont ainsi devenus apparents et serpentent à la surface. Cette couperose est la lésion première dont la folliculite, l'acné, n'est que la conséquence trophique et infectieuse. Ainsi les joues, le front, surtout les ailes du nez, le sillon naso-génien, le menton, sont sillonnés de ces petits ramuscules enchevêtrés, que ponctuent les saillies folliculaires.

Chez cette femme, l'affection est surtout marquée l'hiver, tandis que la chaleur et la lumière de l'été l'influencent favorablement. La saison froide exagère d'ailleurs des phénomènes vasculaires, qui ne sont certainement pas étrangers à l'origine des télangiectasies et de leurs conséquences : très frileuse, la malade a tous les symptômes d'*un syndrome de Raynaud*, refroidissement et asphyxie des extrémités ; phénomène du doigt mort, surtout la nuit ; nez facilement violet et insensible.

Des *troubles menstruels* sont évidents : réglée tard, à 17 ans, cette malade a déjà subi sa ménopause à 40.

Dans pareille affection le traitement général a une importance presque égale à celle du traitement purement cutané, non qu'il puisse à lui seul amener la guérison des troubles vasculaires, mais parce qu'il atténue la ou les causes qui les ont déterminés, et présentement les exagèrent ; défaut de l'étoffe capillaire, surtout congestion renouvelée dilatant progressivement celle-ci, déséquilibre endocrino-sympathique responsable de ces réflexes congestifs ou des spasmes gênant soit l'arrivée de l'onde sanguine, soit son départ et que traduisent respectivement la blancheur ou la lividité des téguments.

Voici dès lors quels conseils ont été formulés :

Traitement local. — Il convient tout d'abord de calmer l'inflammation actuelle et les folliculites ; on peut déjà user pour cela de liquides astringents, qui agissent aussi sur la tonicité générale de la peau. Donc :

1° Matin et soir, appliquer sur le visage des cataplasmes d'ouate hydrophile imbibée de la solution ci-dessous, puis légèrement exprimée et laisser sécher environ une heure, en position horizontale (pour faciliter le maintien de ces compresses) :

Alun pulvérisé		5 gr.
Ac. borique pulv		10 gr.
Eau de roses	q. s.	pour 500 cc.

Lotionner encore une fois au milieu de la journee avec un tampon imbibé de la même solution et laisser sécher sans essuyer.

2° Après les applications du soir, toilette à l'eau bouillie froide et au savon de Marseille. Recouvrir ensuite d'une fine couche de la pâte ci-dessous :

Soufre lavé	0 gr. 20
Acide salicylique pulv	0 gr. 20
Camphre	0 gr. 60
Eucalyptol	2 gr.
Résorcine	5 gr.
Huile d'amandes douces	ââ 10 gr.
Vaseline	
Lanoline	
Kaolin	
Amidon	
Huile de ricin	2 gr.

M. S. A. très finement.

A employer avec précaution, pendant cinq soirs consécutifs par semaine, durant trois semaines, sauf intolérance. Garder toute la nuit si possible. Réduire la durée d'application à quelques heures seulement par nuit, au cas de chaleur trop vive aux points traités. Les deux derniers jours de la semaine, remplacer la pâte résorcinée par la suivante :

Huile de foie de morue	9 gr.
Eucalyptol	1 gr.
Eau de chaux	ââ 10 gr.
Lanoline	
Amidon	
Oxyde de zinc	

3° Après trois semaines, le traitement ne sera fait que trois jours par semaine (cataplasmes ouatés ci-dessus ; deux soirs de pâte résorcinée, un soir de pâte à l'eau de chaux). Pour la suite, on avisera.

Traitement général. — 1° Un jour sur deux, pendant trois mois, prendre, une demi-heure avant les repas de midi et du soir, un des cachets ci-dessous :

Poudre de C. thyroïde	cinq milligrammes
— d'ovaire	0 gr. 15
— testiculaire	0 gr. 10
— de réglisse	ââ 0 gr. 05 centigr.
— de rhubarbe	
— de soufre lavé	
— d'anis vert	

2° Régime et traitement des troubles dyspeptiques, indiqués par le spécialiste.

Nous reverrons ultérieurement la malade et déciderons, d'après la réussite ou l'échec du traitement ci-dessus, de l'opportunité de mesures nouvelles telles que l'intervention des *pâtes exfoliantes* ou mieux des *scarifications quadrillées* pour ce qui concerne le traitement cutané, et les injections d'*Acécoline* pour ce qui concerne le syndrome de Raynaud, trouble général le plus important à considérer dans la genèse et l'entretien des symptômes cutanés dans le cas particullier.

NOUVELLES

Voyages médicaux aux Pyrénées. — Deux voyages médicaux seront organisés en 1929, sous le patronage de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne. Leur programme est particulièrement intéressant et instructif, à divers points de vue :

1° *Voyage Cévennes-Pyrénées.* — Concentration à La Malou, le 16 juin. On peut rattacher ce voyage aux Journées médicales de Paris (9-14 juin). En ce cas, on prendra la voiture directe, qui partira de Paris le 15 à 17 h., et arrivera à La Malou le 16 à 8 h.

Du 16 au 19 juin, visite des Cévennes, des Gorges du Tarn, de l'Aven-Arman et de la Cité de Carcassonne.

Du 19 au 26 juin : Font Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Luchon, Superbagnères, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets.

26 juin. Lourdes (Pèlerinage Catalan). Dissociation du voyage (voiture directe pour Paris le 27 à 17 h. Arrivée le 28 à 8 h.).

2° *Voyage Pyrénées-Océan* — Concentration à Périgueux, le 8 septembre (voiture directe de Paris. Départ à 7 h. 42. Arrivée à 16 h.). Les Stations préhistoriques du Périgord.

Du 10 au 18 septembre : Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Luz, Argelès, Eaux-Bonnes, Pau, Cambo, Biarritz, St-Jean-de-Luz, Hendaye, Saint-Sébastien, Bayonne, Salies-de-Béarn, Dax, Arcachon.

Du 19 au 21 septembre : Bordeaux. Excursions dans la région des Vignobles et en mer. Le 21 septembre. Dissociation du voyage (voiture Salon-Pullmann pour Paris à 17 h. 23. Arrivée à 24 h.)

Ces voyages sont réservés aux médecins et à leurs familles. Le nombre des adhérents est strictement limité. Les séjours seront assurés partout dans les meilleurs hôtels. Les transports seront effectués en auto-cars, de La Malou à Lourdes et de Bagnères-de-Bigorre à Dax. Des conférences avec démonstrations sont prévues dans toutes les stations.

Pour tous renseignements, écrire à la Direction des voyages médicaux pyrénéens, à La Malou (Hérault).

Hôpital de la Charité (47, rue Jacob). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours national de défense contre la tuberculose du 17 juin au 13 juillet inclus, par M. le Professeur Emile SERGENT, avec la collaboration de MM. BABONNEIX, BENDA, DE BERNE-LAGARDE, BERTIER, Fr. BORDET, COTTENOT, COURCOUX, H. DURAND, EVROT, GENEVRIER, Mme GOUIN ; MM. GRELLETY-BOSVIEL, HAAS, D'HEUCQUEVILLE, ISELIN, KOURILSKY, KUSS, G. LAURENS, LOUSTE, MIGNOT, OURY, PIGNOT, PRUVOST, RIBADEAU-DUMAS, TURPIN et VIGUERIE.

CONFÉRENCES A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Lundi 17 juin, 9 h. 30. M. SERGENT : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique de la tuberculose ; — 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique ; conceptions anatomiques.

Mardi 18 juin, 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique ; les formes anatomiques ; — 17 h. 30, M. DURAND : Bactériologie générale ; les voies d'infection.

Mercredi 19 juin, 15 h., M. SERGENT : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; — 16 h., M. SERGENT : Les éléments généraux du diagnostic.

Jeudi 19 juin, 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; — 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels.

Vendredi 21 juin, 16 h. 30, M. GENEVRIER : Les signes physiques et stéthoscopiques ; — 17 h. 30, M. LAURENS : La tuberculose des voies aériennes et du larynx.

Samedi 22 juin, 16 h. 30, M. PRUVOST : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique.

Lundi 24 juin, 16 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose pleurale ; — 17 h. 30, M. COURCOUX : Tuberculose des séreuses.

Mardi 25 juin, 16 h. 30, M. KOURILSKY : Le foie des tuberculeux ; — 17 h. 30, M. BORDET : Le cœur chez les tuberculeux.

Mercredi 26 juin, 16 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la première enfance ; — 17 h. 30, M. COURCOUX : Le pneumothorax tuberculeux.

Jeudi 27 juin, 16 h. 30, M. BABONNEIX : Le système nerveux des tuberculeux : les méningites ; — 17 h. 30, M. PRUVOST : Les hémoptysies tuberculeuses.

Vendredi 28 juin, 16 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la deuxième enfance ; — 17 h. 30, M. DE BERNE-LAGARDE : La tuberculose rénale.

Samedi 29 juin, 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes d'activité d'évolution ; les éléments du pronostic.

Lundi 1er juillet, 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes radiologiques ; — 17 h. 30, M. SERGENT : Les signes radiologiques.

Mardi 2 juillet : 16 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux ; — 17 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*).

Mercredi 3 juillet, 16 h. 30 : M. MIGNOT : Le pneumothorax

artificiel ; — 17 h. 30, M. PRUVOST : Les complications du pneumothorax artificiel.

Jeudi 4 juillet, 16 h. 30, M. BORDET : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie ; indication et résultat ; — 17 h. 30, M. TURPIN : Vaccination antituberculeuse B. C. G.

Vendredi 5 juillet, 16 h. 30. M. MIGNOT : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique ; — 17 h. 30, M. LOUSTE : Tuberculose ganglionnaire et cutanée.

Lundi 8 juillet, 16 h. 30, M. BERTIER : Le traitement des complications ; — 17 h. 30, M. BERTIER : Climatologie.

Mardi 9 juillet, 16 h. 30, M. EVROT : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale ; — 17 h. 30, M. KUSS : Le rôle d'un médecin dans un dispensaire.

Mercredi 10 juillet : Visite d'un préventorium.

Jeudi 11 juillet : Visite au sanatorium de Bligny.

Vendredi 12 juillet, 16 h. 30, Mme GOUIN : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire ; — 17 h. 30, M. EVROT : Organisation départementale des dispensaires.

Samedi 13 juillet, 15 heures, M. PIGNOT : Les ressources héliothérapiques et actinothérapiques dans le traitement de la tuberculose.

Les conférences théoriques sont publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Stages hospitalier et exercices pratiques : 1° Le stage hospitalier aura lieu le matin ; répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques ; 2° Les exercices pratiques auront lieu l'après-midi : Démonstrations cliniques et radiologiques ; examens de laboratoire, visites de dispensaires, de préventoriums (Plessis-Robinson) et de sanatoriums (Bligny). Visite de la pouponnière E. F. F. (Boulogne).

Aux exercices pratiques s'ajouteront, cette année, une série de conférences faites sur les sujets d'actualité phtisiologiques suivants : le virus filtrant, les granulies froides, tuberculose et diabète, tuberculose syphilis, l'oléothorax, le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses, la technique chirurgicale de la thoracoplastie et de la phrénicectomie, les périlobulites.

Le programme détaillé des démonstrations pratiques des conférences d'actualité sera distribué aux participants au début du cours.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription de 250 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours : le lundi 17 juin, à 9 h. 30, à la Charité.

Dispensaires d'hygiène de l'Eure. — Un concours sur titres sera ouvert à Evreux, dans le cours de la 2e quinzaine de juin, pour la nomination d'un second médecin chargé d'assurer le service des Dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département de l'Eure.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs avec indemnités pour charges de famille, participation à une retraite et frais de déplacements.

Les candidats devront être âgés de moins de 50 ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et justifier d'une préparation suffisante de spécialisation au point de vue tuberculose.

Adresser les demandes de candidature au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris-VIe.

Syndicat des médecins de la Seine. — Vendredi 24 mai, à 9 heures du soir, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du Dr HARTENBERG, l'assemblée générale du S. M. S.

Assurances sociales. — *A l'unanimité* le S. M. S. décide de ne pas collaborer à la loi actuelle des assurances sociales, tant que cette loi et son règlement d'administration publique n'accorderont pas au corps médical les conditions qu'il estime indispensables pour la qualité des soins donnés aux assurés, pour l'indépendance et la dignité du médecin, pour la science médicale française, pour la moralité publique.

Ces conditions sont les suivantes :

1° Respect du secret professionnel ; 2° Liberté de thérapeutique et de prescription ; 2° Habilitation par un organisme central, médical, des syndicats médicaux aptes à contracter avec les caisses ;

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

De Paris à Briançon (Digne, Nice).

Du 15 juin au 29 septembre, un confortable rapide de nuit de toutes classes, avec places de couchettes, circule entre Paris et Briançon, via Valence-Veynes, ce qui permet l'accès rapide du Haut-Dauphiné.

Départ de Paris : 21 h. ; de Lyon-Perrache : 4 h. 20. Arrivée à Die : 7 h. 26 ; à Veynes : 8 h. 56 ; à Gap : 9 h. 32 ; à Briançon : 11 h. 39.

A Veynes ce train trouve une excellente correspondance sur Sisteron arr. 10 h. 39 ; Digne, arr. 12 h. 01 ; Nice par Digne et les Chemins de fer de la Provence, arr. 19 h. 37.

Au retour, départ de Briançon : 17 h. 15 ; de Gap : 19 h. 19 ; de Veynes : 20 h. 18 et Die 21 h. 45. Arrivée à Lyon-Perrache : 0 h. 54 ; à Paris : 9 h. 05.

4° Libre choix et entente directe (absence de tout tarif contractuel et paiement direct en espèces par le malade) comme mode exclusif des rapports entre assurés et médecins ; 5° Libre choix obligatoire des établissements d'hospitalisation privés : 6° Représentation normale et suffisante du corps médical dans les différentes commissions prévues par la loi ; 7° Contrôle des soins exclusivement médical.

Ordre des médecins. — Le S. M. S. accepte le projet élaboré par la Commission du droit syndicaliste de la Confédération des syndicats médicaux, déclarant que l'ordre doit être fait d'accord avec les syndicats et non contre eux.

Loi des pensions. — Le S. M. S. accepte *provisoirement* le relèvement des tarifs offert par l'administration, pour les visites et consultations, mais constate que ces relèvements sont insuffisants en ce qui concerne l'indemnité de déplacement dans les villes, et inexistants pour les visites de nuit, des dimanches, les tarifs des spécialistes, les indemnités des commissaires, etc., tous points sur lesquels notre action devra se poursuivre en vue de leur réalisation.

Enfin l'Assemblée générale a approuvé le rapport de MM. SÉNÉCHAL et COLANERI, demandant au S. M. S. d'adhérer à la C. T. I.

BIBLIOGRAPHIE

Le mécanisme du cœur et ses anomalies. Etudes anatomiques et électrocardiographiques, par Emile GÉRAUDEL. 1 volume de 286 pages avec 200 figures : 55 fr. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de l'auteur de cet ouvrage est de déterminer, par l'étude des anomalies du mécanisme cardiaque, le fonctionnement normal du cœur.

Les anomalies du mécanisme cardiaque se rencontrent fréquemment en clinique et offrent de nombreuses variétés. Mais leur analyse n'est devenue possible que depuis la découverte de l'électrocardiographe qui permet de déterminer, avec une netteté et une précision auparavant inconnues, le travail de l'oreillette et celui des ventricules.

Pour tirer de l'anormal une idée de la norme, il est évident qu'il faut faire des hypothèses. A l'hypothèse classique, l'auteur propose de substituer celle des cardionecteurs à circulation variable qui rend un compte plus satisfaisant des faits observés.

Dans ce livre, on trouvera les documents et les hypothèses. Les documents, ce sont les nombreux tracés électrocardiographiques, quelques observations cliniques et les microphotographies des lésions trouvées à l'autopsie.

La division générale de l'ouvrage est la suivante : l'auteur donne d'abord un exposé aussi complet que possible de l'électrocardiographie, principe et technique. Puis il rappelle les notions anatomiques indispensables à toute étude sur le mécanisme cardiaque ; vient ensuite une description de l'électrocardiogramme normal et de ses variétés.

Il aborde alors les anomalies du mécanisme cardiaque. A chaque type, il joint l'explication classique, puis son explication personnelle.

Les anomalies du complexe ventriculaire électrique. Leur importance en clinique. Essai d'électro-cardio-pronostic, par J. ROBERT-LÉVY. Un volume de 204 pages : 30 fr. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans cet ouvrage dont l'objet est essentiellement d'ordre pratique, l'auteur s'est attaché à déterminer la valeur diagnostique et pronostique très réelle des différentes variétés d'anomalies de l'électrocardiogramme ventriculaire, en se fondant sur les données des 900 observations personnelles longuement poursuivies dans le service du Dr Clerc.

Après une rapide description du complexe ventriculaire normal et de ses variations physiologiques, les principales modalités d'anomalies sont étudiées dans leur détail : leur fréquence et leur signification pronostique respective sont mises en évidence. Les complexes anormaux sont ensuite considérés dans leurs rapports avec les divers types cliniques et les principaux syndromes de la pathologie cardio-vasculaire ; dans chaque éventualité, la valeur des indications pratiques qu'elles peuvent fournir est démontrée par une confrontation des plus suggestives avec des statistiques de contrôle. Un exposé critique de l'interpretation théorique des faits, basé sur les données conjuguées de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation termine l'ouvrage auquel est annexée une bibliographie très complète.

Publicité uniquement médicale

Les otites moyennes, par Georges PORTMANN et Karl KISTLER. Un volume de 212 pages avec figures et 8 planches hors texte en couleurs : 70 fr. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La question de la classification des affections de l'oreille moyenne a été longtemps soumise à l'empirisme le plus absolu et ce n'est qu'à la suite du développement des connaissances anatomo-pathologiques consécutif aux travaux de Troeltsch et Politzer, de F. de Bezold (de Munich) poursuivis et étendus par ses élèves, F. Siebenmann (de Bâle) et A. Scheibe (d'Erlangen) que ce groupe d'affections de l'oreille a acquis l'importance qu'il a actuellement.

L'écho de ces travaux basés cependant sur des observations cliniques, des travaux statistiques minutieux, des recherches anatomo-pathologiques, n'a eu jusqu'ici qu'une faible répercussion dans les ouvrages, même importants publiés en France.

Le but des auteurs de ce livre est de combler cette importante lacune de notre littérature otologique et de faire connaître aussi bien à l'aide des travaux de Bezold et de ses élèves que des nombreuses préparations histopathologiques recueillies par eux-mêmes ou mises à leur disposition, cette question si négligée jusqu'à ce jour en France.

Si les auteurs ont donné une place importante à l'anatomo-pathologie qui seule permet une classification strictement scientifique, leur ouvrage se présente également sous une forme pratique : on y trouvera des développements substantiels sur l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et la thérapeutique des différentes affections de l'oreille moyenne.

Pour faciliter la lecture de cet ouvrage, les auteurs l'ont illustré d'un très grand nombre de microphotographies, dont certaines en couleurs, reproductions fidèles des lésions anatomo-pathologiques les plus caractéristiques des différents types d'otite moyenne.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France, un an : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 mai 1929 : M. Souriau : Causalité et finalité sociales (I). — H. Hannette : La France et la Provence dans l'œuvre de Dante (VII) : Dante et la littérature française. Conclusions. — J. Chevalier : L'habitude (VI) : Les habitudes peuvent-elles être transmises ? Les convergences vitales et la mémoire spirituelle de l'humanité (2e partie). — F. Baldensperger : Les années 1827-28 en France et au dehors (XII) : Le chemin parcouru : la situation en 1828. — A. Jolivet : Les drames de Strindberg (XVI) : Le chemin de Damas (1re partie). — R. Bray : L'esthétique classique (III) : l'imitation des anciens ; la vraisemblance. — P. Servien : Variétés : Sur les propositions d'histoire littéraire qui peuvent être établies au moyen de fiches.

Jean Bart, par Henri MALO. 1 vol. de la collection « La grande légende de la mer ». Prix : 15 fr. La Renaissance du Livre, 75, boulevard St-Michel, Paris.

C'est un de nos héros les plus populaires et M. Henri Malo, l'historien des derniers corsaires, se devait de nous donner un livre définitif sur le célèbre marin dunkerquois. M. Henri Malo s'est attaché à ne rien laisser dans l'ombre en ce qui concerne la vie aventureuse de Jean Bart et son livre continue heureusement la nouvelle collection inaugurée par celui de A. Bailly sur le Radeau de la *Méduse*.

Le 14 juillet, par Henri BÉRAUD. 1 vol. de la collection « Le Passé vivant ». Prix : 12 fr. Hachette, éditeur, 79, boulevard St-Germain, Paris.

Faire revivre les événements du passé dans leur atmosphère frémissante pour donner au lecteur le sentiment qu'il en est le témoin, tel est le but de cette nouvelle collection « Le Passé vivant ». Et ce but est atteint, car dans *Le 14 juillet* d'Henri Béraud, on y voit le peuple en marche, le soleil, la fumée, la gloire, le sang, la prise de la Bastille comme si on y était.

ERATUM. — Dans le numéro du 1er juin 1929, p. 972, article : L'anxiété au théâtre moderne, lire Dr Jean BICHET, au lieu de J. BÉCHET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE

L'Obésité, par L. WILLIAMS. 1 vol. : 15 fr. (Alcan).

Pelades et alopécies en aires, par R. SABOURAUD. 1 vol. : 80 fr. (Masson).

Etudes neurologiques, par G. GUILLAIN. 3e série. 70 fr. (Masson).

Le traitement de la paralysie générale et du tabès par la malaria provoquée, par A. FRIBOURG-BLANC. 15 fr. (Masson).

Clinique médicale des Enfants, par P. NOBÉCOURT. VI. La tuberculose. 55 fr. (Masson).

Le cœur, les médicaments cardiaques et l'électrocardiogramme, par P. HENRIJEAN. 50 fr. (Masson).

Recherches sur quelques propriétés physico-chimiques du sang chez les néphrétiques et les hypertendus, par J. CAUMERLIAC. 8 fr. (Masson).

NOUVELLES

Assistance publique. — Les articles 228, 229, 230, 231, 232, 232 *bis*, 233 et 234 du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX

Article 228. — Le jury du concours pour les places d'ophtalmologiste des hôpitaux se compose de sept membres : cinq ophtalmologistes, un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi les ophtalmologistes, médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les ophtalmologistes médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Article 229. — Les épreuves du concours d'ophtalmologistes des hôpitaux sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité : 1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de physiologie oculaires et sur un sujet de pathologie oculaire.

Il est accordé quatre heures pour cette composition, la première heure étant consacrée toutefois à la réflexion et à l'élaboration du plan des compositions définitives.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et maintenu jusqu'à la fin des épreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée (par un interne des hôpitaux non affecté à des services d'ophtalmologie, désigné par l'Administration) durant le temps dont le jury disposera pour l'épreuve de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen du malade et la rédaction de leur consultation écrite anonyme). Ce lecteur ne participe pas aux délibérations. Les copies numérotées dans l'ordre de lecture sont lues par le même lecteur.

En aucun cas les membres du jury ne prennent en mains les copies. Le lecteur se tient à la disposition des juges jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

2° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection oculaire.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance d'épreuve de consultation écrite anonyme, le jury, après avoir choisi les malades est isolé des candidats.

Deux censeurs, tirés au sort parmi les ophtalmologistes des hôpitaux, sont chargés :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance ;

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures, les censeurs sont tenus d'accepter de remplir ces fonctions.

Le candidat a 30 minutes pour examiner son malade et une heure pour la rédaction de sa consultation écrite. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses noms et prénoms ; puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière seance de l'épreuve de consultation écrite il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

Epreuves de nominations : Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve de médecine opératoire consistant en une opération sur un animal anesthésié ou sur un cadavre.

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection oculaire. Il est accordé au candidat 45 minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et 15 minutes pour l'exposé oral devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité : Pour la composition écrite anonyme, 30 points ; pour l'épreuve de consultation écrite anonyme, 20 points ; *Epreuves de nomination* : Pour l'épreuve de médecine opératoire, 20 points, pour l'épreuve clinique, 20 points. Total 90 points.

Mesures transitoires : Par mesure transitoire tout candidat reconnu admissible définitif dans les conditions fixées par l'arrêté des 30 décembre 1927, 12 janvier 1928, est admis à prendre part en surnombre aux épreuves définitives. Dans le cas où un admissible définitif participera à ces épreuves, la cote sera ramenée à zéro à la suite des épreuves d'admissibilité et le jury des épreuves de nomination sera constitué par un nouveau tirage au sort effectué dans les mêmes conditions que pour la constitution du jury des épreuves d'admissibilité. Les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Toutefois le bénéfice de cette disposition sera limité à la période de dix années prévue par l'arrêté précité.

CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX

Article 230. — Le jury du concours pour les places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux se compose de sept membres : cinq oto-rhino-laryngologistes, un médecin et un chirurgien, tirés au sort parmi les oto-rhino-laryngologistes, médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires, ainsi que parmi les oto-rhino-laryngologistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Article 231. — Les épreuves du concours d'oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité : 1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales, pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et maintenu jusqu'à la fin des epreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée par un interne des hôpitaux (non affecté à des services d'oto rhino-laryngologie et désignée par l'Administration) durant le temps dont le jury disposera pour l'épreuve de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen du malade et la rédaction de leur consultation écrite anonyme). Ce lecteur ne participe pas aux délibérations. Les copies, numérotées dans l'ordre de lecture, sont lues par le même lecteur.

En aucun cas, les membres du jury ne prennent en mains les

copies. Le lecteur se tient à la disposition du jury jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

2° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection spéciale.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance d'épreuve de consultation écrite anonyme, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats.

Deux censeurs tirés au sort parmi les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux sont chargés :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve au cours de la séance ;

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures, les censeurs sont tenus de remplir ces fonctions.

Le candidat a 20 minutes pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit, en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms ; puis l'angle droit de la copie est rabattu de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Administration remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme, il sera réservé obligatoirement trois candidats au moins.

Epreuves de nomination : Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve de médecine opératoire spéciale consistant en une opération sur le cadavre.

2° Une épreuve orale orale théorique portant sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale d'ordre général ; il est accordé au candidat vingt minutes pour faire sa leçon après vingt minutes de réflexion.

3° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection spéciale. Il est accordé au candidat 45 minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et quinze minutes pour l'exposé oral devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité : pour la composition écrite anonyme, 30 points, pour la consultation écrite anonyme 20 points ; *Epreuves de nomination* : pour l'épreuve de médecine opératoire, 20 points, pour l'épreuve orale théorique, 20 points, pour l'épreuve clinique, 20 points ; total : 110 points.

Concours de stomatologiste des hopitaux

Article 232. — Les candidats qui se présentent au concours pour les places de stomatologiste des hôpitaux doivent justifier :

Qu'ils possèdent, depuis un an révolu, le titre de docteur en médecine obtenu devant une faculté de médecine française de l'Etat ;

Toutefois, les internes en médecine seront, s'ils ont accompli quatre années entières d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris, tenus seulement de justifier de la possession du diplôme d'Etat de docteurs en médecine. Pour les internes qui n'auraient pas terminé les quatre années dont il s'agit, à raison de leur nomination comme chefs de clinique dans l'un des services de la Faculté établis dans les hôpitaux de Paris, les années de clinicat seront comptées comme années complémentaires d'internat.

Article 232 bis. — Le jury du concours pour les places de stomatologistes des hôpitaux se compose de sept membres : cinq stomatologistes, un médecin et un chirurgien, tirés au sort parmi les stomatologistes titulaires, médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les stomatologistes médecins et chirurgiens des hôpitaux non encore titularisés comme chefs de service, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Article 233. — Les épreuves du concours de stomatologiste des hôpitaux sont réglées comme suit :

Epreuves d'admissibilité : 1° Une composition écrite anonyme sur un sujet de pathologie générale (interne ou externe) pour laquelle il est accordé trois heures.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux.

La lecture des copies est faite par un stomatologiste des hôpitaux désigné par voie de tirage au sort durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation anonyme).

Les copies numérotées dans l'ordre de lecture, sont lues par le même lecteur. En aucun cas les membres du jury ne prennent en mains les copies des candidats. A cet effet, le lecteur se tient à leur disposition jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

2° Epreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale d'ordre général ;

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la manière suivante :

A chaque séance, des épreuves de consultation écrite anonyme, le jury après avoir choisi les malades, est isolé des candidats. Deux censeurs, tirés au sort parmi les stomatologistes des hôpitaux sont chargés :

a) De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve au cours de la séance.

b) De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures, les censeurs sont tenus de remplir obligatoirement leurs fonctions.

Le candidat a vingt minutes pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation.

A cet effet il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms ; puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Administration remet les copies dans la salle où siège le jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour la composition écrite anonyme et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

3° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection dentaire.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la même manière que pour l'épreuve de consultation écrite anonyme prévue au paragraphe précédent.

Il est accordé au candidat, pour cette épreuve, vingt minutes pour l'examen du malade et trois quarts d'heure pour la rédaction de sa consultation.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire ; il est accordé au candidat quinze minutes pour la réflexion et un temps égal pour la présentation de sa question devant le jury.

2° Une épreuve orale théorique de prothèse. Pour cette épreuve le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Quinze minutes sont accordées au candidat pour faire sa leçon, après quinze minutes de réflexion.

3° Une consultation écrite sur un malade atteint d'affection dentaire ; il est accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et 45 minutes pour la rédaction de sa consultation ; cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité : pour la composition écrite anonyme, 30 points ; pour la première épreuve de consultation écrite anonyme, 20 points ; pour la deuxième épreuve de consultation écrite anonyme, 20 points ; — *Epreuves de nomination* : pour la première épreuve orale théorique, 20 points ; pour la deuxième épreuve orale théorique de prothèse, 20 points, pour la consultation écrite, 30 points ; total : 140 points.

Classement des candidats a la suite des épreuves d'admissibilité et des épreuves de nomination des concours d'ophtalmologiste, d'oto-rhino-laryngologiste et stomatologiste des hôpitaux

Article 234. — A l'issue des épreuves d'admissibilité, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les notes obtenues à l'ensemble des épreuves d'admissibilité.

Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à :

Trois pour les concours destinés à pourvoir à une nomination ;

Cinq pour les concours destinés à pourvoir à deux nominations.

Ce nombre pourra être réduit :

(*Voir la suite page* 1065).

TRAVAUX ORIGINAUX

L'eau chaude et la douleur

Par le Dr A. PIATOT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'eau chaude va vous apparaître comme une parente bien pauvre de la thérapeutique. Beaucoup de médecins — et même de bons esprits — feignent de l'ignorer et ceux qui ne la méconnaissent pas complètement l'emploient trop souvent « à la diable » suivant l'expression de Richelot.

Et pourtant, un maître éminent de cette Faculté — que les médecins de ma génération ont bien connu — le professeur Reclus avait une foi agissante en son utilité. « Pour ma part, disait-il, dans une leçon professée en 1909, j'ai commencé mon apostolat il y a juste vingt-huit ans, époque où j'appris les bienfaits qu'Emmet retirait de la méthode. Depuis, il ne se passe guère d'années où je ne publie un nouveau plaidoyer en faveur de ce merveilleux agent de guérison. Les élèves de mon service, même les derniers venus, savent avec quelle libéralité je prescris l'eau chaude à mes malades et combien est grand le nombre des affections qui bénéficient de son emploi. La multiplicité en est telle qu'elle soulève un certain septicisme et votre ironique sourire ne m'échappe pas lorsque j'en essaye devant vous quelque nouvelle application. »

Plus près de nous, Métivet, dans la *Semaine des Hôpitaux* du 16 mars 1926, consacre une bonne étude à la *chaleur humide* en chirurgie et il étudie sa triple action qui est de : 1° faciliter la résorption ou la limitation des foyers inflammatoires ; 2° d'assouplir les tissus au niveau des anciens foyers inflammatoires ; 3° de régulariser les nombreux phénomènes de la vie végétative.

Je puis donc, après ces maîtres, proclamer que la thérapeutique par l'eau chaude — contrairement à beaucoup d'autres, tient toujours ce qu'elle promet — et qu'elle réalise les deux objectifs de toute thérapeutique saine : d'abord ne pas nuire et calmer la douleur qui est une œuvre divine.

Vous comprenez combien je suis touché de l'honneur que m'accorde le professeur Loeper en m'invitant à parler devant vous de l'eau chaude. Quand je dis parler, j'emploie une expression inexacte, car je n'ai pas l'habitude de parler, et je suis, j'allais dire heureusement, beaucoup plus plus souvent à votre place qu'à la mienne. S'il est vrai que la manière de donner vaut mieux que ce qu'on donne, vous serez certainement déçus ce soir, vous qui êtes habitués à trouver ici des leçons élégantes, éloquentes et toujours du plus haut intérêt.

Qu'est-ce donc que la douleur ?

Gerdy se renonçait à la définir, car chacun de nous, plus ou moins, a pu en ressentir les effets et s'en faire une opinion.

Il faut arriver aux physiologistes contemporains pour en avoir une idée exacte et dégagée des principes philosophiques qui la dénaturaient. Dans son enseignement, le professeur Richet nous la fait bien comprendre :

« Le rôle du médecin qui guérit quelquefois, soulage souvent, console toujours, est avant tout d'apaiser les douleurs de ses malades. Car la douleur, phénomène intellectuel est d'autant plus intense que l'intelligence est plus développée. La douleur est due à l'excitation forte d'un nerf de sensibilité générale et elle est d'autant plus vive qu'elle porte sur des régions enflammées (panaris, phlegmon, anthrax). Ainsi, on ne peut comparer l'avulsion d'une dent saine avec la douleur atroce qu'entraîne l'avulsion d'une dent malade. La douleur qui accompagne le cancer de l'estomac et de l'utérus sont parfois atroces et pourtant ces organes sont à peine sensibles normalement.

Le temps joue aussi un rôle important dans la douleur : toute excitation très forte, mais passagère, est mieux supportée qu'une excitation de modeste intensité mais très prolongée, car, par sa prolongation même, elle ébranle cruellement la conscience.

Toute excitation très forte d'un nerf de sensibilité éveille une sensation douloureuse et, par cela même qu'elle est forte, elle est désorganisatrice, nocive, et l'organisme en doit être averti. La douleur est la sentinelle vigilante qui nous avertit des lésions organiques, qui nous empêche de fatiguer nos organes, qui nous châtie de nos fautes et nous arrête dans nos excès. Ce n'est ni par nos raisonnements, ni par notre sagesse que nous sommes ménagers de notre vie, c'est pour éviter la douleur.

La nature s'est méfiée de nous. Elle nous force à condamner au repos les organes fatigués et elle nous renseigne ainsi sur les parties de l'organisme qui sont en péril ».

En ce sens, les stoïciens avaient quelque motif de considérer la douleur comme un bienfait des dieux.

« Evidemment, la mesure est souvent dépassée et notre vie est parfois rendue bien pénible par cette gardienne trop vigilante. Aussi le médecin a-t-il le devoir de combattre la douleur, tout en accordant grande attention à ce symptôme qui lui fournit de précieuses indications. Il s'adressera à la cause quand elle lui sera connue ; il enlèvera une esquille qui comprime un nerf, un calcul qui produit une atroce colique viscérale. Mais le plus souvent, il devra recourir à une médication symptomatique, utile, indispensable même ».

Ainsi, la douleur fournit des indications diagnostiques utiles pour la recherche des organes lésés ; elle éveille l'attention du malade, attire celle du médecin sur l'existence d'affections peu étendues et peu apparentes (phlébites localisées, viscéralgies, lésions osseuses). Peu de malades en sont exempts et la plupart des affections aiguës ou chroniques révèlent par ce symptôme leur début, leurs progrès, leur violence et leurs dangers.

Nous n'envisagerons ici que les douleurs physiques, car les douleurs morales, les bonnes souffrances de Coppée, les divines douleurs de Francis James ne sont évidemment pas tributaires de l'eau chaude.

Il est des douleurs utiles, comme celle du travail et de l'accouchement. Il n'en est pas de même des douleurs des opérations chirurgicales dont Magendie soutenait l'utilité lors des premiers essais d'anesthésie par l'éther. Le maître de Claude Bernard déclarait immorales ces tentatives d'anesthésie.

D'autres douleurs étaient utilisées comme méthodes thérapeutiques et nos devanciers se servaient plus largement que nous des moxas, des révulsifs, des rubéfiants, de l'urtication.

Les douleurs tributaires de l'eau chaude sont donc — comme je vous l'ai fait prévoir — d'une part, celles qui accompagnent les infections des membres et des viscères : lymphangites, adéno-phlegmons, abcès superficiels ou profonds, cholécystite, appendicites quelques fois périmétrosalpingites, ovarites, prostatites, ostéo-périostite du maxillaire ; d'autre part, les traumatismes récents comme les entorses.

Le regretté Sicard a séparé nettement les *douleurs* qui peuvent n'être que fugitives ou passagères des *algies* qui impliquent, au contraire, une tendance à la répétition, à la persistance de la réaction douloureuse.

Il admettait deux groupements : 1° les algies du névraxe (névralgies, funiculalgies, radicalgies) ; 2° les algies sympathiques, mal délimitées, donnant naissance aux cénestalgies d'une persistance désespérante et si rebelles à toute thérapeutique.

A ces deux termes, douleurs et algies, correspond l'emploi de l'eau chaude sous ses deux formes : l'eau chaude artificiellement chauffée et l'eau thermo-minérale

naturelle. Celle-ci est d'autant plus calmante qu'elle est normalement moins minéralisée. Depuis les temps les plus reculés, l'ancienne médecine populaire en connaît les bienfaits. Elle vénérait les sources chaudes et vous savez l'antique renommée de Dax, Plombières, Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy, toutes stations de la Gaule thermale. Ces sources chaudes sont applicables aussi bien aux algies des nerfs qu'à celle des articulations et souvent elles ont le trop grand et périlleux honneur d'être prescrites, en dernier ressort, à des malades ayant épuisé sans succès toutes les thérapeutiques les plus rationnelles.

Applications thérapeutiques de l'eau chaude.

1) **Eau chaude artificielle.** — Suivant ses divers modes d'applications : compresses, irrigations, lavements, injections, bains locaux ou généraux, l'eau chaude a une action également favorable sur la douleur et les autres éléments morbides qui ont à leur base l'inflammation des tissus. Elle active la circulation, favorise les échanges cellulaires, débarrasse les organes de leurs déchets, des infiltrations qui les encombrent, favorisent la diapédèse et la phagocytose plus et mieux que la méthode de Bier, car l'eau chaude réalise une hyperhémie active et non passive. Contrairement au froid, l'eau chaude joue un rôle antiseptique, comme vous l'a déjà dit Lortat-Jacob.

On dit qu'une eau est chaude lorsqu'elle est à la température de 50 à 55°. Son action est moins énergique au-dessous de 50° et elle est difficile à supporter au-dessus de 55°, surtout aux mains, au visage, à l'orifice vulvaire ou anal. Au contraire, sur la face externe des cuisses et des bras, sur le ventre et sur le dos, la température de 55° est facile à tolérer.

Compresses. —Reclus conseillait de tremper des compresses de tarlatane dans de l'eau chaude, de les mettre sur le foyer inflammatoire, de les enlever au bout de quelques minutes, de les plonger à nouveau dans l'eau chaude et ainsi de suite pendant 15 à 30 minutes de 3 ou 4 fois par jour. C'est un excellent traitement des furoncles, des anthrax, des panaris, des adénites, suites d'angines simples, scarlatineuses ou diphtériques. En 3 ou 4 jours, la résolution survient complètement ou si un abcès se forme, il se localise et guérit vite.

Métivet recommande des compresses de gaze recouvertes de plusieurs nappes de ouate hydrophile largement imbibées d'eau chaude. Un imperméable maintient l'humidité et sur lui on met une épaisse couche de coton cardé qui contribue à maintenir la chaleur du pansement.

Dans la pratique, vous pourrez vous contenter d'appliquer sur la région douloureuse une serviette en tissu éponge trempée dans de l'eau à 55° et bien essorée. Vous la recouvrez d'un carré de taffetas chiffon, d'une bonne épaisseur de coton ordinaire et d'une large bande de crépon. Vous y aurez recours en cas de cholécystite, d'appendicite quelquefois, car la vessie de glace calme mieux, sauf chez certains malades, les cystites, les prostatites et aussi dans les occlusions réflexes qui accompagnent si souvent les crises de colique hépatique ou néphrétique, ou d'entéro-colite.

Ces applications augmentent la chaleur au début, la rubéfaction, injectent les capillaires. D'après Chantemesse, elles facilitent la diapédèse, activent les mouvements amiboïdes des leucocytes, excitent la phagocytose, augmentent, en un mot, la puissance des procédés de défense de l'organisme. Nous comprenons, avec les compresses, l'emploi des cataplasmes dont l'action sédative est si appréciable.

Irrigations. — Pour les réaliser, on se sert du vulgaire bock, muni d'un tube de caoutchouc et d'une canule à un trou. On y verse de l'eau bouillie ramenée à la température de 50°. Deux indications principales : l'amygdalite phlegmoneuse et la périostite alvéolo-dentaire.

On fait asseoir le malade sur son lit, le dos soutenu par des oreillers et on le prie d'incliner la tête au-dessus d'une vaste cuvette reposant sur ses genoux légèrement fléchis. Puis, on introduit dans la bouche la canule préalablement amorcée en ayant soin de la diriger transversalement d'une commissure labiale à l'amygdale du côté opposé, ceci pour prévenir l'action du jet sur la luette et empêcher les efforts de vomissements. Le bock est maintenu à 0 m. 50 cent. au-dessus du plan du lit. On change de temps à autre la direction de la canule. Cette irrigation déterge les mucosités, prévient les efforts de déglutition comme dans le gargarisme et elle soulage merveilleusement les malades.

Vous avez tous subi l'avulsion d'une dent cariée avec ou sans réactions périostiques. Rien ne calme mieux après l'avulsion que l'irrigation d'eau chaude à 50°. Je sais bien que les stomatologistes ajoutent à l'eau chaude de la teinture d'iode et de la teinture d'aconit. Mais, je crois volontiers que l'eau chaude a l'action principale analgésiante, absolument comme dans une application de cataplasme laudanisé, la réaction thermique l'emporte sur l'action du laudanum surajouté.

Injections vaginales. — Elles doivent être prises dans la position couchée : elles doivent être adaptées au tempérament et aux réactions de chaque malade ; et on en détermine la fréquence, la force de percussion, la durée la température.

L'injection chaude produit une hyperémie active, qui influence la circulation, facilite l'entraînement des déchets et des extra-vasats, agit sur les fibres lisses comme l'avait signalé Claude Bernard. Ses propriétés analgésiques combattent les douleurs fortes causées par des accidents inflammatoires et congestifs tenaces.

Richelot conseillait l'injection chaude à 50° très prolongée ; de 60 à 100 litres ; mais cela n'est guère facile dans les familles et uniquement réalisable à l'hôpital. Il lui associait la douche générale et la douche périgastrique de Derecq. Il la considérait comme très efficace dans les affections péri-utérines et annexielles, les adhérences péritonéales, la congestion utérine des jeunes filles neuro-arthritiques, les fluxions de la sclérose utérine des femmes plus âgées.

Lavements. — Reclus associait aux injections vaginales les lavements chauds. Dans la périmétro-salpingite, disait-il, dès que vous parlerez d'eau chaude, votre cliente s'écriera avant de vous laisser achever votre phrase qu'elle y recourt depuis longtemps et sans succès. Vous insisterez et vous verrez que la température n'est pas suffisante et que les malades emploient l'eau chaude en injections et non pas en lavements, ce qui est indispensable.

« Prétendre impressionner l'utérus et ses annexes par une injection vaginale dont l'eau atteint le col utérin seulement, disait-il, c'est commettre une erreur anatomique. Dans le lavement, le liquide s'accumule dans l'ampoule rectale qui n'est séparée de la matrice, des ovaires et des vaisseaux qui les irriguent que par l'épaisseur virtuelle du cul-de-sac de Douglas où, bien souvent même, les annexes sont prolabés. »

Il faut administrer le lavement le matin, une demi-heure avant le lever, sous faible pression pour ne pas provoquer de besoin d'aller à la selle et laisser l'eau chaude une demi-heure dans l'ampoule rectale.

Comme certaines malades ne peuvent éviter les contractions prématurées des tuniques musculaires ou trouvent ce lavement douloureux et difficile à garder, Métivet conseille 2 injections par jour de 45 à 50° et de petits lavements de 150 gr. d'eau à 50° et qu'on s'efforcera de garder.

Cependant, il vaut la peine de les endurer quand on songe à l'excellence des résultats acquis. Le seul repos et les lavements chauds ont amené la guérison complète d'ovaro-salpingites où l'extirpation avait été jugée indispensable par les meilleurs et les plus prudents gynécologues.

Dans les prostatites aiguës, 2 à 4 lavements chauds par jour font disparaître la douleur, le gonflement, la dysurie. De même, dans les appendicites pelviennes, elles limitent, comme je l'ai observé cet été, l'étendue du foyer inflammatoire, facilitent la suppuration, de même que dans tous les foyers pelviens aigus ou subaigus quand ils ne sont pas de nature tuberculeuse ou syphilitique.

De même enfin dans les hémorrhoïdes, la crise s'apaise et disparaît.

Bains locaux. — L'eau chaude joue un rôle capital dans le traitement de l'entorse. On immerge la jointure foulée dans de l'eau chaude pendant 10 à 15 minutes deux fois par jour : puis on fait une séance de massage d'une durée égale. Sous l'influence de ces bains, le malade ne souffre plus ; il peut faire tous les mouvements désirables, ce qui est supérieur encore à une séance de massage et surtout moins aléatoire. Dans l'intervalle des bains, le membre est entouré de compresses chaudes, d'une toile imperméable et d'une bande compressive. Ce procédé guérit l'entorse en quelques jours et permet au patient de se servir d'emblée du membre traumatisé. Lucas-Championnière faisait des réserves au sujet de l'emploi des bains chauds dans les entorses en raison des localitions rhumatismales ou goutteuses à leur suite. Il vaut mieux donner des bains chauds de 32 à 36°, car les bains trop chauds déterminent au niveau des tissus malades un œdème parfois important, avec augmentation de leur induration.

Bains généraux. — Les brûlures étendues et superficielles s'accompagnant de douleurs intolérables sont souvent soulagées par des bains tièdes et je vais maintenant vous dire un mot de l'eau tiède.

Eau tiède.

Selon Dalché, l'eau tiède tempérée possède une action beaucoup trop négligée et qui la place au premier rang des agents sédatifs. Non seulement elle s'adresse aux souffrances vagues, sans localisation précise, mais encore aux hyperesthésies sans lésions des névropathes. Il en est ainsi dans certaines souffrances génitales, ovarialgies, hystéralgie de la ménopause. Elle convient aussi à ces douloureux que Robert Merklen nous montre avec des algies d'intensité médiocre, mais gênantes par leur ténacité, leur mobilité et leur diffusion. Deux tendances de ces malades, l'émotivité, avec sympathicotonie souvent hyperthyroïdie et thermophobie ? Chez eux, les applications trop chaudes sont mal supportées alors qu'elles le sont mieux chez les apathiques, hypothyroïdiens, vagotoniques. Les idées un peu artificielles d'Eppinger et Hess sur les deux antagonistes vagotonie et sympathicotonie peuvent donc trouver leur application en clinique thermale.

L'eau tiède excite le système nerveux d'une manière très directe ; elle le régularise, le calme par des applications douces et longues ; elle favorise le sommeil, assoupit la douleur, évite ou modère les réactions et convient à merveille aux névropathes et aux arthritiques.

D'où son influence chez les insuffisantes ovariennes avec dysménorrhée et névralgies. La meilleure des injections émollientes, disait Labadie-Lagrave, est l'eau bouillie simple de 35° à 40° en injection continue, à faible pression, réalisant la douche baveuse de Vidal. Ses effets sédatifs s'accompagnent d'un minimum de contraction de l'appareil musculaire et vasculaire. Elle convient donc à la période aiguë ou subaiguë des phlegmons utérins et péri-utérins, dans la sclérose utérine avec ses poussées congestives, ses tendances hystéralgiques, les névralgies utérines, le prurit vulvaire, l'irritabilité utérine, les aménorrhées congestives et douloureuses.

Le bain de siège tiède, dans lequel la malade peut prendre son injection, combat le prurit vulvaire, la coccygodynie, les névralgies pelviennes.

Eaux thermo-minérales.

La question de la douleur et des cures thermales a fait l'objet de travaux importants dans la *Presse thermale et climatique* du 15 mai 1928 et à la Société d'Hydrologie de Montpellier de novembre 1928. Des maîtres de Montpellier, les professeurs Giraud et Bériel, des collègues de Lamalou : Cauvy, Gautier et Ménard, des élèves de Sicard, Haguenau, Forestier et Bize ont fait sur ce sujet des études du plus haut intérêt.

Le professeur Giraud nous montre les algiques justiciables des moyens crénothérapiques aussi nombreux que les causes même de leurs douleurs, mais une thérapeutique prime toutes les autres : la thérapeutique sédative que nous employons même très empiriquement dans l'impuissance où nous sommes de pénétrer parmi les propriétés physico-chimiques celles qui leur donnent ce bienfaisant pouvoir : la thermalité naturelle, la radio-activité, l'ionisation des eaux, la présence qualitative de certains ions, de certains gaz dissous y contribuent peut-être en quelque mesure. Mais, si l'hydrothérapie artificielle a les propriétés que je vous ai signalées, vous pouvez concevoir qu'avec les eaux minérales naturelles, dans les mêmes conditions de température, de pression, de durée, d'application, vient s'ajouter l'effet indéniable de l'eau minérale avec ses propriétés particulières à chaque source et à chaque station.

Un maître de l'Hydrologie française, le Dr Max Durand Fardel qui faisait en 1858 un cours libre d'hydrologie à la Faculté de Paris disait : « Il est un groupe fort remarquable formé en France de Néris, Plombières, Bains, Bourbon-Lancy et Luxeuil et représenté à l'étranger par les eaux dites indifférentes, lequel s'approprie plus spécialement à la névropathie et où on trouve réunis les avantages d'une virtualité sédative et ceux des procédés balnéaires les plus variés. Ces eaux, fortement minéralisées, riches en matière organique et à haute température, nous paraissent applicables aux formes douloureuses du rhumatisme indépendamment de leur propre minéralisation chlorurée sodique ou sulfatée. Ainsi ce groupe formé de Plombières plus arsenicale, Bains et Luxeuil plus ferrugineuses, Bourbon-Lancy plus chlorurée et riche comme Néris en matières organiques ».

Ce sont toutes des eaux hyperthermales venant d'une grande profondeur du sol, ayant un fort dégagement de gaz riches en azote, pauvres en acide carbonique et dont deux d'entre elles, Néris et Bourbon-Lancy, présentent au pourtour des sources une végation luxuriante de conferve à base de cyanophycées ou d'algues vertes. Elles ont un important dégagement d'argon et d'hélium et des propriétés radioactives appréciables.

A côté de ce groupe, nous trouvons Eviaux avec une note un peu plus tonique, Aix-en-Provence, Chaudesaigues, Hamman-Meskoutine, Bagnoles-de-l'Orne qui calme si bien les phlébalgiques, et à l'étranger Ragatz et Pfeffers.

Certaines sulfatées calciques chaudes (Bagnères-de-Bigorre, Ussat Hamman-Rhira) : certaines sulfurées Eaux-Chaudes, St-Sauveur, Molitg qui calme les prurits, sont également applicables au traitement des douleurs ; mais surtout Aix-les-Bains et Dax, nous dit Francon, sont les capitales du rhumatisme et vous savez que rhumatismes et douleurs sont — il est vrai bien à tort synonymes pour beaucoup de malades.

Toutefois Néris et Lamalou restent les deux grandes stations sédatives en quelque endroit que siège la douleur. Néris, avec ses eaux bicarbonatées sulfatées, siliceuses et barytées et sa magnifique flore de conferves convient aux grands excités. Lamalou avec ses eaux alcalines donne des résultats plus certains aux algiques déprimés. Si Lamalou est, sans aucun doute, plus minéralisée que les eaux du groupe précédent et s'il n'apparaît pas de rapport objectif entre sa minéralisation et son action thérapeutique. Lamalou, dis-je son nom l'indique en langue d'Oc, est une grande station pour douloureux organiques.

Technique des cures sédatives et indications.

De tous les procédés d'application des eaux minérales, le bain et la douche sous-marine sont à la base du traitement des algies.

Je vous demande donc la permission de m'étendre un peu longuement à leur sujet. J'étudierai ensuite les douches ordinaires, les douches-massages, les étuves et les irrigations vaginales à eau courante.

Sous le nom, peut-être impropre, mais bien connu et consacré par l'usage, de *douche sous-marine*, on désigne une douche chaude, locale ou générale, donnée sous l'eau du bain, à l'aide d'un dispositif particulier, par un doucheur spécialisé.

De tout temps, cette douche a été utilisée à Bourbon-Lancy. Elle existe, dans toutes les salles anciennes de bains qui, comme l'établissement thermal, datent de 1807, dans les cabines du pavillon neuf et dans celles du récent établissement de l'hospice d'Aligre.

« Elle a fait depuis longtemps une partie de la réputation de cette station ».

Actuellement, elle est installée dans beaucoup de stations : Ax-les-Thermes, Bourbon-l'Archambault, Châtel-Guyon, Evaux, La Motte-les-Bains, Néris, Plombières, Evian, Vichy, Vittel etc. ce qui est un hommage rendu à sa valeur.

Comme exemple, je prendrai la douche sous-marine de Bourbon-Lancy, dont je fais usage depuis plus de trente ans.

Dans chaque salle de bains romains, il existe une petite piscine creusée dans le roc d'une contenance de 5 à 600 litres et dans laquelle on descend par cinq marches à l'aide d'une rampe en pente.

La douche sous-marine a sa prise d'eau dans deux réservoirs pouvant donner sept à neuf mètres de pression : l'un contient l'eau chaude, fournie par la source du Lymbe (58°) grâce à une machine élévatoire actionnée par un moteur ; l'autre renferme de l'eau minérale refroidie qui a séjourné plus ou moins longtemps, de un à deux jours. De ces réservoirs partent les divers tuyaux qui aboutissent à un mélangeur auquel doivent s'adapter par des robinets et des raccords les diverses pièces des appareils.

Ce mélangeur est situé à 1 m 30 du plancher à claire-voie de la cabine de manière à être à la portée de la main de l'opérateur. Au robinet du mélangeur est fixé un tube de caoutchouc de trois centimètres de diamètre, d'une longueur de 1 m. 50 ; à l'extrémité libre de ce tuyau s'adapte par un raccord une lance de quelques millimètres d'ouverture, sorte de bec aplati, évasé en éventail C'est ce long tuyau mobile que le doucheur peut promener sous l'eau du bain sur toutes les parties du corps à une distance plus ou moins grande.

Le malade se rend au bain à pied ou est porté en chaise à porteurs : il descend dans sa baignoire à l'aide de marches et en s'aidant d'une rampe en pente, disposition infiniment précieuse pour les rhumatisants qui ont à faire ainsi un minimum d'effort. La température est variable suivant chaque malade, et oscille entre 35 et 40°. En raison des susceptibilités individuelles, il faut, au début, prescrire une température modérée.

Lorsqu'on entre dans une baignoire dont la température de l'eau est de 35° à 36°, on n'éprouve d'abord aucune sensation. Après cinq minutes, il survient un peu de malaise général, un besoin réel de se mouvoir : le pouls devient plus fréquent. Au bout de dix minutes, on a une sensation de vide dans la tête, de tension à l'épigastre, et le front commence à se couvrir de perles de sueur. Après un quart d'heure, la sueur frontale augmente, la tension épigastrique se calme et on éprouve un soulagement, un bien-être qui va parfois jusqu'à la somnolence, en même temps que le pouls diminue de fréquence et devient plus ample. La respiration prend également plus d'ampleur.

La durée du bain est de 10 à 25 minutes en moyenne. Au bain, fait suite la *douche sous-marine* ; c'est une douche supérieure de 1° ou 3° à la température de l'eau du bain. L'eau du bain amortit le choc et la violence de la douche et la lance est promenée par le doucheur au voisinage du corps de 5 à 15 centimètres de distance. On commence par les membres inférieurs, en insistant au pourtour des articulations douloureuses. Puis le malade se retourne doucement dans sa baignoire, s'accoudant sans fatigue sur les premières marches, les pieds reposant au fond du bain, et la douche se termine du côté de l'extension, surtout sur la région des lombes ou le trajet des sciatiques.

Cette douche convient particulièrement aux rhumatisants dont les articulations sont encore douloureuses. C'est, comme l'a dit De Bosia, *un véritable massage sous l'eau.* Pendant la douche sous-marine, si on veut obtenir un effet dérivatif intense, on maintient le bain à la température de la douche ; au contraire, on peut, en ouvrant le robinet d'eau froide, maintenir le bain à la température primitive. De toutes façons, on a pendant cinq minutes *un bain et une douche à eau courante* avec ses propriétés natives. Après le bain et la douche sous-marine, le malade est enveloppé d'un peignoir de molleton chaud, emmailloté jusqu'à la ceinture dans un drap chaud, et dans une couverture de laine ; les pieds et le sommet de la tête sont enroulés dans des serviettes en tissu éponge. Seule; la face émerge de cet enveloppement. Une chaise à porteurs va déposer dans le lit le malade qui reste dans les couvertures 10, 15, 20, 30, 50 minutes, suivant les cas et les effets à obtenir.

On observe fréquemment, les cinq ou six premiers jours, *une recrudescence des douleurs* chez les rhumatisants ; mais ces douleurs éclatent surtout pendant le jour, perdent le caractère intermittent de leurs manifestations et sont suivies d'un sommeil calme.

Le *bain et la douche sous-marine* ont donc une *action sédative sur le système nerveux*, puisqu'ils incitent au sommeil, une *action stimulante sur la nutrition générale*, et une *action déplétive, dérivative et anticongestive sur la circulation*. La stimulation est en effet parallèle de la sédation et même dérive de cette dernière ; quand le système nerveux est apaisé, les malades reprennent de l'appétit, retrouvent des nuits tranquilles et l'état général s'améliore ; car souvent l'état nerveux est le résultat direct de l'affaiblissement ou de l'intoxication de l'organisme.

Si, comme le dit Baup, la douche sous-marine a avant tout une action mécanique, il n'est pas moins certain que l'eau utilisée a une influence réelle : d'abord celle du bain à eau courante : de plus elle agit dans le même sens que le bain, notamment dans les stations à eau radioactive comme Bourbon-Lancy, Néris, Plombières, etc.

Dans toutes les stations, la douche n'est pas appliquée de la même manière. Ainsi à Néris, comme me le communique Macé de Lépinay, toutes les cabines comportent un dispositif qui permet de donner pendant le bain des douches locales et en particulier des douches sous-marines. Un matelas d'eau, d'épaisseur variable suivant les cas, est interposé entre la région du corps sur laquelle est dirigée la douche et le jet brisé ou en pomme d'arrosoir. C'est donc plutôt une douche amortie par l'interposition d'un matelas d'eau dont l'épaisseur diminue de jour en jour, 20, puis 15 c., 10 c., etc., qu'une douche sous-marine à proprement parler.

Le Dr Marty, d'Aix-les-Bains, pour permettre au malade de se donner lui-même la douche, préconise un appareil très ingénieux destiné à approcher rigoureusement l'extrémité de la lance à 5 centimètres des téguments du malade.

La douche sous-marine réalise le traitement de choix des sciatiques.

Qu'elle soit radiculaire, funiculaire ou tronculaire, une simple névralgie ou bien une névrite avec atrophie musculaire, diminution des réflexes, troubles de la sensibilité et impotence relative, qu'elle s'accompagne ou non de déformations thoraciques (scoliose homologue ou scoliose croisée ; qu'elle soit localisée à une branche du

nerf ou à toute l'étendue du plexus lombo-sacré, la sciatique est, dans bon nombre de cas, justiciable des cures thermales, d'autant que, le plus souvent, le nervosisme du malade doit être invoqué, à côté de l'irritation locale et qu'il contribue dans une large mesure à augmenter les réactions douloureuses.

Le bain et la douche sous-marine font merveille dans ces cas, comme dans les névralgies cervico-brachiales et les névralgies suite de zona.

Les douches sous-marines s'adressent tout particulièrement aussi :

1° *Aux convalescents de rhumatisme articulaire aigu* qui conservent encore des articulations tuméfiées, douloureuses, de l'atrophie musculaire et de l'anémie : ces malades, en effet, ne pourraient supporter un traitement excitant d'eaux trop minéralisées ;

2° *Aux rhumatisants qui ont fait du rhumatisme articulaire subaigu*, s'ils sont *névropathes ou très excitables* et si leurs douleurs sont vives ;

3° *Aux précordialgiques angineux.*

En résumé, la douche sous-marine est un traitement sédatif du système nerveux et circulatoire et sédatif de la douleur ; il complète donc bien l'action des eaux sédatives, radioactives de Bourbon-Lancy, Néris, Plombières, etc. Ce mode d'emploi de l'eau est un adjuvant précieux qui agit dans le même sens que la cure thermale de ces stations, en la renforçant.

Parmi les *variétés de douches*, la douche commune consiste en une colonne d'eau, plus ou moins brisée qui vient frapper avec une force variable sous une pression de 10 m. en moyenne une partie quelconque du corps. Elle agit sur la circulation capillaire et l'innervation générale.

La plus calmante est la douche tiède, dont Beni-Barbe disait qu'elle apaise l'excitation nerveuse, anéantit les spasmes musculaires, dissipe l'hyperesthésie du derme et détermine dans l'économie un calme inexprimable : elle s'adresse aux sympathicotoniques hyperthyroïdiens qui redoutent l'eau chaude.

La douche spéciale de Lamalou, associée ou non aux bains de piscine permet d'obtenir des effets sédatifs manifestes chez les tabétiques dont elle calme les douleurs, l'hyperesthésie et l'éréthisme nerveux.

Douche-massage. — La douche-massage permet de combiner dans un même acte thérapeutique le massage et l'hydrothérapie, que le massage ait lieu assis comme à Aix ou couché comme à Vichy.

A Aix, le malade, assis sur un banc de massage, subit l'arrosage et le massage sous l'eau fait par un ou deux masseurs sur les masses musculaires du tronc et des membres et il reçoit à la fin une douche en jet percutante très courte (Forestier). Le massage de Vichy dans la position couchée s'applique au malade étendu sur un lit de sangle et sur lequel coule d'une rampe horizontale de l'eau à 39 ou 37° pendant que deux masseurs le pétrissent chacun de leur côté successivement sur le dos et sur le ventre. Le massage couché réalise la résolution musculaire et laisse aux masseurs entière liberté d'action. « C'est un pétrissage de toutes les masses musculaires, que l'opérateur saisit et presse sans les pincer entre les extrémités digitales et le talon de la main, comme si on voulait exprimer l'eau d'une éponge, massage de la périphérie au centre sur des muscles à l'état de relâchement. »

Autant la douche sous-marine est un procédé de douceur ayant une action sédative et circulatoire, autant la douche ordinaire percutante et la douche-massage ont une action révulsive, énergique et souvent violente qui ne peut convenir qu'aux malades torpides, sans grandes réactions, à manifestations indolores et d'ancienne date : vieilles arthrites chroniques, sciatiques rebelles, raideurs articulaires, etc.

Les douches sous-marines sont employées au contraire chez les sujets très sensibles (algies très vives, hyperesthésies localisées) et aussi chez les pusillanimes pour tâter le terrain.

A leur propos, je désire vous établir une distinction entre deux groupes bien tranchés d'algiques que nous soignons dans nos stations respectives.

Les uns sont des algiques constants, qu'ils présentent ou non de temps à autres des crises paroxystiques de douleurs. Ainsi les sciatiques graves, ainsi les crises subaiguës de rhumatismes ou de goutte articulaire. Ces malades sont nettement justiciables des eaux sédatives dont nous avons parlé.

Les autres ne souffrent pas au repos, mais seulement à l'occasion des mouvements. Il en est ainsi des malades atteints de claudication intermittente suite d'artérite et surtout de ces rhumatisants chroniques dont la douleur est fonction du mouvement des jointures et surtout de l'état des muscles périarticulaires si souvent à l'état de crampes ou de contractures.

Vous concevez que chez de tels malades, c'est l'épine irritative qu'il faut viser et améliorer.

Les stations chlorurées sodiques : Bourbon-l'Archambault, Bourbonne-les-Bains, les sulfureuses Luchon, Cauterets et surtout Aix amélioreront bien plus ces états morbides que ne pourraient le faire les eaux indéterminées sédatives. De même, les boues minérales en application générale et locale sous forme d'illutations.

Aix-les-Bains, en effet, par ses eaux, sa douche-massage et ses adjuvances physiothérapiques contribue à la sédation de l'algie à la fois par l'action directe spécifique et par l'amélioration de l'état général provocateur de la douleur. Mais si Aix admet toutes les variétés de rhumatismes chroniques, il exclut toutefois les grands douloureux.

Le massage sous l'eau réussit surtout dans l'adipose douloureuse de Dercum et dans cette affection encore inconnue dans son essence et dont vous a déjà parlé M. Durey : la cellulite, sur laquelle je voudrais insister longuement.

Conséquence vraisemblable de troubles de la circulation lymphatique, de la résorption d'hémorragies ou de rupture de synoviales, elle se traduit tantôt par des nodosités, des placards indurés, de l'empâtement œdémateux.

Si le massage est à la base du traitement de la cellulite, il est des cas, nous dit Alquier, où la sensation de meurtrissure, de poids, correspond à une localisation si tenace de la cellulite que toute manœuvre de massage ne peut que l'irriter davantage.

Le massage sous l'eau permet le traitement dans de meilleures conditions. D'ailleurs, la cellulite est rarement isolée : elle est le plus souvent associée aux manifestations diverses du rhumatisme chronique, aux séquelles de phlébites et de périphlébites que nous rencontrons si souvent.

J'ai l'impression, comme mes collègues d'Aix MM. Forestier — qui ont fait une bonne étude de la « douleur sous-tégumentaire » — qu'on attache trop d'importance à la sensation objective.

« La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question ont décrit des nodules, des épaississements, des plaques indurées sous-cutanées qui parsèment la surface du corps des patients, nous devons dire que, dans notre expérience, nous avons rencontré bien plus souvent des phénomènes douloureux sans signes objectifs que les nodules et plaques précités.

La question de la cellulite est-elle aussi neuve qu'on le supposerait ? Il s'en faut de beaucoup.

Lorsqu'en 1897-1898 je préparais ma thèse dans le service de mon maître Huchard, j'avais la bonne fortune d'avoir pour collaborateur pour le massage un étudiant en médecine, élève de l'Institut médical de Stockholm, M. Krikortz, qui a été mon collaborateur à Bourbon-Lancy quelques années. Il a soutenu une thèse très remarquable à Paris en 1900 sur le rhumatisme musculaire et toute la

◆◆

question de la cellulite y est exposée d'une manière magistrale. Je m'étonne que tous les auteurs qui se sont occupés de cellulite aient paru ignorer ce travail qui a fait époque avec ceux de Stapfer.

LANNELONGUE, ROBIN et LONDE ont bien montré l'origine articulaire des rhumatismes musculaires. Mais il restait encore, après ce regroupement, des infiltrations œdémateuses des muscles et du tissu conjonctif qui ne trouvaient pas place dans les nouveaux cadres nosologiques Callosités de FRORIEP (1834), nodosités de HOFFMANN (1893) ; infiltrations diffuses de AUSCHER ; nodosités éphémères de FÉRÉOL ; nodosités sous-cutanées douloureuses de TROISIER et BROCQ (*Rev. de méd.*, 1881) ; lipomes et pseudolipomes de VERNEUIL et POTAIN ; œdèmes circonscrits de JAMIESON (1883) et WAGNER (1899), de GOWERS (1893), de STRANDGAART (1899) représentent des faits cliniques de cellulite tels que nous les ont décrits les auteurs suédois NORSTRON, JOSEPHSON, KLEEN, KJELLBORG, etc.

Il est très naturel que ce soient les spécialistes du massage qui les connaissent le mieux, parce que la pratique du massage développe forcément le sens tactile des doigts et parce que les masseurs voient et soignent leurs malades tous les jours pendant toute la durée du traitement et sont de cette façon mieux à même d'apprécier les changements de consistance des tissus (Krikortz).

Tantôt, ce sont des indurations dans les muscles de l'avant-bras et du bras pouvant provoquer la crampe des écrivains.

Tantôt, on trouve une induration douloureuse dans le deltoïde au niveau de son insertion inférieure. Tout le grand pectoral est sensible et on y sent des noyaux indurés, si on a soin de mettre le muscle en état de relâchement complet.

Le plus souvent, on sent des indurations très douloureuses sur un des côtés de la nuque ; profondément sur un des scalènes. De même sur le bord antérieur du trapèze. En suivant ce muscle en bas vers son insertion claviculaire, on se rend compte que tout le bord antéro-supérieur est empâté et très sensible à la pression. En pressant les faisceaux supérieurs du trapèze entre les doigts, on peut s'assurer que c'est bien là que siège la douleur de même que l'empâtement. Ces douleurs, fréquemment associées à de la céphalée, surviennent après de grandes fatigues, un assaut d'armes par exemple. Fréquemment, en effet, dit Krikortz, la phase aiguë est le résultat d'un surmenage local, et dans l'escrime le trapèze et les muscles antéro-externes de l'avant-bras travaillent d'une façon très active. Le terrain ou l'état de non entraînement du sujet favorisent les empâtements douloureux.

Dans ces états, trois symptômes émergent : la douleur, la raideur, l'empâtement ou la nodosité.

Deux grandes médications conviennent : la médication sédative aux stations thermales à faible minéralisation et la médication résolutive aux boues végéto-minérales.

Les *boues végeto-minerales* peuvent s'appliquer dans les stations contenant de la barégine (Ax-les-Thermes, Barèges, St-Sauveur), dans certaines stations chlorurées sodiques dont la boue grasse onctueuse est si favorable en applications : mais, c'est surtout à Dax et à Préchacq-les-Bains qu'on fait des illutations ou applications locales avec le limon de l'Adour réchauffé par l'eau hyperthermale ; de même à St-Amand, à Balaruc, à Barbotan.

Etuves.

Les étuves excitent la surface de la peau et déterminent une transpiration abondante. Les unes sont artificielles quand la chaleur est provoquée par le réchauffement de l'eau minérale ; on les dit au contraire spontanées quand la chaleur provient du dégagement naturel des vapeurs et des gaz qui émanent des sources hyperthermales situées à leur voisinage immédiat. La température oscille entre 40 et 45°.

Les étuves sont générales si le patient est entièrement dans la vapeur d'eau comme dans le bouillon d'Aix-en-Savoie ou à Plombières. Ces étuves générales déterminent des impressions pénibles de resserrement dans la poitrine ; les veines se gonflent et la peau devient rouge et vultueuse. Ce traitement ne peut s'adresser qu'aux malades jeunes et sans adultération cardio-artérielle.

La plupart du temps, on emploie les étuves en caisse d'où la tête émerge. ou bien les étuves locales, les Berthollets d'Aix ou de Bourbon-Lancy.

Elles sont indiquées dans les arthropathies goutteuses où elles conviennent mieux que les bains et dans les sciatiques ou les arthrites douloureuses. A leur suite, on fait usage avec profit des chaises à porteur.

Irrigations vaginales.

Les grandes irrigations vaginales prolongées à eau courante prises pendant le bain sont caractéristiques de la cure de Luxeuil. Ces irrigations ont une action double ; antiphlogistique sédative et décongestionnante, et d'autre part mécanique. l'eau, en effet, distendant le vagin de manière à exercer une sorte de massage sur les tissus et les organes environnants. Trois éléments sont à considérer : leur durée, leur pression et la température de l'eau. A Luxeuil et à Bourbon-Lancy, l'eau vient directement du griffon dans la baignoire, sous une pression faible par conséquent. La durée est de 20 à 30 minutes en moyenne : les injections trop courtes et trop rapides sont nettement excitantes et si on dépasse 40 à 45° elles deviennent irritantes et favorisent les tendances fluxionnaires. Quant à la température, selon Pierra, elle doit être tiède ou tempérée 38 à 40°. La durée de la cure est de 20 à 25 jours.

Les premières irrigations, alors même qu'elles ne dépassent guère 1/4 d'heure ont toujours pour effet de stimuler l'appareil utéro-ovarien. Elles réveillent des douleurs hypogastriques ou iléo-lombaires irradiées, augmentent le flux muqueux et sanguin et provoquent souvent du ballonnement avec tension de l'abdomen.

Mais au bout de quelques jours la cure décongestionnante et sédative de Luxeuil parvient souvent à dégager les organes engoncés dans l'atmosphère cellulitique, fondant les masses congestives d'où ressortent alors avec des contours plus marqués des lésions véritablement inflammatoires.

Le traitement thermal peut suffire à guérir des salpingites, même anciennes et invétérées. Il procure assez souvent une insensibilité à peu près complète, permet à la malade de reprendre sa vie et ses occupations habituelles. Il lui restitue parfois ses fonctions de reproduction. On peut donc parler de guérison fonctionnelle. Franckel ajoute avec raison que ces résultats sont obtenus avec une mortalité nulle. Avec les tendances actuelles justement conservatrices, quand on compare les résultats fournis par les méthodes physiothérapiques à ceux des interventions chirurgicales, on est bien obligé de constater que l'immense majorité des cas peut être traitée et guérie autrement que par l'intervention, laquelle restera toujours en gynécologie, et surtout chez la femme en âge d'être fécondée, l'*ultima ratio* à laquelle on ne devra recourir qu'après l'échec des autres méthodes de traitement (Pierra).

On combattra les phénomènes douloureux et congestifs par des bains et des irrigations vaginales tièdes. On fera prendre le soir un petit lavement chaud et, pendant qu'elle le gardera, la malade se couchera sur le ventre durant une demi-heure environ ; dans cette position, l'eau contenue dans le rectum appuie sur la face postérieure de la matrice souvent rétrodéviée, contribue par son poids à la maintenir ou à la ramener en avant, et par ses qualités thermiques influence favorablement la congestion de l'organe et des tissus environnants.

Résultats thérapeutiques.

Vous avez vu les succès tangibles qu'on est en droit d'espérer des diverses applications de l'eau chaude artificielle dans les douleurs qui accompagnent les inflammatoires superficielles (lymphangites, panaris, phlegmons) ou viscérales (entéro-colite, cholécystite, voire même appendicite) et surtout les inflammations utérines ou péri-utérines. Ici, tout est clair, logique, constant.

Il n'en est pas de même pour les algies des nerfs et des douleurs qui accompagnent les modalités si diverses du rhumatisme chronique dont vous parlait hier M. le prof. Loeper. Cela tient à plusieurs raisons.

1) La première que nous ne voyons les malades qui les présentent que des années ou des dizaines d'années après les causes qui ont engendré leur misère. Et, dans l'intervalle, ces malades ont trop souvent épuisé toutes les ressources des médications chimiques, des médications physiothérapiques et même de nombreuses médications hydrominérales.

2) Ensuite, dans notre clinique thermale nous sommes victimes de l'obscurité qui règne encore dans les conceptions réelles des formes si variées du rhumatisme chronique relativement à son étiologie, à sa pathogénie, à ses formes cliniques. Car une même forme clinique peut avoir été produite par les causes les plus différentes et inversement une seule cause peut donner naissance aux formes cliniques les plus variées.

Enfin, certaines eaux minérales sont sédatives générales et excitantes locales ou réciproquement suivant le mode balnéaire employé. Vous savez qu'il en est de même pour les médicaments et, comme le disait Pécholier, dans un médicament il y a plusieurs médicaments suivant ses doses. Vous savez que la digitale est un médicament anti-asystolique à fortes doses et cardiotomique à petites doses d'entretien Mais nous pensons qu'il vaudrait mieux s'en tenir à la note dominante d'une station sans envisager les divers modes d'applications de ses eaux.

Frappés de l'incertitude, de l'obscurité qui enveloppent encore les indications cliniques de la thérapeutique hydrominérale, avec quelques amis exerçant dans neuf stations différentes, nous avons pensé; en 1909, dans *La Clinique hydrologique* que le meilleur moyen d'apporter quelques précisions dans cette incertitude, quelques lumières dans cette obscurité, serait de mettre en commun, de confronter, de contrôler les unes par les autres, les connaissances que chacun avait pu acquérir dans son domaine. Pour le faire, nous nous sommes donc réunis en nombre suffisant pour que dans notre groupe fussent représentées toutes les grandes médications hydrominérales et, désireux avant tout, de faire œuvre pratique, nous avons, de parti pris, écarté toutes prétentions d'ordre scientifique ou doctrinal, pensant que le seul terrain solide en la matière, était celui des faits cliniques,

Avec d'autres collaborateurs nous avons renouvelé notre essai dans des monographies intitulées : « Etudes d'hydrologie clinique » en 1920.

Si personne, en effet, ne conteste aux eaux minérales leur efficacité comme moyen hygiénique, il n'en est pas de même comme agent médicamenteux ; on attribue volontiers le résultat des cures thermales au changement de milieu, à la distraction, au repos et au séjour dans un climat sain et agréable. Sans doute, ces causes sont bien puissantes ; mais les voyages, les distractions, les charmes d'un beau site, sont-ils suffisants pour guérir des manifestations rhumatismales chroniques, articulaires, musculaires ou névralgiques, évidemment non. De bonne foi, peut-on attribuer à ces causes la guérison ou le soulagement de ce rhumatisant, perclus entièrement de ses membres, dont le corps douloureux lui a permis à peine de se faire transporter, qui a épuisé les secours les plus éclairés de la médecine et qui a fait inutilement usage des bains chauds, des bains minéraux factices ! Comment se fait il qu'après quelques immersions dans ces eaux thermales, ce malade ait recouvré l'usage de ses membres et cette faculté locomotrice qu'il croyait avoir perdue pour toujours ? Est ce le changement de climat qui a pu dissiper en si peu temps le gonflement des articulations, calmer les douleurs et rappeler le sommeil » (Patissier).

Aussi, tandis que le traitement hydrominéral nous apparaît le plus souvent comme un adjuvant précieux de la thérapeutique médicamenteuse dans le traitement des maladies chroniques, au contraire dans la cure des divers accidents rhumatismaux externes, la médecine thermale est l'agent le plus utile, car trop souvent la thérapeutique par les médicaments est illusoire, parfois dangereuse. Et, dans ces cures thermales appliquées au rhumatisme, c'est à l'eau minérale et à son mode d'application, en dehors de toutes les autres adjuvances, que revient la première place dans l'action thérapeutique.

Nous admettons donc bien l'utilité des cures thermales dans le traitement des algies et du rhumatisme, douleurs et rhumatisme étant d'ailleurs, nous l'avons déjà dit, trop souvent synonymes dans l'esprit de tous les malades.

Mais la difficulté commence quand il faut établir des nuances d'indications entre les diverses stations, et surtout que Max Durand-Fardel nous dit — et il a raison, — « qu'on peut obtenir les mêmes bons effets par les sources les plus dissemblables ».

Alors, nous avons admis la formule suivante qui a été reprise par Françon et Weissenbach dans leur remarquable livre récent sur les rhumatismes chroniques. Quelle que soit la forme du rhumatisme mono, oligo ou polyarticulaire, son origine infectieuse ou diathésique par auto-intoxication, l'indication essentielle sera tirée de la réaction individuelle de chaque malade suivant qu'il est torpide, excitable, névropathe, lymphatique, anémique, de son âge, de ses complications viscérales et de l'état de ses différents appareils.

D'une manière excellente, mon collègue Françon complète notre proposition. : « Traiter une manifestation douloureuse par les eaux minérales, c'est fixer le dosage de chaque médication, leur rythme et leur combinaison, en fonction de l'âge du malade, de son état cardio-vasculaire, de sa susceptibilité nerveuse, de l'ancienneté et de la nature des symptômes observés, des péripéties de la saison. C'est dire combien il faut de doigté et d'expérience pour faire cet ensemble équilibré, étroitement individualisé pour chaque sujet qu'est une cure thermale vraiment digne de ce nom.

Permettez-moi d'élargir encore la question. Je voudrais non seulement vous exposer les indications relatives des algies entre les diverses stations ou les divers groupes de stations, mais encore avec les procédés si remarquables de la physiothérapie : massage, diathermie, haute fréquence, radiumthérapie, actinothérapie, ionothérapie, etc., que le prof. Loeper vous a permis de comprendre dans ces quelques leçons sur la douleur. Ici encore, nous sommes dans l'inconnu et c'est aussi regrettable pour les malades que pour les divers spécialités.

Comment se développe le plus souvent en pratique le curriculum vitæ du malheureux atteint de sciatique névrite en évolution et qui présentera bientôt, en dehors de ses douleurs, des modifications des réflexes, de l'atrophie musculaire et des déformations.

Son médecin commencera par lui prescrire des médicaments de l'aspirine où la spécialité du moment : quelques résultats heureux, mais échec dans nombre de cas ; suivant son inspiration, le médecin soignant toujours son malade à domicile, lui propose des pointes de feu ou des siphonages au chlorure de méthyle ou des stypages.

Amélioration momentanée, puis reprise de la douleur. Il pense alors à l'injection épidurale de novocaïne, à l'injection de lipiodol, à l'injection d'air ou d'oxygène sur le trajet du nerf ou même, avec Noël Fiessinger, à l'autohémothérapie locale. Pas encore de succès durables dans tous les cas.

Alors, le malade est envoyé au spécialiste toujours suivant l'inspiration du médecin traitant et là vraiment la diathermie. l'ionothérapie, l'actinothérapie, la radiothérapie apportent du calme. Pour peu de temps encore, dans nombre de cas.

Si c'est en hiver on propose Dax ou en été une des 30 ou 40 stations qui se réclament du traitement de la sciatique. Ici encore, le sort du malade est trop souvent abandonné à sa volonté, à ses préférences.

Il aimera mieux telle station parce qu'elle est plus gaie, plus mondaine, qu'il y rencontrera de ses relations. Et dire que si le même malade avait une fracture de jambe ou une phlébite, au lieu d'avoir une sciatique rebelle et cruellement douloureuse, il accepterait, sans observations, les juridictions thérapeutiques les plus rationnelles. Avouons donc que c'est parce que certains médecins n'ont guère confiance dans les eaux thermales qu'ils laissent tant de libertés à leurs malades.

Beaucoup d'entre eux guérissent en effet ou s'améliorent notablement pendant ou après leur cure thermale.

D'aucuns résistent aux traitements les mieux appliqués : c'est qu'il y a erreur de diagnostic ; qu'une compression, ne peut être levée que par une laminectomie opératoire : ou bien que la malade — une femme — atteinte de cancer incipiens de l'utérus, fait de la névralgie sciatique au-dessus des ressources de toutes les thérapeutiques.

Tous nos confrères des villes d'eaux pourront témoigner de la réalité de ce tableau.

Mais me direz-vous, pourquoi tant attendre — si vraiment les eaux thermales ont de pareilles vertus — pour y soumettre nos malades ? Nous vivons encore sur des erreurs d'interprétation et nous avons trop de tendance à prendre à la lettre l'idée qu'on se fait en médecine militaire d'une maladie réputée incurable. Une maladie ne peut être reconnue incurable que lorsqu'après avoir été soumise aux traitements médicaux et chirurgicaux, les mieux conduits, elle a subi la juridiction des eaux minérales. C'est évidemment très flatteur pour les eaux minérales, mais je ne crois pas que ce soit la meilleure interprétation des résultats à en attendre,et avec Landouzy, nous estimons que la cure thermale devrait être à l'avant-garde de l'hygiène thérapeutique et ne plus occuper le dernier rang de toutes les juridictions.

Mais, me direz-vous encore, les cures thermales ne sont que des méthodes d'exception. Elles sont prohibitives à nombre de malades. Détrompez-vous. D'abord beaucoup de stations ont des hôpitaux thermaux pour les indigents.

Les hôpitaux militaires thermaux reçoivent les blessés et malades de guerre qui peuvent aller aussi dans d'autres stations. La loi de 1910 et 1919 sur les taxes de séjour prescrit à son article 1er le traitement des indigents dans toutes les stations et la loi sur les assurances sociales facilitera encore davantage la fréquentation de nos stations. D'ailleurs, depuis toujours, les établissements thermaux et les médecins font des conditions de faveur aux petits fonctionnaires, aux malades modestes qui en font la demande.

Je voudrais encore vous dire un mot du pronostic des cures thermales. Il est extrêmement difficile de se faire une idée du pronostic au sujet d'un malade donné, d'après les réactions de ce malade en cours de cure et d'après le résultat immédiat de cette cure.

Les cures thermales ont une action à large effet et à longue portée sur l'ensemble de l'économie ; elles modifient profondément le terrain diathésique et leurs résultats nets sont lents à apparaître. La cure thermale, disait Caulet, est encore au premier chef une médication empirique qu'aucun mécanisme n'explique, qu'aucun chimisme n'inspire et dont les meilleures indications décrivent de l'expérience et de la tradition. Et il ajoutait : il est impossible de prévoir avec certitude le résultat d'une saison thermale.

D'autres médecins que nous sont à même d'observer ces résultats et il en résulte souvent que chacun d'eux se fait des indications particulières de chaque station.

Pour nous, nous pouvons envisager trois groupes de malades, ceux qui guérissent la première année et nous en voyons même des sciatiques névrites ; ceux qui n'obtiennent aucun résultat. Ces deux groupes sont perdus pour nous où nous ne les retrouvons que quelques années après. Nous ne connaissons donc que les malades qui, encouragés par un succès évident mais insuffisant, nous reviennent sur le conseil de leur médecin. On peut estimer que ce dernier groupe représente 50 % des malades nouveaux d'une saison thermale.

Je ne puis résister au désir de vous donner quelques exemples de malades et tous mes confrères hydrologues pourront vous en apporter autant et peut-être de plus suggestifs encore.

Le Pr Loeper se souviendra sûrement de M. D., 43 ans, goutteux articulaire généralisé, subaigu, obèse (123 kilos), emphysémateux et bronchitique chronique qui vint à Bourbon-Lancy au début de juin 1926, par un temps froid et humide, qui, en raison d'une poussée de bronchite, faillit bien compromettre la cure. Ce malade, d'une docilité et d'une énergie rares, consentit à faire sa cure au lit, où il prenait ses repas. Il souffrait cruellement de ses articulations enraidies.

Le service des chaises à porteurs à l'aller et au retour du bain avec douche sous-marine rendit la cure possible.

Mon malade resta six semaines et partit amélioré pour les pieds, les genoux, les coudes et les mains. Persistance des raideurs douloureuses des épaules.

Soumis à un régime d'une rare rigueur, M. D. revint faire une seconde saison la même année en septembre 1926 et il en retira une très grande amélioration fonctionnelle.

Je le revis, au début de juin 1927, ayant maigri de 43 kilos et ayant passé par conséquent de 123 à 80 kilos, marchant correctement sans cannes, et ne conservant plus que sa raideur douloureuse des deux épaules.

Diminution notable de l'emphysème ; aucune bronchite au cours de l'hiver 1926-1927 ; bonne diurèse, disparition de la dyspnée d'effort et facies d'un homme en parfaite santé, le teint clair, les pommettes roses et l'habitus d'un jeune homme, en comparaison avec celui du malade empâté, bouffi, blafard et cyanosé de l'an dernier.

Nouvelle cure de bains avec douches sous marines et massages qui améliorèrent, mais légèrement, les raideurs douloureuses des épaules.

Nouvelles cures en 1927 et 1928 et guérison complète.

Une jeune femme de 35 ans m'est adressée en juin 1929 pour une sciatique névrite gauche au grand complet. Depuis 6 mois elle était immobilisée au lit par la souffrance. Vous pouvez rencontrer d'autres malades qui au contraire ne peuvent pas se coucher ni s'asseoir et qui restent debout même à table, pour éviter la douleur.

En 4 ou 5 jours la malade put marcher, elle souffrait beaucoup moins et ses voisins d'hôtel avaient tendance à la considérer comme une simulatrice ou une malade exagératrice.

La cure se termina dans les mêmes conditions favorables comme état général et fonctionnel, mais elle n'était pas guérie.

A sa rentrée à Paris, comme elle souffrait encore après la marche, elle fit pendant un mois des séances d'actinothérapie et de radiothérapie qui n'amenèrent aucune amélioration pas plus d'ailleurs qu'elles n'en avaient donné avant la cure thermale.

D'accord avec son médecin, je lui conseillai Dax qui l'améliora d'une manière tout à fait remarquable.

Je la revis à Bourbon-Lancy en juin 1928. Elle avait encore de l'atrophie musculaire, de la diminution du réflexe rotulien, de l'abolition du réflexe achilléen, mais elle souffrait à peine.

Une cure d'un mois la guérit tout à fait.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de déontologie appliquée, par le Dr Gaston Duchesne. Préface de M. le Dr Paul Le Gendre. Un vol. in-16º, illustré de bois et dessins de Honoré Broutelle. Prix : 8 francs, J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Pas un étudiant, pas un jeune médecin qui n'ait à cœur de posséder ce petit volume, dans lequel l'auteur, bien connu dans les milieux journalistiques médicaux, a, sous une forme attrayante, romancé en quelque sorte les principaux aspects de la déontologie en action.

Tous les cas qu'il envisage lui sont personnels, il s'est borné à les transposer sur le plan de son objectif, en en dégageant la moralité qu'ils comportent.

Ils évoquent, aux yeux du débutant, un certain nombre de problèmes dont ils lui fournissent une solution sur laquelle il pourrait hésiter, faute de directives suffisamment précises.

Tout cela, sous une forme épistolaire que le Dr Paul Le Gendre, dans sa préface, déclare charmante et persuasive.

Pour prendre une suite. — Gestes nécessaires. — Premières armes, premières alarmes. — Embûches, bûches. — Scrupules. — Savoir, prévoir. — Courtoisie confraternelle. — Bouche close ! — Prévoyance. — Réalisations, tels sont les titres suggestifs de chacun des chapitres, de chacune de ces « Lettres à un Jeune médecin » publiées d'abord isolément par l'auteur dans *Le Jeune médecin* et *le Concours médical*, et qu'il a réunies dans cette édition, agrémentées de dessins d'Honoré Broutelle, au crayon si puissamment évocateur des scènes de la vie médicale courante.

En vérité, si les débutants sont les principaux destinataires de ces *Eléments de déontologie appliquée*, les moins jeunes ne pourront qu'être intéressés par tout ce qu'ils leur rappelleront, et peut-être les aideront-ils, à l'occasion, à surmonter quelqu'une des difficultés qui se dressent si souvent devant les pas du praticien.

Demain, ils auront leur place dans toutes les bibliothèques, dans tous les cabinets de consultation.

New-York, images vivantes, par le Dr F. Debat. Publications du Centre, 35, rue des Petits-Champs, Paris.

Vous ne connaissez pas New-York ? En 76 pages illustrées in-4º Jésus, sur vélin d'Arches, le Dr Debat, directeur des Laboratoires de l'Inotyol, vous la fait parcourir. En quatrième vitesse il vous promène dans Broadway, à travers les gratte-ciel, les banques à quarante étages et celle qui n'en a qu'un, la banque Morgan ; ses avenues et rues désignées par des numéros. Vous apprendrez que c'est la ville qui renferme le plus d'Allemands, d'Italiens, d'Israélites et qui héberge vers la haute ville un groupement de trois cent mille nègres.

C'est aussi la ville sans arbres et sans fleurs ; ils ne peuvent y vivre faute d'air et de lumière, par suite de la présence d'un millier de buildings hauts de vingt à cinquantes étages.

En attendant le *Chrysler* qui aura 270 mètres, le *Wolworth* « la cathédrale du Commerce » a 220 mètres, 58 étages, 5.000 fenêtres, 2.800 postes téléphoniques, 14.000 employés, 35.000 personnes utilisent chaque jour ses 29 ascenseurs. Douze facteurs particuliers y distribuent journellement 150.000 lettres et 3.000 télégrammes.

La publicité domine partout dans New-York, elle est reine. Dans les pharmacies on y trouve de tout, même des médicaments.

Le Dr Debat nous engage à aller voir New-York et il constate qu'au retour l'on aime mieux Paris, notre vieux Paris, notre beau Paris.

A. R.

« Conseiller une opération, ce n'est pas, de la part du médecin, garantir qu'elle guérira, ni garantir non plus qu'elle est sans danger. Non : c'est seulement affirmer que, de tous les moyens à proposer dans la circonstance présente, c'est celui qui offre le plus de chances de succès et le moins de chances de mort. »

(1839 — Denonvillers.)

Vous voyez donc un cas très net de sciatique névrite rebelle à tous les procédés les mieux appliqués de la physiothérapie qui a guéri après 3 saisons thermales.

Ce cas est à rapprocher de celui d'une vieille religieuse qui venue à Bourbon-Lancy pour une sciatique rebelle fit sa cure au lit, partit sans aucune amélioration et qui guérit un mois après et si complètement qu'elle n'a pas eu de douleur depuis 8 ans. Son médecin, frappé de ce fait, m'envoie toutes ses sciatiques et ne m'envoie que des sciatiques.

Un malade de 45 ans qui avait vu tous les neurologues d'Europe vint me trouver en 1926 pour une localisation extrêmement douloureuse de la main et du poignet droit que les uns avaient étiquetée rhumatisme infectieux, bien qu'aucune cause n'ait pu être décelée, d'autres goutte atypique et enfin d'autres causalgie malgré l'absence de traumatismes. En effet les douleurs qui nécessitaient 8 à 10 injections de morphine par jour s'accompagnaient d'hyperémie, d'hypertrichose, réalisait l'image classique connue depuis Weir Milthell sous le nom de causalgie.

Quoi qu'il en soit de la cause, en 4 saisons, 2 en 1926, 1 en 1927 et 1 en 1928, ce malade a complètement guéri par des douches sous-marines, des bains et des étuves locales et il a pu éviter une sympathectomie et même une amputation qui avait été envisagée.

Dans ce cas, la douleur dominait tout le tableau morbide, mais vous devez rechercher si la douleur s'accompagne ou non d'anesthésie ou d'hyperesthésie, si elle est ou non essentielle et alors la cure aura beaucoup moins d'influence si elle n'est pas essentielle.

Il faut donc tenir compte de plusieurs facteurs, nous dit Cauvy : de l'épine irritative, de la réaction du malade suivant son humorisme et son état neuro-végétatif, suivant le retentissement psychique.

La cure thermale peut suivant les cas modifier l'état local qui a déclenché la douleur, inhiber l'excitabilité générale ou modérer les réactions du système nerveux. Les eaux thermales, si elles sont antialgiques — et elles le sont même quand elles ne sont pas suffisantes pour agir sur l'évolution des rhumatismes — sont surtout et avant tout modificatrices du terrain.

Encore un point de détail. Les cures thermales ne sont pas toujours indifférentes ni inoffensives. Quand, dans une famille, des personnes accompagnant le malade me demandent de prendre quelques bains, je m'y refuse si elles ne doivent rester que quelques jours, car souvent une crise névralgique ou arthralgique peut survenir.

Ce n'est pas le traitement qui le produit : mais le traitement peut réveiller ou révéler une manifestation latente. Ainsi une jeune dame était venue avec ses enfants passer l'après-midi d'un dimanche à Bourbon-Lancy. Tout le monde se baigne. La jeune maman fut prise dans son bain d'un violent lumbago avec sciatique qui l'immobilisa 3 semaines à la station.

Pour conclure, permettez moi de vous citer deux aphorismes : un d'un médecin de la fin du XVIII[e] siècle Tissot : « On peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun » et l'autre de notre grand Trousseau : « Sans opium il n'y a pas de médecine possible » ce qui est la traduction du mot célèbre de Sydenham « *Praxim nolim exercere si carerem opi.* »

Ce sont évidemment des boutades, mais des boutades qui ont un sens. Quand en pratique, vous êtes sûr de votre terrain, que vous connaissez la cause des douleurs il faut frapper fort et vite, ne pas hésiter à faire de la morphine en cas de colique hépatique ou néphrétique, à donner du salicylate de soude à haute dose en cas de rhumatisme articulaire aigu.

Le plus souvent, il n'en est pas ainsi et surtout en crénothérapie où nous voyons parfois je le répète, des malades des années ou des dizaines d'années après la cause de leurs misères. D'autant que chez eux souvent pour les arthropathes notamment, une même cause vous ai-je déjà dit, peut produire des tableaux cliniques très différents et inversement un même tableau clinique peut être dû aux causes les plus variées. Alors, il vous faudra obtenir le maximum avec le minimum sous peine trop souvent, comme aimait à le dire mon maître Huchard, de faire de la thérapeutique de la lance d'Achille et de vous voir obligés de guérir ensuite les blessures que vous aurez faites. En effet, l'indication thérapeutique qui vise à supprimer la douleur ou du moins l'atténuer dans la mesure de nos moyens — et avec le moindre préjudice pour le malade — doit être considérée comme une des plus urgentes de notre art.

C'est dans cet esprit que je voudrais voir, vous disais-je, plus de collaboration entre les diverses méthodes physiothérapiques qui se réclament du traitement de la douleur. Je voudrais voir, chacun dans sa spécialité, montrer le maximum de bons effets qu'il peut donner non pas dans tous les cas, mais dans des cas très particuliers.

Je vous ai montré combien la chose est difficile. Les indications relatives reposent trop souvent sur des documents inexacts ou tout au moins mal interprétés. C'est ainsi que la plupart des méthodes physiothérapiques ne sont prescrites à des malades qu'après l'échec de plusieurs autres. Or nous voyons bien les cas défavorables au passif de la méthode ; nous ne connaissons pas les cas favorables ou qui ont guéri.

Il me semble que, d'après mon expérience, les méthodes physiothérapiques donnent des résultats immédiats plus brillants. La crénothérapie au contraire, par son action à large effet et à longue portée, donne des résultats plus lents mais je le crois plus durables.

C'est dans ces vues que je me suis efforcé de vous intéresser à l'humble eau chaude et à ses non moins humbles méthodes d'application.

Si vous lui faites confiance vous obtiendrez pour vos malades souvent des améliorations inespérées et parfois même des guérisons définitives. Mais vous aurez la sagesse de savoir vous tenir à égale distance « des intransigeants du scepticisme à outrance et des impénitents de la crédulité sans limite » (HUCHARD).

Considérations générales

Définition de la douleur.
Différences entre les douleurs et les algies.
Plusieurs sortes de douleurs.
Douleurs morales. Douleurs utiles
Douleurs physiques { Douleurs thérapeutiques. / Douleurs à combattre.

Les douleurs dans leurs relations avec la thérapeutique par l'eau chaude.

A) Douleurs :

1) Abcès, phlegmons, panaris.
2) Amygdalite phlegmoneuse.
3) Ostéo périostite des maxillaires.
4) Péri-métro-salpingites.
5) Prostatites, cystites.

B) Algies :

Rhumatismes.
Sciatiques et névralgies.
Cellulite.
Péri-métro salpingite.

Eau chaude :

1) Artificiellement chauffée.

2) Eau thermo-minérale.

Procédés d'applications et indications thérapeutiques.

1) *Eau artificiellement chauffée.*

Compresses : cholécystite appendicites.
Irrigations : amygdalites phlegmoneuses.
Lavements, injections : péri-métrosalpingites.

Bains locaux : entorses.
Bains généraux : brûlures.

2) *Eaux thermo-minérales.*

Bains. Douches sous-marines, douches ordinaires : arthropathies, névralgies.
Etuves : Rhumatisme chronique.
Massage sous l'eau : cellulite, maladie de Dercum.
Injections vaginales : cellulite pelvienne.
Bains locaux : bains de siège.
Résultats thérapeutiques.
Conclusions.

CHRONIQUE

Le phosphure de zinc (1)

La médication par le phosphore a soulevé des polémiques ardentes : elle a été prônée par les uns, considérée comme dangereuse ou comme inefficace par les autres. Il est probable que les raisons de ces divergences radicales tiennent d'une part à une méconnaissance de ses indications physio-pathologiques et cliniques (2) et, d'autre part, à l'inégale valeur des produits employés. En effet, alors que beaucoup d'auteurs se louent de l'huile phosphurée, il semble que ce produit soit très rapidement altéré, d'une part, et que, d'autre part, son goût détestable en rend l'ingestion difficile.

Aussi les chimistes ont-ils cherché une forme active de la médication, une combinaison très stable, sans mauvais goût, permettant un dosage parfait et une administration facile, et ils l'ont trouvée dans le phosphure de zinc (3). Il y a eu un renouveau de la médication phosphorée à partir de 1861, époque à laquelle VIGIER réalisa une préparation satisfaisante du phosphure de zinc (découvert, dès 1740, par MARGRAFF). C'est à ce produit que DUCŒURJOLY a consacré un intéressant travail que nous allons résumer.

***

Le phosphure de zinc ($P^2 Zn^3$) contient le quart de son poids de phosphore, mais, au point de vue toxicologique, il agit comme s'il en contenait le huitième : six centigr. de phosphure de zinc tuent un lapin que tuerait sept à huit milligrammes de phosphore dissous dans l'huile (3).

Pour VIGIER et CURIE la décomposition du phosphure de zinc par l'acide chlorhydrique de l'estomac donne par moitié de l'hypophosphite de zinc, sel absolument inactif à cette dose, et de l'hydrogène phosphoré (avec élimination de chlorure de zinc). C'est cet hydrogène phosphoré seul qui est actif.

Au total, chez l'homme, le phosphure de zinc serait toxique à la dose de 1 gramme.

***

DUCŒURJOLY a étudié le phosphure de zinc : 1° dans les asthénies sans origine bien définie ; 2° dans certains cas de troubles menstruels ; 3° comme aphrodisiaque.

Il a employé des pillules dosées à quatre milligrammes dont il a donné deux, quatre et jusqu'à six et huit par jour.

***

Asthénie. Chez des malades présentant de la lassitude générale incoercible et de la dépression psychique rebelles aux divers toniques, avec céphalées et troubles gastriques, l'auteur a constaté, dès les premiers jours du traitement, une impression de bien-être général très nette, un accroissement du pouvoir musculaire et de l'activité mentale et un contentement tout particulier (huit observations).

***

Troubles menstruels. 1° Le phosphure de zinc est un emménagogue, dans la mesure où il améliore l'état général.

« Des résultats encourageants, dit DUCŒURJOLY, ont été obtenus. Là où les règles étaient trop espacées, trop peu abondantes, précédées de douleurs le plus souvent violentes, le phosphure de zinc a exercé sans conteste une action, dont l'efficacité et la rapidité n'ont pas manqué de nous surprendre. La plupart des malades traitées avec de 8, 10 cc. de folliculine fraîche injectées tous les deux ou trois jours à 7 ou 8 reprises ne provoquaient aucun phénomène anaphylactique.

Après des injections de solution huileuse et aqueuse désalbuminée de folliculine, on n'observa aucune réaction locale.

Traitement annexes. Dans 25 % des cas, du fait de troubles inflammatoires concomitants, on pratiqua des injections intraveineuses de calcium. Dans certains cas, on eut recours à des opérations conservatrices sur les trompes ou les ovaires.

Effets du traitement : Une à quatre heures après l'injection, les malades signalèrent une sensation de chaleur, d'euphorie ou de griserie. Le sommeil devenait meilleur.

L'excitation sexuelle était habituelle. Sensation de gonflement des seins, comme au début des règles ou dans les premières périodes de la gestation. Les castrées disaient ne plus avoir de bouffées de chaleur à la tête, de phénomènes neuro-vasomoteurs et de douleurs de tête.

Il y avait, en général, hypertension.

L'étude de la sécrétion cervico-vaginale montre qu'au bout de 6 heures après l'application de folliculine, on ne voit pas de modifications notables. Au bout de 12 heures après l'injection, et durant 24 h., on constatait une modification de la réaction acide vaginale en réaction alcaline, avec nombre augmenté de cellules épithéliales jeunes ayant des noyaux bien colorables. Au bout de 24 heures, le nombre de leucocytes diminue. Au bout de 36 heures, la réaction vaginale redevient normale ; parfois elle est plus acide, le nombre de cellules épithéliales est peu considérable, le nombre de leucocytes dans les frottis correspond à la normale. Au niveau des fragments pris pour biopsie, nous constatons une hyperémie et la dilatation des vaisseaux, la succulence de l'épithélium.

Après la fin du traitement par la folliculinothérapie, quand les malades sortent de l'Institut du quinzième au trentième jour, elles disaient se sentir pleines d'énergie, leur sphère neuro-psychique était en état d'érotisation, elles étaient pleines d'intérêt pour la vie. On constata une certaine succulence et un gonflement au niveau des organes génitaux dans les cas d'utérus petit, fibreux infantile ou dans les cas d'utérus métropathique. Il faut aussi noter l'arrêt des hémorragies, sans application d'aucune autre méthode de traitement que la folliculine, dans les cas de métropathies hémorragiques, l'augmentation des menstruations, la liquidation de la dysménorrhée, et des syndromes neuro-vasomoteurs chez les femmes castrées et à la ménopause.

Les résultats éloignés, six à dix-huit mois après le traitement, étaient les suivants :

1° dans 75 % des cas, amélioration de l'état général,

2° dans 50 %, augmentation de libido et de la satisfaction sexuelle,

3° dans 25 %, liquidation des hémorragies dues aux métropathies hémorragiques,

(1) D'après Eugène DUCŒURJOLY. — Contribution à l'étude du phosphure de zinc et de son emploi en thérapeutique. (Thèse de Paris, 1929. Jouve et Cie, éditeurs.)

(2) Nous ne saurions trop recommander à ce point de vue la lecture du livre du prof. ACHARD : *Troubles des échanges nutritifs.*

(3) « On pourrait l'appeler, dit le prof. POUCHET, du phosphore maniable », (*Précis de pharmacologie*, 1907, p. 624.)

4° dans 18 % des cas, liquidation de l'aménorrhée et de la dysménorrhée,
5° dans 25 % des cas, installation d'un type normal de menstruations,
6° dans 20 % des cas, augmentation des menstruations,
7° liquidation de la stérilité dans 6 % des cas,
8° diminution de la sécrétion pathologique dans 5 % des cas,
9° dans 10 % des cas, la capacité pour le travail et l'intérêt à la vie ont augmenté,
10° modifications du poids, augmentation ou diminution dans 12 % des cas,
11° dans 20 % des cas, à l'examen interne, on constate la mollesse et la succulence des tissus de l'utérus, alors qu'auparavant ces mêmes tissus étaient caractérisés par leur induration. H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mai 1929.

Deux nouveaux cas de tétanos rapidement guéris par injection intra-rachidienne de sérum antitétanique au cours de la chloroformisation. — *MM. H. Dufour et Mourrut.* — En mars 1925, l'un des auteurs préconisait une nouvelle méthode de traitement du tétanos consistant à injecter le sérum antitétanique dans le liquide céphalo-rachidien pendant la chloroformisation, afin de vaincre la résistance du système nerveux qui, jusqu'à un certain point, est réfractaire à l'action des anticorps contenus dans le sérum. En juin 1926, M. H. Dufour présentait un malade guéri par la même méthode. Des résultats heureux furent obtenus dans les mêmes conditions par MM. avina, Archambaud et Friedman. Les auteurs présentent deux malades, le deuxième en collaboration avec M. Couturat. Tous deux ont guéri rapidement par la mise en œuvre de la thérapeutique préconisée. Un homme de 52 ans, terrassier, blessé à la main, entre à l'hôpital Broussais trois jours après le début du tétanos. En deux jours, il reçoit 130 cc. de sérum antitétanique dans les muscles, son état s'aggrave, il est chloroformé et reçoit pendant l'anesthésie 25 cc. de sérum intrarachidien.

Le soir même, grande amélioration qui s'accentue les jours suivants.

Huit jours après, reprise des spasmes tétaniques, 60 cc. de sérum sont injectés dans les muscles : le lendemain, les crises augmentant et la température atteignant 39°5, une deuxième injection de 25 cc. est pratiquée dans le liquide céphalo-rachidien sous chloroforme. L'après-midi de ce même jour, les crises de contractures douloureuses ont disparu et ne reviennent plus. La sérothérapie intra-musculaire est continuée par prudence cinq jours encore. La température tomb , malade guérit. Il s'est agi d'un cas grave avec forme céphalique et légère paralysie faciale. La guérison du deuxième cas est surprenante par sa rapidité. Un homme de 54 ns, ancien cirrhotique éthylique, ayant subi 19 ponctions d'ascite en 1927, ancien bacillaire, ancien syphilitique, est employé à l'hôpital pour soigner les animaux de laboratoire. Il se blesse avec une écharde de bois à un doigt de la main, quatre jours après, se déclare le tétanos avec trismus, dysphagie, dysphonie, faciès crispé, contracture des membres inférieurs, spasmes le lendemain du jour où sont apparus les premiers symptômes, on injecte sous chloroforme 40 cc. de sérum antitétanique dans le liquide céphalo-rachidien puis dans la journée, 50 cc. intramusculaire. Transformation du malade le soir même ; le lendemain, injection intra-musculaire de 60 cc. de sérum. Les spasmes persistant, 40 cc. de sérum sont encore injectés dans le liquide céphalo-rachidien, grande amélioration le soir même. Deux jours après, le malade est complètement guéri.

La durée du tétanos a été à peine d'une semaine.

M. Harvier se demande si la chloroformisation agit sur le système nerveux et permet une meilleure action du sérum où si elle permet l'injection intra-rachidienne.

M. Paisseau cite à ce propos un cas de tétanos splanchnique post-abortum qui a guéri par la méthode classique. L'auteur pense qu'il faut faire jouer un rôle important dans la guérison du tétanos aux formes cliniques qui peuvent être bénignes ou graves suivant les cas.

A propos du pied tabétique pseudo-syringomyélique. — *M. Lortat-Jacob* à propos d'une observation de M. Favre (de Lyon) s'élève contre la pathogénie admise par cet auteur dans ce qu'il dénomme le méga pied tabétique, qui serait dû à des phénomènes inflammatoires et des traumatismes répétés dans les chaussures. Il s'agit bien de troubles trophiques et pour Lortat-Jacob les troubles sudoraux intenses stigmatisent le pied tabétique à forme pseudo-syringomyélique.

L'épidémie de grippe de l'hiver 1929. — *MM. Bezançon, Chevalley, Pollet et J. Célire* rappellent les caractères qu'a pris la récente épidémie d'affections broncho-pulmonaires qui a sévi cet hiver pendant les mois de janvier, février et mars et la comparent aux grandes pandémies d'influenza de 1889 et 1918. Au cours de l'épidémie récente, les manifestations nerveuses, si caractéristiques de l'influenza, type 1889 et 1918, ont été au second plan ; il en a été de même des phénomènes hémorragiques, bien qu'on ait pu les observer dans quelques cas, mais à un faible degré ; ce qui a dominé, ce sont les phénomènes de catarrhe des voies respiratoires supérieures et les manifestations broncho-pulmonaires graves. D'une façon générale, ces manifestations broncho-pulmonaires, en dehors de leur fréquence et de leur gravité, révélaient le type de manifestations broncho-pulmonaires banales, saisonnières, congestions pulmonaires, contre-pleurite, mais surtout broncho-pneumonies et pneumonies véritables. Elles se sont compliquées souvent de suppurations pulmonaires, mais on n'a observé qu'exceptionnellement les formes cyaniques et asphyxiques. On a assisté en réalité à de véritables épidémies de broncho-pneumonies, puis de pneumonies où manquaient souvent complètement les symptômes de la grippe. Ces phénomènes respiratoires étaient tout à fait différents de ceux que l'on observait en 1918, où prédominaient, du moins aux mois d'août et de septembre, les formes avec cyanose, œdèmes et hémorragies pulmonaires. L'épidémie de l'hiver 1929 se sépare cependant des manifestations saisonnières banales par sa plus grande activité et surtout par sa diffusion. Elle a été mondiale, ou tout au moins européenne, comme l'influenza. Les auteurs disent que, du point de vue épidémiologique et clinique, on peut observer trois types :

1°) Les grandes pandémies types 1889 et 1918, où prédominent les phénomènes nerveux et les complications respiratoires d'un type spécial, qui peuvent sévir en toute saison et même en été ;

2°) Le type catarrhe saisonnier banal d'hiver qui peut revêtir le type épidémique, mais ne donne que des épidémies locales ;

3°) Le type épidémique actuel, difficile à classer, qui a déjà été observé en 1904, où il y a caractère de pandémie mondiale, mais où les phénomènes de l'influenza sont désuets, où il semble qu'il fait plutôt des signes de catarrhe, de broncho-pneumonie et de pneumonie.

La difficulté de classification provient encore du fait que, même dans les épidémies d'influenza 1889 et 1918, on assiste à certains moments, comme l'a bien montré Jacquet à Bourges, à de véritables épidémies banales de broncho-pneumonies contagieuses.

Un cas de léontiasis ossla. — *MM. de Massary et Boquiem* rapportent un cas de leontiasis ossea ayant débuté chez un malade de 57 ans, et caractérisé par des troubles de compression encéphalique (paralysie des nerfs craniens, hémiplégie) une déformation cranio-faciale considérable ; à la radiographie image floconneuse des os du crâne et de la face. L'examen anatomique des os du crâne montra que la calotte cranienne avait un poids de 2.200 gr., un diamètre transversal de 21 cm. et antéro-post. de 24 cm., une épaisseur de 4 cm. 5 en certains points. Les auteurs présentent les photographies et ra-

diographies du squelette, dont l'examen histologique montra les lésions habituelles de la leontiasis ossea.

MM. Hallé et Apert insistent sur la date de début de la maladie pour le diagnostic de la maladie de Paget. Le premier débute dans l'enfance et garde comme un caractère différentiel d'être une hypertrophie osseuse localisée, alors que dans la maladie de Paget, le début peut être tardif et les hypertrophies osseuses plus ou moins généralisées.

Etat subfébrile permanent dans la tétanie latente. — *M. Théohari* rapporte un cas de tétanie latente avec état subfébrile permanent, diminution de calcium du sang dans lequel la recalcification a amené la disparition rapide et complète de la fièvre.

Action de l'émétine dans les cas de bronchites sanglantes ou fétides à fuso-spirilles. — *M. Théohari* a obtenu la guérison rapide de bronchites sanglantes à fuso-spirilles par l'emploi de l'émétine (0.04 centg. par jour).

Séance du 31 mai 1929.

Méningite tuberculeuse guérie. — *M. André Cain*, à propos de la communication de M. Jousset, rapporte la guérison spontanée d'un cas de méningite tuberculeuse de l'adulte, identifiée par l'inoculation au cobaye et la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

Deux cas d'abcès pulmonaires non amibiens rapidement améliorés par le traitement émétinien. — *MM. Brulé, Laporte et Ragu* rapportent les observations de deux malades atteints d'abcès primitifs du poumon qui, malgré leur gravité apparente, guérirent parfaitement, après avoir été traités par des injections de chlorhydrate d'émétine. Dans le premier cas, l'abcès était volumineux, l'expectoration fétide, l'état général grave, malgré l'absence presque complète de fièvre. L'amélioration ne commença qu'avec le traitement émétinien et la rétrocession de l'abcès fut alors rapide. Une rechute survint qui ne fut enrayée que par la reprise des injections d'émétine. Dans le second cas, l'abcès, plus petit, était situé à la partie supérieure du poumon droit : l'état général était précaire, la fièvre élevée. L'émétine améliora rapidement tous les symptômes, mais le traitement ayant été cessé, un second petit abcès apparut en dessous du premier, tandis que se montrait une adénopathie sus-claviculaire ; la reprise du traitement amena la guérison. Dans aucun des deux cas, il ne fut pas possible de déceler des antécédents justifiant l'hypothèse d'amibiase pulmonaire, et c'est pour vérifier l'action de l'émétine dans les abcès *non amibiens* du poumon que le médicament fut employé. Or, son action favorable parut nette. Peut-être ces abcès eussent-ils guéri spontanément, mais rien ne permet de l'affirmer et on conserve l'impression d'avoir singulièrement hâté la rétrocession des poches purulentes, suivies par des radiographies répétées. L'action rapide de l'émétine dans ces cas s'explique mal par l'hypothèse de Iagnow qui croit que le médicament augmente la résistance de l'organisme. Comme dans la plupart des abcès du poumon, l'agent pathogène n'a pas été précisé, l'examen bactériologique des crachats devant être considéré comme insuffisant et la ponction n'ayant pas été faite ; on peut se demander si ces abcès, d'un type relativement bénin, ne sont pas dus à un agent pathogène spécial, sensible à l'action chimique de l'émétine.

M. Chauffard considère que les abcès qui cèdent à l'émétine de façon brusque sont d'origine amibienne.

M. Rist partage l'opinion de M. Chauffard et cite des exemples qui montrent que l'origine amibienne est quelquefois difficile à retrouver.

M. Bezançon dit avoir observé, au cours de la grippe, des abcès du poumon guérissant facilement et dont l'origine amibienne paraît peu vraisemblable.

Sur la maladie exostosante. — *MM. André Léri et F. Layani* rapportent un cas de maladie exostosante caractérisée par le nombre et le volume vraiment remarquable de ses exostoses ostéogéniques. Ces productions osseuses gênantes et souvent douloureuses ont amené le malade à en faire pratiquer pour la deuxième fois l'exérèse chirurgicale. A ce propos, se fondant sur un grand nombre de radiographies et de projections, les auteurs montrent la « systématisation relative » des exostoses qui ne sont d'ailleurs qu'un des symptômes d'une maladie plus générale qui comprend ; 1° des modifications de l'architecture osseuse ; 2° l'amincissement et l'inflexion de certains os ; 3° des troubles du développement en longueur. L'arrêt de développement du cubitus net et constant reste un des caractères les plus précieux de cette véritable maladie exostosante dont l'étiologie est encore obscure.

Syndrome douloureux et paralytique avec troubles trophiques (ébranlement des dents), anémie et manifestations viscérales. — *MM. A. Lemierre et Etienne Boltanski* rapportent l'histoire d'une femme de 26 ans qui présenta un syndrome caractérisé par des algies diffuses, puis des paralysies extenso-progressives, avec atrophie musculaire rapide, qui entraînèrent la mort au bout de deux mois par atteinte des muscles inspirateurs et asphyxie. Cette observation se rapproche beaucoup de celle qu'un des auteurs a récemment publiée avec M. J. Lhermitte et Etienne Bernard. Il y eut également ici un trouble trophique spécial consistant en un ébranlement des deux premières molaires supérieures droites. De plus, la malade présenta une anémie très accentuée (autour de 2 millions de G. R.) des symptômes pulmonaires assez intenses, mais fugaces, au milieu de la maladie et une poussée transitoire d'azotémie, un gros foie et une grosse rate. Enfin, on vit survenir chez elle une grosse tumeur dans la profondeur de chaque fesse et une petite tumeur dure et blanchâtre à la face antérieure de la gencive inférieure. L'autopsie n'ayant pu être pratiquée, la nature de ce singulier syndrome demeure obscure. L'évolution fébrile des accidents plaide en faveur d'une infection, mais la présence des tumeurs et de l'anémie pose la question d'un processus néoplasique.

Présentation d'un cas de scaphocéphalie. Nosographie des dysostoses craniennes. — *MM. Papillault et Henri Desoille.* — A propos d'une famille dont un membre est atteint de scaphocéphalie et l'autre de dysostose cranio-faciale probable, les auteurs présentent une série de très beaux crânes atteints de scapho, d'acro, de trigonocéphalie et de dysostose cranio-faciale. Ils soulignent les différences anatomiques de ces affections et rejettent l'emploi du terme d'oxycéphalie dont la signification est devenue imprécise. Tout en proposant une classification morphologique simple, ils montrent la possibilité d'une conception uniciste.

Syndrome agranulocytaire chez les syphilitiques traités par l'arsénic et le bismuth. — *M. Mouquin.*

Bourrelet sous-unguéal et stries transversales des ongles, chez un syphilitique. — *M. Milian.*

Séance du 7 juin 1929.

Un cas typique de dysostose cranio-faciale. — MM. *Monthus et Chennevière* présentent un cas typique de dysostose cranio-faciale. Les malformations osseuses sont au complet, les signes oculaires des plus marqués ; la notion familiale et héréditaire fait défaut. A cette occasion est présentée une pathogénie tendant à classer cette dystrophie comme une forme clinique d'un groupe de dysplasies systématisées aux os des membranes et qui comprenait encore : la dysostose cléido-cranienne de Pierre Marie et Sainton, le crane en tour, la scaphocéphalie, l'acrocéphalie, la trigonocéphalie et la microcéphalie. Les auteurs proposent une thérapeutique chirurgicale valable pour la maladie de Crouzon et l'oxycéphalie, qui permettrait peut-être d'éviter à ces malades la cécité.

M. *Crouzon* présente à ce propos le malade qui fut l'objet de sa première description de dysostose cranio-faciale.

Cinq cas de suppuration pulmonaire à guérison apparente rapide au cours de l'épidémie de grippe. — MM. *Bezançon, Chevalley et Oumansky.* — Une des caractéristiques de l'épidémie dite de grippe de cet hiver a été la fréquence des suppurations pulmonaires à pyogènes. Les auteurs ont pu en observer cinq

cas suivis de guérison momentanée dans le service de la clinique de l'Hôpital St.-Antoine.

Quatre de ces suppurations étaient dues au pneumocoque, une au streptocoque.

Les auteurs signalent la difficulté du diagnostic avec la pleurésie purulente interlobaire et surtout avec la pleurésie purulente enkystée de la grande cavité.

L'examen radiologique en position frontale est tout à fait insuffisant et il faut multiplier les examens radioscopiques et même radiographiques en oblique. On voit alors que l'ombre n'atteint pas les parois externes du thorax et on se rend mieux compte de l'aspect si nettement ovoïde de l'abcès, dans son segment inférieur surmonté par une ligne de niveau : A lui seul, cet aspect en cupule ne permet pas de distinguer l'abcès du poumon de la pleurésie enkystée.

Les auteurs insistent sur la curabilité de ces formes même en l'absence de thérapeutique spécifique, et surtout sur le nettoyage radiologique qui se produit en quelques mois. Tout en faisant encore des réserves sur l'avenir de ces guérisons trop récentes, ils ont pensé qu'il était intéressant de souligner la bénignité relative de ces suppurations, pour le pronostic desquelles la nature bactériologique de la collection enkystée a peut être plus d'importance que le siège intrapulmonaire ou pleural.

M. *Bezançon* insiste à propos de sa communication sur les difficultés du diagnostic de l'abcès du poumon. Il cite à ce sujet le cas d'une pleurésie purulente de la grande cavité qui fut prise avant l'intervention pour un abcès du poumon.

M. *Brulé* partage l'opinion de M. Bezançon ; certains abcès peuvent s'ouvrir dans l'interlobe et en imposer pour une pleurésie. Au point de vue bactériologique, M. Brulé pense qu'il s'agit dans ces abcès du pneumocoque ou du streptocoque.

M. *Lemierre* fait remarquer qu'à la ponction, s'il s'agit d'abcès pulmonaire, on retire toujours dans le liquide ou le sang des microbes ; alors que dans les pneumopathies, la ponction du poumon ne permet de cultiver aucun microbe. Il fait une exception pour les affections à pneumobacilles de Friedlander.

M. *Rist* souligne malgré la difficulté du diagnostic, l'importance des données radiologiques. Il pense que la même difficulté persiste dans la thérapeutique des abcès du poumon. Si certains guérissent spontanément, d'autres ne guérissent pas sans intervention et il est impossible de répondre de l'évolution. Doit-on opérer ? Doit-on pratiquer un pneumothorax artificiel ? Doit-on attendre ? Il est bien difficile au début de répondre à ces questions.

Septicémie à diplococcus crassus avec méningite suppurée et fièvre pseudo palustre chez un enfant de 7 ans. — MM. *Raillet, Téchoueyres, Ginsbourg et Mlle Pillement* (de Reims). — Il s'agit d'une méningite suppurée à évolution fébrile prolongée pendant 2 mois et terminée par la guérison. Présence de diplococcus crassus dans le liquide céphalo-rachidien et le sang. C'est un diplocoque en grain de café prenant le gram. Il existe quelques observations, et chose curieuse, ces méningites s'observent parfois à titre sporadique au cours d'épidémies à méningocoques légitimes. Dans le cas présent, 2 enfants du voisinage avec qui jouait le malade convalescent furent atteints de méningite cérébro-spinale à méningocoques.

L'administration de l'insuline en solution huileuse. — M. *O. Leyton* (de Londre) pense qu'il y aurait intérêt à administrer aux malades diabétiques l'insuline d'une façon lente et continue, on éviterait ainsi les accidents d'hypoglycémie et on aurait une courbe plus régulière du sucre sanguin. On peut arriver à ce résultat en émulsionnant l'insuline dans un excipient huileux. C'est l'huile de ricin, capable de garder en suspension 100 unités d'insuline par centicube qui paraît le mieux appropriée à cet usage. L'injection doit être sous-cutanée ; on la fait une seule fois par jour, le matin avant le lever. Des courbes de glycémie montrent que le taux du sucre sanguin est soumis à de moins grandes fluctuations par cette méthode que par celle des injections pré-prandiales d'insuline en solution aqueuse.

A propos des anémies biermériennes hépato-résistantes. — MM. *Léon Blum et C. Van Caulaert.* — Les auteurs relatent les observations de cas d'anémie biermérienne qui n'ont pas été améliorés par l'emploi de certains extraits hépatiques, alors qu'elles ont réagi favorablement à l'action du foie de veau ou d'extraits d'autre provenance. Nombre d'extraits hépatiques préconisés comme succédanés du foie de veau sont dépourvus de toute activité. La nécessité d'un contrôle rigoureux de l'activité de ces extraits s'impose. Le contrôle doit se faire sur des anémies biermériennes typiques et non sur toutes les anémies. Seuls les extraits donnant une amélioration rapide avec poussées d'hématies réticulées dans le sang doivent être considérés comme efficaces. En se servant du foie de veau et d'extraits hépatiques actifs, les auteurs n'ont pas encore rencontré d'anémie biermérienne hépato-résistante.

Phénomène de Marcus Gunn héréditaire. — MM. *André Léri et Jean Weill.* — Le phénomène consiste en une synergie entre les mouvements de la mâchoire et l'élévation de la paupière supérieure. Cette curieuse association fonctionnelle a été signalée chez des sujets ayant ordinairement un ptosis unilatéral congénital. Le malade présenté élève la paupière gauche quand il ouvre la bouche et quand il dévie la mâchoire vers la droite. Il présente, en outre, un ptosis gauche et de l'asymétrie faciale avec une hémiface gauche plus petite que la droite. Sa fille a la même asymétrie faciale sans ptosis ni allergie maxillo-palpébrale. Sa mère a un ptosis bilatéral avec élévation de la paupière droite dans la diduction vers la gauche et réciproquement, le relèvement de chacune des paupières exagérant en outre la blépharoptose de l'autre cô é. Il semble bien que ce soit la contraction exclusive du pterygoïdien externe qui détermine le relèvement de la paupière du même côté. La pathogénie de cette anomalie est toute hypothétique. Ses rapports avec les mouvements de syncinésie font penser qu'il s'agit d'une malformation supranucléaire ou corticale.

Bradycardie paroxystique survenue à la suite d'une hématomyélie traumatique. — M. *de Gennes.* — Les observations de bradycardie paroxystique d'origine pneumogastrique sont assez rares. Celle-ci tient son intérêt de son étiologie, l'extrême longueur des cures bradycardiques et enfin l'action en apparence paradoxale de la digitaline sur les accidents. Il s'agit d'un homme de 76 ans atteint d'hématomyélie traumatique chez qui s'installèrent 8 jours après l'accident, des crises de suspension du pouls allant jusqu'à 25 secondes et s'accompagnant d'accès épileptiformes.

Les épreuves classiques plaident toutes en faveur de l'origine sinusale des accidents. Seule la digitale à doses marquées, a obtenu la sédation des accidents, réalisant ainsi une dissociation auriculo-ventriculaire complète, rendant au rythme cardiaque sa régularité.

M. *Donzelot* pense que la digitale peut être employée avantageusement dans ces cas.

Un cas d'aleucie hémorragique. — MM. *Chevalier et Flandrin* rapportent un cas avec syndrome purpurique, anémie, diminution des globules blancs neutrophiles. Ce dernier signe aurait une grande valeur pronostique. Dans ces cas, toute tentative thérapeutique échoue. Il s'agit d'un syndrome toxique dû aux arsenicaux.

Deux cas d'agranulocytose chez des syphilitiques traités par le novarsénobenzol et le bismuth. — MM. *Mouquin et Fleury*, à propos de la communication de M. Aubertin sur deux cas mortels d'agranulocytose chez des syphilitiques en cours de traitement, présentent deux observations d'agranulocytose terminées par la guérison, apparues au cours d'un traitement par le 914 chez l'un, par le bismuth chez l'autre. Il y eut une leucopénie importante chez le premier, insignifiante chez le second. Aucun des deux n'eut d'angine nécrotique, ni d'hémorragies.

Deux points hématologiques importants furent observés : l'augmentation du chiffre absolu des mononucléaires et une éosinophilie de 10 %. Celle-ci, jusqu'à présent, signalée une seule fois dans un cas curable, paraît devoir être interprétée comme un élément de pronostic favorable. René GIROUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai 1929.

Applications du sérum de bovidés jeunes à la thérapeutique infantile. — *Mme le Dr G. Pouchet-Soufflard.*

Troubles régulateurs de la glucose dans la parotidite épidémique. — *MM. Mironesco, Nicolicesco et Stefanesco-Dina.*

Fonctionnement de la crèche dépositaire des Enfants-Assistés et de l'Abri maternel des Bouches-du-Rhône en 1928. — *M. Cassoute.*

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). — Classement des candidats : en première ligne, M. Le Noir ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Lereboullet, de Massary, Rathery, Ravaut et Rist ; adjoints par l'Académie ; MM. Crouzon, Laignel-Lavastine et Loeper.

Au premier tour de scrutin, M. Le Noir obtient 50 voix sur 69 votants ; M. Ravaut obtient 12 voix ; M. de Massary, 4 voix ; M. Rist, 3 voix.

M. Le Noir, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 mai 1929

Humorisme et organicisme. — *M. P. Gallois* reconnaît que depuis une trentaine d'années, la médecine abandonne l'étude des lésions des organes pour s'adonner à celle des altérations humorales, mais il considère qu'il ne faut pas parler à ce sujet d'une renaissance de l'humorisme et du déclin de l'organicisme. Les recherches humorales modernes ne sont pas si exclusives, elles n'annulent ni l'anatomie, ni l'histologie pathologiques pas plus que la bactériologie ou la parasitologie. Elles s'y ajoutent et les complètent. Il n'y a pas à opposer un humorisme à un organicisme. La distinction est importante à faire, parce qu'à l'étranger, on prétend baser toute la médecine sur les altérations humorales en dénigrant les recherches anatomiques antérieures. Les médecins français qui ont été les promoteurs de ces études nouvelles avec Brown Séquard, Ch. Richet et Widal, font preuve de plus d'esprit scientifique en se tenant scrupuleusement sur le terrain des faits.

Ablation rapide d'une tumeur thyroïdienne chez une femme en état d'apnée. — *M. Victor Pauchet* — Cancer thyroïdien, asphyxie complète, opération d'urgence consistant à enlever en quelques minutes la thyroïde cancéreuse. Cette opération fut possible grâce à ce qu'on injecta de l'oxygène sous la peau. Cet oxygène dans les tissus suffit à entretenir la vie pendant quelques minutes. La tumeur fut extraite, la respiration artificielle ramena la vie. La malade mourut de syncope le lendemain.

Sérofloculation à la résorcine et sédimentation dans les tuberculoses. — *M. Tilmant*, répondant à la communication de M. Hinault du 27 avril, fait remarquer que les objections présentées ne le sont qu'au point de vue des réactions considérées individuellement, mais qu'il a insisté surtout sur la liaison entre les réactions de floculation, de fixation du complément et de la sédimentation.

Bases bio-chimiques de la diététique dans l'albuminurie et l'azotémie. — *M. L. Lematte* désire poser le problème avec précision. L'albuminurie doit être constatée à plusieurs jours d'intervalle. On doit vérifier si elle est ou non accompagnée de cellules rénales ou de bactéries. Il est indispensable d'instituer des épreuves pour la perméabilité du rein au NaCl. L'azotémie sera étudiée. L'auteur appelle l'attention sur le danger que peuvent faire courir au malade les oxydes métalliques qui accompagnent l'azote dans les aliments très minéralisés. On devra prescrire ceux riches en potasse et pauvres en sodium.

P. Prost.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 1er juin 1929.

M. Rouvillois a retrouvé un album de David d'Angers, où sont groupés les plans, les dessins du monument de Dominique Larrey, du Val-de-Grâce et la correspondance entre l'artiste, Hippolyte Larrey et le ministère de la guerre. Les dessins de cet album permettent de mieux connaître l'œuvre du sculpteur, notamment pour les bas-reliefs représentant des batailles de l'empire. *M. Ménétrier* fait remarquer que la statue paraît disproportionnée alors que le dessin est correct. David d'Angers n'a pas tenu compte de la déformation d'un corps, vu d'en bas.

M. Barbillon étudie les travaux de La Condamine sur la variolisation. Le premier mémoire date d'avril 1754. La Condamine, savant de valeur, n'était pas médecin. Grand voyageur, il avait fait partie de la mission de l'Equateur chargée de calculer le méridien terrestre.

Humanitaire, il était épris de progrès et professait comme ses contemporains le culte du rationalisme. Curieux de tout, il avait volé de menus objets dans un bazar de Constantinople pour éprouver les effets de la bastonnade ; plus tard il avait soudoyé le bourreau pour parvenir jusqu'à l'échafaud de Damiens ; enfin devant être opéré de hernie, il avait prié le chirurgien d'être lent, pour suivre toutes les phases de l'intervention. Le mémoire de 1754 fut suivi de deux nouvelles brochures en 1758 et 1765. En 1764 avaient paru ses *Lettres sur l'état présent de l'inoculation en France*. En 1773 il publiait une *Histoire de l'inoculation.*

Tous ces travaux portent la marque d'un esprit clair et ordonné jusqu'à en paraître un peu monotone. Il lit tout, s'informe de tout, mais manque d'expérience personnelle. Son enthousiasme le soutient dans toute cette campagne. Et c'est à lui qu'il demande les arguments pour répondre aux questions : A-t-on le droit de créer des varioles artificielles ? L'inoculation est-elle vraiment efficace ?

La variolisation était d'une pratique assez fréquente en Orient depuis longtemps. Des matrones inoculaient les femmes de harem pour protéger leur beauté contre la maladie, avec du pus recueilli le 10e jour de la maladie. Cette méthode tirait de son origine le nom de byzantine.

Elle fut appliquée pour la première fois à Londres par Lady Montague, puis par la princesse de Galles qui fit inoculer six criminels « avant de soumettre son auguste famille à cette opération ». Ce fut le début d'une ère de querelles médicales et ecclésiastiques qui dura trente ans. En 1746 pourtant, un hôpital spécial pour la variolisation était créé en Angleterre ; les médecins anglais se ralliaient. En 1755, le Dr Hosty ami de La Condamine se rendait en Angleterre pour étudier les résultats de l'inoculation, et rendait compte des inoculations qu'il avait suivies dans les journaux. Tronchin, Hosty, Petit et le docteur Kirkpatrick variolisaient les jeunes princes de la maison d'Orléans et le compte de Gisors, neveu du maréchal de Belle-Isle, Louis XVI lui-même se faisait incouler. Dès lors l'inoculation fut à la mode.

Philippe Hecquet, Gaullard et un certain nombre de leurs confrères attaquèrent La Condamine, reprochant à la méthode ses accidents et de répandre partout le virus. Les choses en étaient là quand Jenner, qui avait été inoculé lui-même et avait manqué d'en mourir inventa la vaccine.

M. Bugiel étudie les hôpitaux polonais pour les blessés de guerre français de 1807 à 1914. Il montre la continuité de la fraternité d'armes entre les deux peuples depuis Napoléon et lit des pages émouvantes sur les sacrifices de toutes sortes que s'imposent les Polonais pour sauver les blessés français.

Jean Vinchon.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Conduite à tenir en présence de corps étrangers de l'œil.

Par le Dr Albert FAVORY
Chef de Clinique Ophtalmologique.

Les corps étrangers de l'œil sont justiciables de thérapeutiques variables en raison de leur localisation, de leur importance, de leur nature et surtout de leur fixité ou de leur pénétration dans l'œil.

On distingue à ce point de vue trois cas différents :

1° Les corps étrangers mobiles ;
2° Les corps étrangers fixés ;
3° Les corps étrangers intraoculaires.

Les corps étrangers mobiles seront facilement enlevés. Dans la plupart des cas, ce sont des cils ou des poussières qui auront tendance par le battement des paupières et la sécrétion lacrymale à migrer vers l'angle interne où on les retrouvera facilement.

Il suffira dès qu'on les aperçoit de les retirer avec un fragment de coton imbibé d'eau stérile et monté sur une sonde à voies lacrymales. Si ces corps étrangers sont très nombreux, on fera un grand lavage de la conjonctive avec du sérum physiologique ou simplement de l'eau distillée et au besoin, on instillera ensuite quelques gouttes d'argyrol.

Les corps étrangers se fixent en trois points : sur la cornée, sur la conjonctive bulbaire, sous une des paupières.

Il faudra donc d'abord examiner la cornée à l'éclairage oblique et s'aider d'une loupe au cas où le corps étranger serait très petit. Il sera facilement extrait après anesthésie à la cocaïne, s'il est superficiel, avec l'aiguille de Bowman ou même à l'aide d'un coton s'il est très peu adhérent. Les corps étrangers plus profonds exigeront une extraction plus complète en particulier, les corps étrangers métalliques qui s'entourent d'une zone de rouille qu'il faut curetter à l'aide de la gouge. Mais déjà, ces interventions ressortissent à la chirurgie oculaire et devront être confiées au spécialiste.

Les corps étrangers de la conjonctive bulbaire seront souvent assez difficiles à extraire et exigeront la même instrumentation que pour la cornée.

Si le corps étranger n'est rencontré ni sur la cornée, ni sur le bulbe, il doit se trouver fixé sous une des paupières.

Le plus souvent, on le trouve sous la paupière supérieure appliqué sur la conjonctive tarsienne près du bord libre.

Le blessé d'ailleurs localise le point douloureux lui-même à une des paupières et permet ainsi de limiter le champ des recherches.

Si le corps étranger siège à la paupière inférieure, il suffira de faire regarder le malade en haut et de tirer sur la paupière pour découvrir le cul-de-sac et l'explorer facilement. A la paupière supérieure, l'exploration est plus difficile car il faudra retourner la paupière. Pour ce faire, commander au malade de regarder en bas, l'œil ouvert, on saisit alors entre le pouce et l'index d'une main, le bord ciliaire de la paupière, le pouce de l'autre main appliqué au bord supérieur du tarse. Il suffit alors de tirer le bord de la paupière légèrement en haut pendant que le pouce tarsien presse vers le bas et fait basculer le tarse.

La paupière retournée, on pourra enlever le corps étranger. On pourra s'aider de l'aiguille s'il est adhérent.

Les corps étrangers très petits seront souvent difficiles à extraire, il faudra alors avoir recours à un grand lavage de la conjonctive en retournant les paupières : quant aux corps étrangers profonds, leur traitement sera toujours du domaine du spécialiste. Ils pourront être fixés profondément dans les lames de la cornée, pénétrer dans la chambre antérieure et même dans le cristallin et le vitré.

Chaque cas exigeant la mise en œuvre de techniques spéciales.

Cependant, le praticien ne devra pas méconnaître l'existence d'un corps étranger pénétrant. Ceux-ci souvent passent inaperçus parce que leur symptomatologie est souvent fruste. La douleur qui accompagne la pénétration est parfois minime. La réaction qui suit immédiatement et même quelques jours après, n'est pas toujours très marquée. Il faudra donc rechercher avec soin la porte d'entrée et le trajet du corps étranger à travers les différentes membranes oculaires. Au niveau de la cornée, il persistera souvent un petit leucome. Dans l'iris, on pourra retrouver une perte de substance ; enfin, le cristallin présentera parfois des modifications dans sa transparence à savoir une cataracte traumatique plus ou moins complète. La constatation de tels signes imposera une radiographie de l'orbite face et profil en ayant bien soin de faire deux poses de chaque, ordonnant au malade de mouvoir son œil pour s'assurer si le corps étranger est bien intra-oculaire partant mobile en même temps que le globe.

Enfin, au cas où l'on soupçonnerait la présence d'un corps étranger magnétique, il faudra demander une exploration à l'électro-aimant.

A ce sujet, il faut remarquer que les corps étrangers intraoculaires résultent souvent du choc d'un instrument d'acier contre un corps dur (pierre, marbre, etc.). Dans ces cas, c'est toujours un fragment de l'instrument d'acier qui se détache pour pénétrer dans l'œil.

Dans de tels cas, il sera bon de penser que le fragment magnétique est intraoculaire et qu'une exploration à l'électroaimant est nécessaire.



ACTUALITÉS

Le X[e] Salon des Médecins

Le Salon des Médecins, toujours organisé de la façon la plus remarquable par notre excellent et dévoué confrère Paul Rabier, a revêtu cette année un éclat tout particulier.

Son inauguration eut lieu en présence du Maréchal Lyautey dont chacun sait l'interêt qu'il porte au Corps médical et qui, accompagné d'une nombreuse suite, s'arrêta longuement devant les principaux envois.

Puis ce fut, au cours de la semaine, une visite collective de plusieurs membres du Jury du Salon des artistes français, au nombre desquels nous avons noté la présence de Charles Léandre, Lucien Jonas, Van de Put, et du Salon des humoristes représenté par Neumont, Villa, Point, Ranson etc., qui par ce geste charmant, tinrent à affirmer à leurs confrères amateurs leur vive sympathie en même temps que leurs précieux encouragements.

Signalons en passant que ces grands artistes qui ont un grand cœur ne sont pas venus les mains vides et que tous ont remis à Mme Jayle, la zélée vice-présidente de la Société de secours pour les veuves et enfants des médecins, de très belles gravures pour la tombola.

Nous avons eu l'honneur et la bonne fortune d'accompagner cette intéressante visite, semi-officielle, aussi sommes-nous tous particulièrement bien placé cette année pour faire un compte rendu judicieux de cette exposition.

Daus l'ensemble la qualité dominante est la conscience, le souci d'un dessin exact, la sincérité et le bon goût dans la couleur qui écartent tout penchant vers les extravagances des nouvelles écoles d'avant-garde.

Dans la section de peinture, d'aquarelle, de dessin et de pastels les œuvres les plus remarquées sont celles de MM. Barbier avec des roses d'une grande fraîcheur, Chrétien avec Brumes et Vieillesse, Charnaux (de Vichy) avec de très beaux pastels, Caussade, auteur de spirituels dessins à la plume, Grimbert, de ravissantes aquarelles, Jahan, un délicieux sous-bois, Mme Macaigne, un paysage d'un très joli coloris, Mlle Lévy-Engelmann, d'exquises miniatures, MM. Peugniez, un charmant portrait au crayon, Rendu, de belles aquarelles, Mme Richard, un vieux pot de pharmacie, Fassilly, de belles études d'arbres.

A la gravure : MM. P. Antoine, le portrait de l'auteur en médecin lithographe, médaillé au Salon des Artistes français, de Hérain, deux gravures très artistiques : le Berceau et le Juif marocain.

A la sculpture : le Prof. Hayem : un beau médaillon de Laennec, de Hérain : la belle médaille du D[r] Pauchet, Philibert : un joli buste de sa fille, Villandre : Trois enfants et St-Vincent-de-Paul.

Aux arts décoratifs : Mlle Viviane Saint-Paul ; Mlle Henne et M. Oliviero avec de très belles céramiques à reflets métalliques.

Nous nous excusons de ne pouvoir, faute de place, mentionner tous les envois et citer tous les auteurs qui tous méritent sinon d'être félicités, du moins vivement encouragés à persévérer dans un art qui procure tant de salutaire délassement et de douces satisfactions.

Pour clôturer dignement ce beau salon et fêter comme il convenait son 10e anniversaire un dîner sous la présidence du Maître Charles Léandre, grande médaille d'honneur des Artistes français, réunissait le 5 juin, dans les Salons du restaurant du *Journal*, un grand nombre d'exposants désireux de se grouper autour du si dévoué confrère et grand animateur qu'est notre ami le D[r] Paul Rabier et de lui témoigner leur vive sympathie ainsi que toute leur gratitude.

Cette charmante réunion, organisée par nos confrères Caussade et Antoine, fut des plus réussies : le cadre était intime, le menu parfait, l'atmosphère des plus cordiales et les conversations très animées. Parmi les convives nous avons remarqué la présence des Professeurs Grimbert, Tassilly, Philibert, Peugniez, des D[rs] Jayle, Janet, Wathelet Destouches,... des artistes Villa, Point, de Hérain..., de MMmes Jayle, Caussade, Philibert, Destouches, Mauchant, Georgos Villa, Paul Antoine...

Au dessert, de délicieuses et spirituelles allocutions et improvisations furent prononcées par Paul Rabier, Caussade, Jayle, Wathelet et Léandre, elles furent très goûtées et très acclamées.

Une partie artistique au cours de laquelle notre ami le D[r] Destouches, secrétaire général de l'Orchestre médical, fit apprécier son beau talent de compositeur et d'exécutant et Mme Jeanne Guiomie avec Vanden Streeck, de l'Opéra-Comique, furent très applaudis, termina cette brillante soirée qui eut tant de succès, que la proposition de conserver aux organisateurs leur mandat et de se donner rendez-vous au banquet de l'an prochain fut approuvée d'enthousiasme.

P. A.

BIBLIOGRAPHIE

Le métabolisme basal, par Marcel Labbé et Stévenin. Un volume de 344 pages avec 31 figures : 40 fr. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Si la mesure des échanges respiratoires parallélement à la calorimétrie a permis d'éclaircir bien des problèmes ayant trait à la nutrition, en ce qui concerne l'étude de ce qu'on appelle les maladies de la nutrition, ses applications sont, à l'heure actuelle, assez restreintes.

Par contre, il est un groupe d'affections, pour lesquelles il ne semblait pas, de prime abord, que cette recherche dût offrir un grand intérêt, où l'étude des échanges respiratoires s'est montrée constituer le meilleur adjuvant de l'examen clinique : ce sont les affections des glandes endocrines et tout particulièrement les troubles de la thyroïde. L'acquisition est importante, car on sait combien est complexe et encore obscure cette pathologie des glandes à sécrétion interne, voisine, à certains égards, de la pathologie du grand sympathique, elle aussi encore peu déterminée.

Le pilier le plus solide auquel on puisse s'accrocher est fourni par le métabolisme basal, c'est-à-dire par l'étude du fonctionnement de la nutrition à l'état élémentaire, au moyen de l'examen des échanges respiratoires.

A l'heure actuelle, la mesure du métabolisme basal est une méthode suffisamment précise et étudiée pour qu'elle puisse entrer dans la pratique des examens de laboratoire, mais elle doit répondre à certaines nécessités de précision, à certaines facilités d'application, qui lui ont longtemps manqué, mais qui ne lui font plus défaut actuellement, bien qu'elle soit encore une opération délicate dont l'application doit être surveillée.

On trouvera dans cet ouvrage nn exposé complet des applications possibles de la mesure du métabolisme en pathologie et des techniques à employer.

La dyspepsie transitoire des nourrissons, par le Dr Alfonso G. Alarcon (Mexico). Un volume in-16 140, pages : 10 fr. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

M. le professeur Marfan, dans une lettre-préface adressée à l'auteur, s'exprime ainsi :

« Les faits que vous avez groupés sous ce nom de : Dyspepsie transitoire des nourrissons, sont d'observation courante. Vous les avez analysés minutieusement et vous avez cherché à les expliquer en vous fondant sur les acquisitions les plus récentes de la physiologie du jeune enfant. Peut-être trouvera-t-on votre systématisation un peu excessive et en discutera-t-on quelques points, en particulier en ce qui concerne l'hypervagotonie et le signe d'Escherich. Mais, dans l'ensemble, votre essai d'interprétation est très intéressant et fait naître d'utiles suggestions pour l'étiologie et la thérapeutique.

Le biotropisme, par le Dr G. Milian, 1929. Un volume de 263 pages, avec figures et tracés. J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris 6e.

L'auteur, à l'occasion des traitements par les médicaments antisyphilitiques (606, mercure, iodure de potassium, bismuth), a été à même de découvrir un ordre de phénomènes capables d'expliquer bien des inconnus des réactions de l'organisme vis-à-vis des agents médicamenteux : chimiques, physiques, et de celui-ci vis-à-vis des infections et des toxines. Cet ordre de phénomènes est régi par le biotropisme, c'est-à-dire par la stimulation des parasites de l'organisme, latents ou en évolution.

C'est ainsi qu'après avoir étudié la genèse de la conception du biotropisme, l'auteur étudie le biotropisme chimique du 914, du mercure, du bismuth, de l'iode, de l'iodure de potassium, du bromure de potassium, de l'acide picrique, du luminal, du jaune d'acridine ainsi que celui du sérum et des protéines en général. Il montre à ce sujet que bien des accidents rangés sous la bannière de l'anaphylaxie ou de la colloïdoclasie relèvent en réalité du biotropisme. C'est en cela que le biotropisme constitue un phénomène d'ordre très général qui possède un grand intérêt.

Le biotropisme physique s'observe avec les rayons violets, rœntgéniens.

Les agents microbiens eux-mêmes, les vaccins et les toxines introduits dans l'organisme sont capables d'y provoquer des accidents qui n'ont rien à voir avec l'anaphylaxie, qui ne relèvent pas de leur toxicité et qui dépendent du biotropisme.

La troisième partie du livre étudie la pathogénie des accidents biotropiques qui tient en une ligne : exaltation de la virulence du micro-organisme latent.

Dans la quatrième partie, l'auteur étudie quelques applications du biotropisme à la biologie et à la médecine en faisant remarquer que ce chapitre n'est qu'à son début et que cette notion sera féconde en déduction médicale pratique aussi bien que théorique.

La rachianesthésie, par André Chalier. 1 vol. in-16 de 106 pages : 12 francs. Gaston Doin éditeur, 8 place de l'Odéon, Paris (6e).

Aucune chirurgie n'a désormais le droit de se cantonner dans l'emploi exclusif d'un mode unique d'anesthésie. Son devoir est, au contraire, de choisir, parmi les divers modes connus d'insensibilisation, le procédé le plus commode, le plus favorable, le moins nocif. En présence de telle opération à exécuter, *il y a une indication du mode d'anesthésie*, comme il y a une indication du moment opportun et de la tactique opératoire.

Ecrit dans un esprit essentiellement pratique, par un auteur qui connaît bien la rachianesthésie, pour l'avoir utilisée sur 5.000 malades, ce livre étudie par le détail la technique de la méthode, les soins pré et post-opératoires. Il en décrit les inconvénients comme les avantages, et il fait justice — avec preuves à l'appui — des multiples griefs qui sont encore invoqués de toutes parts contre l'anesthésie médullaire. Celle-ci n'est, au fond, qu'une anesthésie loco-régionale ; elle n'est ni difficile, ni dangereuse, avec les produits utilisés actuellement, mais il importe d'en bien peser les indications. S'il y a des opérations où elle est contre-indiquée, d'autres où elle est facultative, il en est un grand nombre où elle est à la fin très agréable et très utile et où, comme le dit Chalier, ce serait un recul que de ne pas y recourir.

Ce livre est d'une clarté parfaite, d'une lecture facile et attachante. Il intéressera tous les chirurgiens, tous les gynécologues, et aussi les accoucheurs.

Sur la nature et la pathogénie des cancers ; la guérison radicale des cancers chez les souris cancéreuses, par le Dr E. Georgiou. Prix 5 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Ce travail, traitant la question des cancers d'une façon originale, et qui a fait récemment l'objet d'une communication sensationnelle à la Société de Médecine de Berlin, est le résumé des longues expériences que M. Georgiou a faites sur la pathogénie des cancers.

Les excellents résultats thérapeutiques que l'auteur a obtenus chez les souris cancéreuses par *l'épiphysectomie* d'une part et *l'homogreffe de glande génitale* d'autre part, (procédés basés sur des données pathogéniques entièrement nouvelles) sont encourageants. On voudrait espérer que les spécialistes compétents, après le contrôle expérimental nécessaire, pourront tenter d'obtenir les mêmes résultats chez l'homme cancéreux.

Barère de Vieuzac, l'Anacréon de la Guillotine, par Robert Launay, Un volume de la bibliothèque « Historia », illustré de 18 hors-texte en héliogravure. Prix : 25 frs. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris (14e).

La destinée singulière que celle de cet ancien robin de Bigorre, bourgeois à tendances libérales, homme du monde et homme d'esprit, délices des salons toulousains, lauréat d'académies provincia-

les, mué peu à peu en virtuose des Carmagnoles et devenu sous Robespierre l'apologiste des lois de sang.

Il était parti pour les Etats Généraux dans l'ivresse d'aller là-bas satisfaire son envie passionnée de paraître. Eclipsé par les vedettes de la Constituante, il eut une meilleure fortune dans la médiocrité de la Convention. Pour faire pièce aux Girondins, dont ses affinités et ses origines l'eussent dû rapprocher, il repoussa l'appel au peuple et fit le fameux discours d'où résulta la perte du roi. Dès lors il fut avec les Terroristes. Rapporteur attitré du Comité de Salut Public, il voulut faire oublier un passé compromettant et par lâcheté soutint les initiatives les plus atroces.

Quand vint Thermidor, il fit subitement défection à Robespierre. La réaction de Tallien l'abattit lui-même. Rejeté, proscrit, il put éviter la relégation, s'enfuit, erra, se cacha jusqu'au coup de Brumaire.

Il offrit ses services au nouveau maître, qui ne daigna lui attribuer que des tâches viles et dégradantes. Après Waterloo, Barère eut le front de faire sa cour à Louis XVIII. La seconde Restauration le bannit.

Revenu d'exil en 1830, il demeura quelques années à Paris. Certains salons l'accueillirent. Son nom rappelait toute l'horreur de la sombre époque. Mais l'intérêt de sa causerie et aussi le prestige affreux de son rôle historique lui valaient d'être l'objet de la curiosité générale. Parvenu à un très grand âge, il s'en retourna vers ses Pyrénées et mourut assez obscurément à 85 ans.

Telle fut la vie de celui que M. Robert Launay définit excellemment : « un amuseur né, dénué de profondeur, de sérieux et de conscience, sans attachement à rien, sans passion pour quoi que ce soit ». Son rôle fut énorme sous la Révolution, et c'est seulement pendant cette période que Barère, vivant parmi les protagonistes du drame, participant à leur jeu et détenant le secret de leurs projets, devait trouver le champ où son habileté souple et insinuante, le charme de son éloquence prenante et creuse, habile à travestir les faits, le manque de scrupule de sa conscience dévoyée, pouvaient librement et pleinement s'épanouir.

Le livre de M. Robert Launay, admirable de vie, d'intérêt et de psychologie, qui explique les événements et fait saisir sur le vif le caractère des personnages, met en plein relief et éclaire d'un jour nouveau la figure infiniment curieuse de Barère. En même temps, une documentation très riche, minutieusement rassemblée et contrôlée, assure à cette œuvre une place de premier plan parmi les grands livres d'histoire.

Le poète Leconte de Lisle, par Pierre Flottes, docteur ès lettres. Un volume in-16, prix 15 fr. Librairie Académique Perrin et Cie, 35, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe).

Après des études sur *Beaudelaire* et sur *Alfred de Vigny* (ouvrage couronné par l'Académie Française), M. Pierre Flottes apporte à l'étude du Parnasse un volume substantiel et vivant sur Leconte de Lisle.

Avec une méthode scrupuleuse, sans avoir « romancé » son sujet mais sans jamais sacrifier l'intérêt narratif du récit au poids de l'érudition, M. Pierre Flottes a suivi son héros depuis ses premières rêveries sur les plages natales jusqu'à sa vieillerie honorée de chef d'école, en passant par tous les enthousiasmes et toutes les misères qui enveloppèrent la génération de 1848 et de 1870. Tout le drame intérieur de Leconte de Lisle se déroule en ces pages précises, éclairé par son décor intellectuel et politique, et la figure du maître s'en dégage à la fois altière et tendre. Sa vie n'offre pas seulement un tableau d'art et un enseignement du beau : il en émane une leçon de santé morale et de virilité.

D'intéressants inédits achèvent de donner au livre de Pierre Flottes la valeur d'une révélation littéraire.

Les auberges de France. Reportages gastronomiques le long des routes et des sentiers. Le club des Sans-Club, qui groupe les artistes les plus notoires de Paris, vient de faire paraître ses feuilles de routes : *Les auberges de France*. La particularité de cet ouvrage qui n'a rien d'un guide, est connue déjà. Chaque auberge ou hôtel (cette année ils sont près de 5.000) fait l'objet d'un reportage *subtil* autour duquel notre confrère Paul Poulgy aligne les précisions les plus inattendues et les plus utiles. C'est à se demander par quelle organisation le club que patronne le Maître Escoffier, arrive à ce résultat prodigieux ! Pas de maisons galvaudées, pas de palaces : uniquement les petites cuisines intéressantes présentées selon leur situation le long des routes et des sentiers. (Le vol., 15 fr. Editions C. S. C., rue de Trévise, 42, Paris.)



NOUVELLES

Assistance Publique (*Suite*).

A deux pour les concours destinés à pourvoir à une nomination si le nombre des candidats autorisés à prendre part au concours est inférieur à six ;

Quatre pour les concours destinés à deux nominations, si le nombre des candidats autorisés à concourir est inférieur à dix :

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats auraient un nombre égal de points le jury se base pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex-æquo* avec les admissibles puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de toutes les épreuves d'admissibilité conférant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours ; si, à la suite de ce classement, des candidats se trouvaient encore classés *ex æquo*, il sera fait application en vue de les départager, des dispositions inscrites à l'article 213 du présent réglement.

Seuls, les candidats déclarés admissibles prendront part aux épreuves de nomination.

A l'issue des épreuves de nomination, les candidats sont classés suivant le total des points obtenus aux épreuves d'admissibilité et aux épreuves de nomination (sauf l'exception prévue aux « mesures transitoires » du règlement du concours d'ophtalmologiste des hôpitaux).

Les candidats classés *ex æquo* pour la ou les dernières places sont soumis à une épreuve clinique supplémentaire en ce qui concerne les concours d'ophtalmologiste et d'oto-rhyno-laryngologiste et à une épreuve de consultation écrite sur une malade atteint d'affection dentaire en ce qui concerne le concours de stomatologiste des hôpitaux.

A la suite de cette épreuve, un classement définitit est établi par le jury. Si des candidats se trouvaient de nouveau *ex-æquo*, leur classement serait effectué suivant les règles fixées ci-dessus pour le classement des candidats se trouvant *ex-æquo* à la suite des épreuves d'admissibilité.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 8 juillet 1929, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — I. Clinicat médical : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 5. — II. Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans traitement, 2. — III. Clinicat ophtalmologique : titulaires, avec traitement, 1 ; adjoints, 2. — IV. Clinicat des maladies infectieuses : titulaires : avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; adjoints, 2 ; — V. Clinicat médical infantile : titulaire, avec traitement, 1 ; adjoint, 1. — VI. Clinicat de la première enfance : titulaires, sans traitement, 2.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 29 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 14 à 17 h.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adreser au secrétariat de la Faculté de médecine.

— Un emploi d'agrégé de neurologie et psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclaré vacant.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 5 juin 1929.)

Ecole de médecine de Besançon. — Un concours pour un emploi de chef des travaux de physiologie à l'école de Besançon s'ouvrira le lundi 28 octobre 1920, au siège de ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Voyage d'étude par un groupe de médecins en Allemagne. — Le 21 juillet, partira de Paris pour cinq jours un groupe de médecins avec leur famille vers la Rhénanie avec réception par les Facultés de médecine de Cologne et de Bonn et intéressantes visites d'établissements médicaux et para-médicaux.

Les confrères désireux de se joindre à ce groupe sont priés d'écrire d'urgence pour tous renseignements au Dr MONT-REFET, 197, rue de la Convention.

Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux vacantes : la première le 1er novembre 1929, la deuxième, le 1er novembre 1930. — Ce concours sera ouvert le jeudi 10 octobre 1929, à 9 heures à l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (Bureau du Service de Santé) à partir du lundi 16 septembre jusqu'au mardi 24 septembre 1929 inclusivement, de quatorze heures à dix-sept heures.

Inspecteur d'hygiène de l'Hérault. — Un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène, chef de service, sera ouvert à la Préfecture de l'Hérault le mercredi 10 juillet 1929.

Tout candidat à cet emploi devra être Français, âgé de 30 ans au moins et de 50 ans au plus au 31 décembre 1929 pourvu du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) ; il devra avoir satisfait à ses obligations militaires et, ou bien être titulaire du diplôme d'hygiène délivré par une Université française, ou bien, occuper ou avoir occupé un poste de médecin hygiéniste dans une administration d'Etat, d'un département ou d'une commune. Une demande rédigée sur timbre à trois francs soixante centimes devra être adressée au Préfet de l'Hérault avec le dossier réglementaire avant le 25 juin 1929, dernier délai.

Banquet de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris a célébré, le 4 juin, avec le vingtième anniversaire de sa fondation, les importants résultats de la propagande chirurgicale qu'elle poursuit à l'étranger.

Un banquet, sous la présidence de M. Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat de l'hygiène, réunissait dans les salons du Palais d'Orsay, MM. les membres de la Société et de nombreuses personnalités. Notons : M. le Professeur Balthazard, représentant le doyen de la Faculté de médecine, empêché ; M. le Professeur J.-L. Faure, président du Syndicat des chirurgiens français ; M. le Professeur Cunéo, président de la Société nationale de chirurgie ; M. le Professeur Sébileau ; M. le médecin général Rouvillois, directeur du Val-de-Grâce ; M. le Dr Lobligeois ; M. Landry, député ; M. Louis Forest ; M. G. Doin, éditeur ; M. le Dr Blondel ; pour les grands laboratoires, les grandes maisons de produits pharmaceutiques et d'instrumentation : MM. Bottu, Dr Boucard, Le Flohic (Etablissements Buisson), Boulanger (Laboratoire Dausse), Dr Debat, Fraisse, Girard (Laboratoire Grémy), Heudebert, Plisson, Tabart (Laboratoires Robert et Carrière), H. Rogier, Dr Roussel, Beder, Produits Scientia) Vincent ; pour les journaux médicaux : Dr G. Vitoux (*Presse Médicale*) ; Dr Bonnet-Roy (*Bulletin Médical*) ; Dr Bertillon (*Siècle Médical*).

M. le Dr H. Blanc, président de la Société des chirurgiens de Paris, après avoir donné lecture des lettres d'excuses qu'il avait reçues, a remercié M. le sous-secrétaire d'Etat de l'hygiène et les personnalités présentes d'avoir accepté l'invitation qui leur avait été faite.

M. le Dr Charles Buizard, secrétaire général de la Société, a résumé l'histoire de celle-ci depuis sa fondation et a montré les très importants résultats de la propagande qu'elle fait à l'étranger pour la science chirurgicale française.

M. Oberkich, sous-secrétaire d'Etat de l'hygiène, a dit tout l'intérêt d'une telle œuvre pour le rayonnement de la pensée et de la science françaises.

Un brillant concert a suivi le banquet. Les discours et le concert ont été radio-diffusés par la station des P. T. T.

Association générale des médecins de France. — Dimanche 26 mai, a eu lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine la 67e assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, sous la présidence de M. le Dr Bellencontre, président.

70 sociétés départementales avaient envoyé des délégués à cette réunion, chargés de donner leur avis sur les questions d'entr'aide et de solidarité professionnelle qui étaient portées à l'ordre du jour.

M. le Président Bellencontre, réélu pour une nouvelle période de cinq ans, leur a souhaité la bienvenue dans son discours d'ouverture. Il les a remerciés de cette marque de confiance dont il s'efforcera d'être digne et a évoqué le souvenir de tous les disparus et des généreux bienfaiteurs de l'Association grâce auxquels plus de 300.000 fr. de pensions ou de secours sont distribués, chaque année, aux vieux médecins dans la gêne, aux veuves et aux orphelins.

Les questions de l'Ordre des médecins, de la patente et de l'encombrement médical ont fait l'objet de discussions intéressantes, clôturées par un ordre du jour exprimant le vœu qu'à la Commission chargée d'examiner le projet de l'Ordre des médecins l'Association générale soit représentée.

A 20 heures, dans les salons du Foyer médical, un banquet de 120 couverts réunissait, sous la présidence de M. Oberkich, sous-secrétaire d'Etat au ministère du travail et de l'hygiène, les invités de l'Association et les Présidents et délégués des Sociétés locales.

Au dessert, M. le Dr Bellencontre remercia en termes choisis et délicats M. Oberkich et toutes les personnalités qui avaient honoré de leur présence ce banquet confraternel et les représentants de nos sociétés qui, chaque année, nous apportent l'appui de leurs conseils et de leur influence locale pour la prospérité de l'œuvre que nous poursuivons.

NOUVELLES

Assistance publique. — Un concours de nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux s'ouvrira le 24 juin.

Composition du jury : MM. les Drs Turchini, Beaujard, Maingot, Pestel, Beaudouin, Souligoux et Lapointe.

Concours de l'internat en médecine. — Composition du jury ; MM. les Drs Alajouanine, Chevallier, Mouquin, Bénard (Henri), Soupault, Monbrun, Charrier, Moulonguet, Doléris et Guénot.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 11 juin.— M. Baillis. Les suppurations pelviennes et leur traitement. — M. Barzilaï. L'argent colloïdal dans les suppurations dentaires. — M. Piel. Etude bactériologique de la cavité utérine.— M. Le Bonniec. Etude des grossesses abdominales. — M. Moreau. A propos de kystes de l'ovaire tordus. — Mlle Lamy. Le coxite gonococcique. — Mme Casalis-Feer. Etude des fractures de Monteggia et de leur traitement.

12 juin.— M. Picot. Les maladies typhoïdes chez le nourrisson.— M. Constant-Desportes. Centre d'hygiène et de prophylaxie annexé à la Maternité de Lariboisière. — M. Thomas. Prophylaxie des maladies vénériennes au Havre. — M. Leca. Considérations sur l'extension de la fièvre ondulante en Corse.

Thèses vétérinaires. — M. Debuire. La médication calmante dans les coliques du cheval.

15 juin. — M. Janaud. Etude de l'épiphysite vertébrale des adolescents. — M. Fraenkel. Les ostéites du malaire et leur diagnostic. — M. Durin. La diathermo coagulation en dermatologie.

17 juin. — M. Pitou. Les éruptions de la ménincoccémie (cas observés en Rhénanie). — M. Péron. Fréquence des fissures congénitales de la lèvre et du palais. — M. Dessaint. Le cancer mammaire bilatéral. — M. Katsoulis. Un empirique au XVIIe siècle : Jacques Beaulieu (1651-1714).

18 juin. — M. Bennetin. Pyohémies puerpérales à streptocoques anaérobies. — M. Moreau. A propos de kystes de l'ovaire tordus enlevés chez les deux frères pseudo-hermaphrodites gynandroïdes. — M. Rameaux. Etude de la torsion du grand épiploon. M. Brémont. De la symptomatologie et du diagnostic de l'iléus biliaire.

19 juin. — Thèses vétérinaires. — M. Henry. L'exportation des moutons au Maroc. — M. Nicol. Essai sur l'amélioration du bétail bovin dans le nord du Finistère. — M. Gosset. La dermite granuleuse de 1850 à nos jours.

20 juin. — Mlle Abraham-Franck. La crèche de prophylaxie antituberculeuse. Organisation. Fonctionnement. Résultats. — M. Baron. L'encéphalite post-vaccinale en France. — M. Gorostidi. Etude de la sérothérapie antidiphtérique. — M. Béraut. Etude des sérums lactescents et opalescents. — Mlle Linossier-Ardoin. Endocardites au cours de la chorée de Sydenham.— Mlle Bernheim. La névraxite disséminée à forme anxieuse.

Thèses vétérinaires. — M. Hervé. La paraplégie enzootique des agneaux.

Confédération des syndicats médicaux français. — *Appel aux médecins français.* — L'Assemblée générale extraordinaire de la Confédération des syndicats médicaux français a voté, le 2 juin, *la non collaboration à la loi actuelle des assurances sociales.*

Ainsi, l'Assemblée générale a repris et entériné, une fois de plus, la Charte du corps médical votée en 1927 et en 1928, rejetant les propositions du ministre que les syndicats médicaux ont déclarées inacceptables.

Les syndicats ont étudié la question. Ils ont décidé de leur attitude en toute liberté et connaissance de cause.

Ils savent la gravité de la décision prise et en ont sérieusement envisagé et accepté toutes les conséquences.

Le corps médical organisé s'est prononcé.

Les discussions intestines sont finies. Toute action divergente doit cesser.

La discipline est indispensable. Elle doit être absolue.

A dater de ce moment :

Aucun contrat ne doit être signé avec une caisse d'assurances sociales, ou toute organisation susceptible de devenir « caisse primaire. »

Ni contrat collectif syndicat-caisse.

Ni contrat individuel médecin isolé-caisse.

Tous les médecins, syndiqués ou non, doivent prendre l'engagement d'honneur de ne collaborer à la loi que lorsque celle-ci aura été remaniée, nos revendications incluses dans un nouveau texte, rendant ainsi possible une médecine propre, vraiment utile aux assurés futurs.

Une lutte de ce genre, qui doit être énergique, et qui peut être longue, nécessite des munitions — soit de l'argent.

Une contribution spéciale **de** *cent francs* est demandée à *tous* les médecins français.

Tous voudront, syndiqués ou non syndiqués, verser, entre les mains du trésorier du syndicat local, cette contribution, minime si l'on considère le but poursuivi.

Ce but, nous ne cesserons de l'affirmer, est un but de *moralité professionnelle et sociale.*

Nous ne voulons plus de scandales.

Nous voulons que les assurés ne soient pas dotés d'une médecine pour pauvres et soient, en toute façon, *traités comme des malades de la clientèle ordinaire.*

Là est leur intérêt. Là est la *condition d'une médecine honnête.*

Pour ce faire, il est indispensable d'obtenir :

L'habilitation *par notre organisme central*, des syndicats qui doivent traiter avec les caisses.

Le libre choix du médecin par le malade ;

Le respect du secret professionnel ;

L'entente directe entre malade et médecin :

Et toutes autres conditions énumérées dans notre charte.

Nous voulons que la médecine reste une *profession libérale.*

Nous ne voulons pas, comme dans beaucoup d'autres pays, du fait d'une assurance-maladie mal comprise, devenir des *médecins fonctionnaires.*

Soyons unis — quoi qu'il arrive — et *disciplinés.*

De notre cohésion dépendra la victoire.

Confédération des syndicats médicaux français. — *Assemblée générale extraordinaire du 2 juin 1929 : Les résolutions adoptées.* — Assurances sociales. — Le Prof. Balthazard, président, a ouvert la séance par un exposé détaillé des pourparlers qui ont eu lieu entre le bureau de la Confédération et le Ministre du travail et de l'hygiène.

Puis, il propose l'adoption de l'ordre du jour suivant : « L'assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929, proteste contre le règlement d'administration publique qui, ne tenant aucun compte des dispositions pré-

conisées par la sous-commisson ministérielle médico-pharmaceutique et des promesses faites au cours des débats à la Chambre, écarte, en fait, les revendications légitimes du corps médical. »

Cet ordre du jour est adopté à l'unanimité.

Le secrétaire général apporte un certain nombre de précisions sur les dernières discussions avec le Ministre et avec M. Aron, directeur général de l'Office national des assurances sociales.

Ensuite, exposé du Dr Renon ; interventions des Drs Maffre. Machavoine, Hervy, Gaussel, Jolicœur, Bisot, Dibos, Duvernoy, Humbel, Pierson, Maître, Lefèvre, Hartmann, Caillaud, Lafontaine, Gruzu, Durand ; réponses, à plusieurs reprises, du président et du secrétaire général.

Puis, le président soumet à l'Assemblée les deux questions posées dans le rapport du secrétaire général :

1re *question* : Etes-vous d'avis d'accepter les propositions contenues dans le texte de la dernière lettre au Ministre, c'est-à-dire : *a*) Tiers payant (avec tarif non limitatif en droit) pour la catégorie d'assurés gagnant seulement le salaire vital, inscrits ou susceptibles d'être inscrits à l'A. M. G.) ; *b*) Entente directe obligatoire pour le reste des assurés sociaux.

Rejeté à l'unanimité moins deux délégués, représentant 30 voix.

Le Président met ensuite aux voix sa seconde question :

2e *question* : Etes-vous d'avis de refuser les propositions ci-dessus, et, par voie de conséquence, d'entamer la lutte qui devra être poussée jusqu'à l'obtention d'une victoire complète.

Adopté à l'unanimité.

* * *

On en arrive à l'ordre du jour d'ensemble sur la question des assurances sociales.

Après le rejet de divers amendements, — que nous reproduirons dans notre prochain numéro — et plusieurs interventions (Drs Duvernoy, Maître, Clavelier, Hilaire, Cibrie, Batier, Lefèvre, Juge, Dibos, Decourt, Humbel, Lafontaine, Henric, l'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité :

L'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929,

Après avoir pris connaissance des pourparlers engagés à la demande du Ministre, par le bureau de la Confédération des syndicats médicaux français, au sujet de la loi des assurances sociales,

Déclare :

1° Ne pas accepter les propositions du Ministre, celles-ci ne permettant pas l'exercice d'une médecine saine et morale.

2° S'en tenir aux conditions établies par le Congrès des syndicats médicaux en juillet 1927 et par l'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux, en décembre 1928, à savoir :

a) Habilitation par la Confédération des syndicats médicaux français, des syndicats qui, seuls, pourront contracter avec les Caisses ;

b) Libre choix, étant entendu que tous les médecins, syndiqués ou non, peuvent participer aux soins si ces derniers acceptent les clauses du contrat et la juridiction du conseil de famille syndical, avec droit d'appel devant la Confédération des syndicats médicaux français.

Ce libre choix ne sera pas limité aux soins donnés à domicile.

c) Respect absolu du secret professionnel qui ne devra être violé, ni directement, ni indirectement.

d) Droit à des honoraires pour tout malade soigné, soit à domicile, soit à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins. Cette question sera l'objet d'une étude connexe en ce qui concerne les établissements visés par la loi de 1851.

e) Entente directe entre le médecin et le malade avec paiement direct par celui-ci des honoraires habituels.

f) Liberté de thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique.

g) Contrôle des malades par les Caisses, des médecins par le Syndicat, et Commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord.

h) Nécessité de représentation suffisante du Syndicat dans les commissions techniques organisées par les Caisses et de contrats spéciaux entre les Syndicats et les Caisses pour l'organisation technique de tout établissement de soins.

3° Déclare que la Confédération des Syndicats médicaux français n'apportera sa collaboration au fonctionnement des assurances sociales que si les conditions ci-dessus énumérées sont en totalité inscrites dans un texte de loi.

La campagne d'opinion a organiser. — Après exposé du Président et interventions des Drs Lefèvre, Hervy, Hollier, Duvernoy, Henric, Piot, Decourt, Devé, Cibrie, Humbel, etc., il est décidé :

1° Que, par les soins de chaque syndicat, les médecins seront appelés à signer un engagement de ne pas contracter isolément avec les Caisses. (Adopté.)

2° Une souscription minima de cent francs sera demandée à tous les médecins pour couvrir les frais de la campagne. Cette souscription pourra être également versée par les médecins non syndiqués. (Adopté à l'unanimité.)

Le trésorier indique que ces souscriptions devront être versées au plus tard le 1er octobre. Le Conseil d'administration, dans sa réunion d'hier, a voté une somme qui — prise à titre d'avance sur la caisse de la Confédération — permettra de couvrir les premiers frais.

A la demande du Dr Dournel, il est entendu que les imprimés nécessaires à l'engagement et à la souscription seront adressés par le secrétariat de la Confédération aux secrétaires des syndicats.

* * *

La loi des pensions. — Le secrétaire général expose l'état de la question.

Le Président ajoute certains renseignements sur la question des expertises.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

Excursions de Paris et de Rouen au Havre et vice-versa par Chemin de fer et Bateau à vapeur.

L'une des plus charmantes excursions qu'il soit possible de faire sans déplacement important est certainement la descente de la Seine entre Rouen et Le Havre.

En vue de faciliter cette excursion, l'Admininistration des Chemins de fer de l'État délivre jusqu'au 30 septembre 1929, de Paris, de Rouen ou du Havre, des billets spéciaux d'aller et retour qui permettent d'accomplir en *bateau à vapeur* le trajet de Rouen au Havre ou vice-versa, et le reste du voyage en *chemin de fer*.

Les prix de ces billets sont ainsi fixés : 1° de Paris au Havre ou vice-versa : 1re cl. chemin de fer et bateau : 158 fr. 85 ; 2e cl. chemin de fer et 1re cl. bateau : 124 fr. 40 ; 3e cl. chemin de fer et 2e cl. bateau : 83 fr. 20. Durée de validité 5 jours. — 2° de Rouen au Havre ou vice-versa : 1re cl. chemin de fer et bateau : 65 fr. 70 ; 2e cl. chemin de fer et 1re cl. bateau : 57 fr. 25 ; 3e cl. chemin de fer et 2e cl. bateau : 39 fr. 60. Validité 3 jours.

Puis, un débat s'engage, auxquels prennent part les Drs Michel, Gruzu, Dibos, Batier, Houssiaux, Hervy, Decourt, Richard, Hilaire, Gaussel, Juge, Longuet, Devé, Astier, Gardette, Albert, Bobrie, Henric, Bouvat, Lefèvre et Rillac.

Quatre ordres du jour avaient été déposés. Le secrétaire général fait connaître que les signataires ont accepté de le fondre en un seul, dont il donne lecture :

L'assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français.

Exprime son étonnement de n'avoir pas eu satisfaction effective touchant les demandes présentées en son nom par le bureau de la Confédération.

L'Assemblée générale estime que la question n'ayant pas été résolue dans les délais prévus, il y a lieu de la reprendre en entier et de présenter à l'administration un cahier de revendications complet, touchant soins médicaux, chirurgicaux et autres, expertises, contrôle, etc.

Ce cahier de revendications sera remis en juillet au Ministère des pensions.

Au cas où ces demandes ne recevraient pas satisfaction avant le 1er décembre 1929, le corps médical envisagerait l'éventualité de la cessation des rapports avec les pouvoirs publics pour le fonctionnement administratif de l'article 64 de la loi des pensions.

Ordre du jour présenté par les Drs Renon, Verger, Marquis, Batier, Longuet, Armand et Layral.

Diverses observations sont présentées par les Drs Lefèvre, Gaussel, Coldefy, Dibos, Lefrançois. Plusieurs délégués demandent la date du 1er octobre au lieu du 1er décembre. (Assentiment général.)

L'ordre du jour est voté avec cette modification.

Le secrétaire général demande que tous les syndicats adressent au secrétariat de la Confédération dans un délai de 15 jours, leurs tarifs minima syndicaux (Assentiment).

Un certain nombre de remarques sont encore présentées par les Drs Lefèvre, Durand, Noir, Maffre, Humbel, Hartmann, Longuet et Batier.

***

L'ORDRE DES MÉDECINS. — On en arrive alors à la question de l'Ordre des médecins.

Le Président expose, d'une façon détaillée, les travaux de la commission du Droit syndicaliste, le projet établi avec la collaboration de nos confrères Clavelier et Verger, et donne lecture de l'ordre du jour suivant :

L'assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929 :

Considérant que les nécessités de la médecine sociale exigent et exigeront du médecin la stricte application des règles de la moralité professionnelle ;

Considérant que, seule, la profession, obligatoirement organisée peut être la fidèle gardienne de ces lois ;

Se déclare partisan de la création d'un Ordre des médecins.

Accepte le projet établi par la Commission du droit syndicaliste, entériné par le Conseil d'administration de la Confédération et charge ledit Conseil d'obtenir que la loi réalise les principes contenus dans ce projet.

Un débat s'engage, auquel prennent part les Drs Coldefy, Houssiaux, Juge, Cibrie, Maître, Batier, Dorvaux, Clavelier, Vanverts, Richard, Dournel, Micheleau, Lafontaine, Michel, Lefèvre, Decourt, Le Fur.

Après le rejet d'autres ordres du jour proposés, l'ordre du jour ci-dessus est mis aux voix par paragraphes. Diverses modifications y sont apportées, si bien que son texte devient :

L'assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français, réunie le 2 juin 1929 ;

Considérant que seule, la profession, obligatoirement organisée peut être la fidèle gardienne des règles de la moralité professionnelle,

Se déclare partisan de la création d'un Ordre des médecins.

Accepte de prendre comme base de discussion le projet établi par la Commission du droit syndicaliste, entériné par le Conseil d'administration de la Confédération et charge ledit Conseil d'obtenir que la loi réalise les principes contenus dans ce projet. (Cet ordre du jour, ainsi modifié, est adopté.)

***

C'est la fin. Quelques brèves observations sont encore présentées par les Drs Coldefy, Lefèvre, Longuet et par le Dr d'Ayrenx qui fait adopter un ordre du jour félicitant le syndicat de Mulhouse « pour le courage qu'il a déployé dans la lutte contre les Caisses ».

A ce moment, le Dr Lecat monte à la tribune et, dans une intervention très applaudie, remercie le Bureau des efforts constants qu'il a déployés dans le but d'amender la loi au mieux des intérêts du corps médical. Cet effort n'a pu aboutir. Nous n'en devons pas moins lui en manifester ici toute notre reconnaissance.

Nécrologie. — Dr Armand BESSON, décédé à l'âge de 67 ans. — Dr COSTE-LABAUME, vice-président du Syndicat des médecins du Rhône. — Dr Lucas DAURIS, décédé à l'âge de 58 ans. — Dr Martial SAVY, décédé à Valensole (Basses-Alpes), à l'âge de 93 ans.

(*Voir la suite des Nouvelles, à la page* 1094).

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations critiques sur le problème de l'auto intoxication cataméniale

Par MM.
A. HAMANT, L. CORNIL et M. MOSINGER,
(de Nancy.)

Les symptômes généraux qui accompagnent la menstruation sont assez connus aujourd'hui. bien que les cliniciens ne s'y intéressent d'une façon approfondie que depuis une cinquantaine d'années. Le livre récent, parfaitement documenté, d'Henri Vignes sur la physiologie gynécologique, paru depuis la rédaction de cet article, décrit dans plusieurs chapitres les phénomènes généraux de la menstruation. Nous ne saurions que louer cet excellent ouvrage dont la lecture est indispensable à tous ceux qui s'intéressent spécialement à ces questions.

Ce qui nous intéresse ici, c'est la pathogénie de ces phénomènes généraux et en particulier la théorie de l'intoxication cataméniale à laquelle Aschner a donné un éclat particulier. Nous croyons que cette conception, dont Aschner a tiré des conclusions thérapeutiques importantes, est passible d'un certain nombre de critiques.

Toutefois, avant d'envisager ce point particulier du problème, nous indiquerons quelques acquisitions récentes qui corroborent toutes l'idée émise pour la première fois par Goodmann en 1879, que le molimen cataménial n'est qu'un temps du cycle extra-génital parcouru par l'organisme de la femme pendant sa vie sexuelle.

Parmi ces troubles généraux, ceux qui affectent le système nerveux. recherchés systématiquement par Krafft-Ebbing, Jaworski et Ott, et en particulier l'excitabilité exagérée, sont de beaucoup les plus fréquents, malgré l'avis contraire de Repond, qui n'est pas exempt de critiques. car il est basé sur des faits négatifs d'accentuation des troubles psychiques chez les aliénées.

En ce qui concerne l'état mental. les variations de caractère sont de constatation courante (1), mais aussi de véritables psychiques menstruels peuvent se produire. En France, Claude les a bien étudiés, et, parmi les auteurs étrangers, Tobler signale l'existence de telles manifestations dans 50 % des faits étudiés.

La mélancolie paraît être fréquente et, dans 33 % des cas, les femmes qui se suicident le font pendant leurs règles, d'après Pilz. Il est singulier aussi de constater avec Lombroso que sur 80 femmes incarcérées pour délits. 71 étaient réglées.

Legrand du Saule relève des pourcentages analogues quant aux voleuses de grands magasins.

Jaworski a montré la diminution de la force musculaire pendant la menstruation. Ott insiste sur une certaine hyper-réflectivité.

Depuis ces dernières années, l'épilepsie menstruelle est présentée par Kollmann en particulier comme un syndrome bien défini se dégageant nettement du vaste groupe de l'épilepsie ovarienne de Kraepelin.

Il existerait également une hystérie cataméniale et, pour beaucoup d'auteurs, la menstruation constituerait le facteur pathogénique essentiel dans la démence précoce.

Depuis Heilig, Hoff et Helmuth Benda, nous savons que le L. C. R. présente des modifications cataméniales marquées : il y a pendant les règles augmentation de la perméabilité des méninges, augmentation du taux du glucose et diminution des chlorures, puis retour à la normale vers le 8e jour.

(1) Icard ne trouve-t-il pas qu'il est aisé, d'après la lecture du journal d'une femme, de déterminer la date de ses règles.

Le système neuro-végétatif a été étudié selon la méthode des tests biologiques par Stolper, Dahlmann, Guillaume et Godel, Labhardt et Husey. Deux ou trois jours avant les règles, il y a hypervagotonie, puis hypersympathicotonie, et, pendant la menstruation, de nouveau, vagotonie.

En ce qui concerne la thyroïde, l'augmentation prémenstruelle de son volume est bien connu depuis Franke et Dahlmann. Augmentation aussi du métabolisme basal durant le prémenstruum avec retour à la normale le premier jour des règles d'après les travaux de Lanz, Stephani, Guillaume et Godel.

Les symptômes cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle de la veille des règles, étudiée surtout par Siredey et Mme Francillon, sont bien connus également.

Quant à la morphologie sanguine, elle a donné lieu à de nombreuses études : nous indiquerons rapidement l'oligocytémie et la leucocytose menstruelles, le déplacement à gauche de la formule d'Arneth, selon Horvath et les variations du nombre des plaquettes sanguines, d'après Ehrenberg, Hirch et Hartmann.

En ce qui concerne les viscères abdominaux. von Noorden et von Jagik, Pfeiffer et Hoff. Henning ont décrit la congestion de la rate, Chwostek et Diabaïloff ont insisté sur l'augmentation du volume du foie. Au point de vue rénal, l'acquisition la plus récente et la plus intéressante, due à Kustner, est celle du diabète rénal prémenstruel qui serait dû, d'après Bandler, à une suractivité hypophysaire.

Relevons encore l'acidose prémenstruelle.

Certaines maladies cutanées seraient dues à l'intervention exclusive de la menstruation, telle cette curieuse dermatite symétrique dysménorrhéique de Matzenauer et Pollend.

***

De nombreux auteurs ont cherché à expliquer ces troubles généraux. Les uns, comme Fleischmann et Adler, font intervenir de l'hyperovarite et cette conception a séduit *à priori*, par sa simplicité. En effet, l'ovaire qui, tout en étant sous l'influence de l'hypophyse, régit toute la vie sexuelle, peut-il être étranger au molimen cataménial ? Ehrenberg établit que l'administration de corps jaune détermine certains symptômes cataméniaux telle que la diminution du nombre des thrombocytes. Et pourtant, il est illogique d'admettre que l'ovaire, qui est dans un état de repos histologique relatif pendant la menstruation, puisse à ce moment donner lieu à des manifestations d'intolérance aussi remarquables, alors qu'en sa période d'activité manifeste aucun de ces troubles généraux n'est à signaler.

D'après une théorie, encore en honneur. les symptômes du molimen cataménial sont ceux d'une anaphylaxie liée à la résorption des substances libérées par la mort de l'œuf. Mais les expériences de Bouché et Hustin ne sont pas concluantes, le phénomène d'Hofbauer, c'est-à-dire la plus grande facilité de produire des crises hémoclasiques pendant le prémenstruum, souffre différentes interprétations et contrairement à Carlini, nous ne croyons pas que le molimen cataménial soit superposable à une anaphylaxie, Ce syndrome dure. en effet, plusieurs jours consécutifs et si l'indice réfractométrique du sérum est diminué. la sédimentation globulaire, qui dépend avant tout de l'état des colloïdes sanguins, est inchangée pendant la menstruation.

La théorie anaphylactique s'apparente à celle de l'intoxication menstruelle. conception aussi vieille que le monde et qui se retrouve dans le folklore de tous les peuples.

La femme « treize fois impure » dit la Bible, est-elle le creuset mystérieux où s'élabore le poison menstruel, tant de fois mis en cause ? En d'autres termes, existe-il un poison, une ménotoxine, comme Boer l'a baptisée, dont les effets, tantôt vagues et insignifiants, tantôt subtils et précis, ont été décrits en 1919 avec une minutie scrupu-

leuse par Schick, de Vienne. Son sujet, au moment de la menstruation, a le curieux pouvoir de faire flétrir, en quelques minutes, les fleurs les plus fraîches. Si toutefois la malade met des gants, les fleurs, dans ses mains, gardent tout leur éclat. Cette observation qui semble avoir été contrôlée avec toutes les garanties nécessaires, a été discutée par la gynécologie allemande tout entière : c'est elle qui a déclanché le mouvement de recherches dont nous parlerons plus loin.

Ainsi, d'après Schick, la ménotoxine se trouverait dans la sueur et dans le sang ; Frank l'aurait retrouvée également dans le lait menstruel.

Faut-il donc croire que la femme, pendant ses règles, devient l'être nocif que l'Ancien Testament relègue, avec dégoût, loin de toute présence masculine, redoutant son contact impur à l'égal d'une souillure sacrilège ?

Et sans remonter aux Patriarches, que devons-nous croire de son influence néfaste sur la vie fragile des jeunes êtres qu'elle approche ?

Comment s'expliquer alors la méfiance des paysans provençaux montant la garde au seuil des magnaneries où les jeunes vers à soie, nouvellement éclos, frileux et infiniment fragiles, sont à la merci d'impondérables : un léger refroidissement, un rien, une influence mystérieuse. Jamais une femme inconnue, pouvant amener avec elle « le mauvais air » n'entrera dans les salles surchauffées !

Cette croyance populaire est d'autant plus impressionnante, qu'elle se retrouve, avec une égale bonne foi, chez les vignerons du Midi qui gardent jalousement leurs caves de toute entrée féminine. Est-ce préjugé ou sagesse populaire ? il est plus facile à ce sujet de hausser les épaules ou de sourire que de rechercher sans parti pris, en toute objectivité scientifique la valeur de ces pratiques millénaires.

Quoi qu'il en soit, la recherche de ce poison mystérieux a suscité de nombreux travaux.

En 1923, Sieburg et Potzschke, de Hambourg, essayent de caractériser chimiquement *la ménotoxine*.

1° Histophysiologiquement, ils ont l'idée d'un poison parasympathicotonique du groupe muscarine. En effet.

a) Appliquée sur l'intestin vivant du lapin, la sueur menstruelle détermine une hypertonicité prolongée.

b) Appliquée sur le cœur de grenouille, elle ralentit le pouls et entraîne parfois l'arrêt du ventricule en diastole. L'atropine neutralise immédiatement l'action novice de la sueur.

2° Ce poison, du groupe muscarine ne pouvait être suivant les précédents auteurs que *la choline* :



le triméthyloxéthylammonium, qui joue, indubitablement, un grand rôle dans l'organisme, comme antagoniste de l'adrénaline. Par la méthode de Güggenheim et Löffler basée sur la transformation de la choline en acétylcholine réaction très sensible, les auteurs trouvent que le serum menstruel est 8,6 fois plus riche en choline que le sérum normal, et que la sueur menstruelle contient 90 fois plus de choline que normalement.

Higyrel et Pagenstecher ayant utilisé la choline comme médicament abortif efficace, il était logique de la rendre responsable de la destruction menstruelle de la muqueuse utérine.

Sur ces entrefaites, Sänger et Schübert, recherchent curieusement le pouvoir quasi magique rencontré une fois par Schick, mais c'est en vain.

En 1925 Gengenbach porte un coup mortel à la théorie de la choline-ménotoxine. Malgré les recherches les plus minutieuses, il ne découvrit jamais aucune femme ayant le pouvoir de faire faner les fleurs. Une fois, pourtant, certaine de ses clientes prétendit avoir fait tourner à l'aigre 700 litres d'un excellent vin vieux ! Elle se faisait fort de renouveler l'exploit, aussi bien que de flétrir toute fleur en un instant. En réalité, l'excellent vin vieux n'était qu'un vin déjà aigre du dernier crû, et les œillets que la cliente tenait en main, depuis une heure, n'en paraissaient nullement incommodés.

3° La choline d'ailleurs, doit être concentrée pour faire faner les fleurs.

4° Enfin la sueur de certains hommes contient trois fois plus de choline que la sueur d'une femme en menstruation.

En conclusion, il appert que la *choline n'est donc pas la ménotoxine.*

David, Macht, Dorothy et Lubin ont recherché la présence du poison menstruel de la façon suivante : mettant des racines de lupinus albus dans une solution nutritive contenant 1 % de sang, ils notent une diminution de croissance de 25 % s'il s'agit de sang ordinaire, et de 50 % s'il s'agit du sang veineux d'une femme en menstruation. Cette nouvelle ménotoxine serait l'*oxycholestérine*. Enfin pour Labhart et Hüssy il s'agirait de certaines *amines protéinogènes*. Chez le rat, Mocft et Hyndmann déterminent des troubles nerveux divers par l'injection de sérum menstruel.

La *théorie de l'intoxication* fut défendue avec autorité par Ascher, de Vienne.

D'après cet auteur une ménotoxine de l'ordre des ferments serait élaborée par l'organisme de la femme tous les mois et éliminée par l'intermédiaire du sang menstruel. Aschner base sa théorie sur les arguments suivants :

1° Toutes les femmes sans exception ressentent au moment de la menstruation des malaises plus ou moins importants.

2° Toutes les femmes qui présentent de l'hypoménorrhée (l'auteur a réuni 700 cas) souffrent des maladies les plus diverses : affections cutanées, dont la plus fréquente est l'herpès zoster ; affections oculaires comme la choroïdite et l'iritis : troubles psychiques : démence précoce, hystérie, nymphomanie, mélancolie ; troubles rhumatismaux, arthritiques et névralgiques, puis de l'asthme, de la cholécystite, de la lithiase biliaire enfin une véritable diathèse inflammatoire qui expliquerait les complications infectieuses consécutives aux interventions pratiquées pendant la période menstruelle. Pour éviter ces dernières, l'auteur propose d'ailleurs une saignée post-opératoire de 250 grammes. Le goitre, l'obésité et la pléthore sanguine se rencontrent aussi fréquemment, dit-il, dans l'hypoménorrhée.

3° Quand on pratique l'ablation de l'utérus, en conservant les ovaires, on déterminerait, d'après Aschner, l'apparition de troubles généraux d'autant plus graves que la malade avait, auparavant, des pertes plus abondantes.

4° L'auteur cite un certain nombre d'affections, dues à l'hypoménorrhée, qui ont rétrocédé après un traitement par les emménagogues.

A cette théorie, on peut faire les objections suivantes :

1° Il existe des affections cataméniales, notamment cutanées, avec hyperménorrhée.

2° Les troubles signalés après hystérectomie surviennent souvent un laps de temps considérable après l'opération et cela quand des restes ovariens ou des ovaires supplémentaires se sont résorbés.

3° La greffe d'un ovaire après hystérectomie prévient ou arrête ces troubles.

4° Si on n'enlève que l'utérus, en laissant les ovaires, les troubles sont toujours moins prononcés, et même inexistants, contrairement à l'opinion d'Aschner.

5° La pléthore post-opératoire décrite par Aschner, n'est basée sur aucune recherche de laboratoire.

6° Il serait difficile de comprendre, d'après la théorie d'Aschner, pourquoi les animaux, à cycle oestrien, donc producteurs de ménotoxine, ne présentent pas de menstruation.

Plus récemment, König s'est entièrement rallié à l'opinion d'Aschner. 9 à 10 % de toutes ses malades présentent de l'aménorrhée passagère ou de l'opsoménorrhée, c'est-à-dire des intervalles intermenstruels de cinq à douze semaines, ou encore de l'oligoménorrhée. Toutes ces fem-

mes souffrent des malaises, déjà indiqués, mis sur le compte de l'hypoménorrhée.

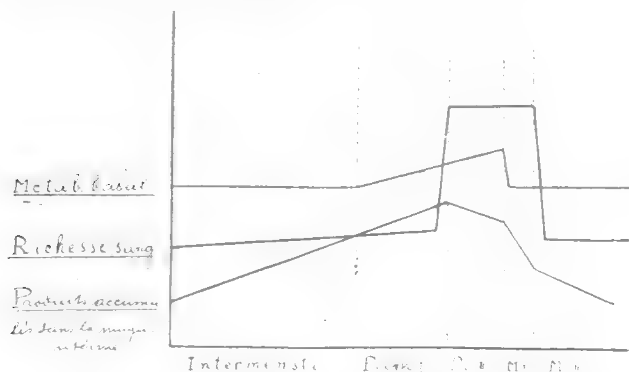
Nous rappellerons aussi la théorie de Hitschmann, suivant laquelle la ménotoxine serait due à la résorption des détritus muqueux utérins.

De nombreuses études ont été publiées durant ces dernières années, sur le métabolisme pendant la menstruation. C'est en rapprochant ces résultats partiels, afin de pouvoir les comparer que nous sommes arrivés à des conclusions qui nous ont paru intéressantes à rapporter. Dans ce but, nous avons comparé les résultats des auteurs en même temps, la constitution biologique et chimique du sang veineux intermenstruel, de la muqueuse utérine intermenstruelle, du sang veineux prémenstruel, de la muqueuse prémenstruelle, du sang veineux menstruel, du sang menstruel, des urines, de la sueur et du lait menstruels, et, dans un même tableau, nous avons juxtaposé les résultats de cette enquête pour les substances suivantes : iode, chlore ; sodium, magnésium, calcium, soufre, arsenic, phosphore, albumine totale, sérum albumine, sérum globuline, hémoglobine ; cholestérine, acides gras, phosphatides, urée, glucose, glycogène et choline. Ce tableau présente deux points faibles :

1° Les analyses ont été faites par des méthodes et des auteurs différents.

2° Il offre de nombreuses lacunes. Son avantage, cependant, est d'indiquer dans quel sens les recherches ultérieures devront être faites, et sa lecture fournit de prime abord des indications intéressantes.

Par exemple, considérons le cycle de l'iode : dans le sang intermenstruel, il y a 8,5 millièmes de milligramme % et 19 le premier jour des règles, d'où augmentation notable, alors que dans la grossesse, le sang n'en contient que 17 1000es %. D'autre part, nous savons histologiquement qu'il y a accumulation d'iode dans la muqueuse prémenstruelle. Or le sang menstruel n'en contient qu'une quantité bien minime, évaluée à quelques millièmes de milligramme.



Nous avons choisi l'exemple de l'iode parce qu'il s'agit là d'un produit de secrétion glandulaire nettement défini, dont la présence exagérée peut expliquer un certain nombre des troubles cataméniaux. Ce qui est vrai pour l'iode, l'est pour la majorité des autres substances et leurs variations quantitatives au cours du cycle oestrien peuvent être figurées par un graphique très simple.

Trois courbes indiquent, l'une les modifications au niveau de la muqueuse utérine, l'autre les modifications humorales, la troisième, les modifications du métabolisme basal.

1° Dans l'intermenstruum, il y a repos relatif dans l'organisme et au niveau de la muqueuse utérine.

2° Dans la première partie de la phase prémenstruelle jusqu'à 2 et 3 jours avant la menstruation :

a) La richesse sanguine augmente peu.

b) La muqueuse prémenstruelle accumule activement en les soutirant au milieu intérieur, des lipoïdes, du glycogène, calcium, sodium, phosphore, etc.

c) En même temps, le métabolisme basal augmente, témoignant de l'activité de ce processus constructif général.

3° Des modifications humorales importantes, qu'on pourrait appeler molimen cataménial humoral, commencent brusquement deux ou trois jours avant la menstruation pour atteindre le maximum de leur développement le premier jour de la menstruation. Il se produit une hyperglycémie, une urémie relative, une hyperchlorémie nette, une hypercholestérinémie remarquable ainsi qu'une hypercréatinémie, une augmentation du magnésium et du sodium sanguins ; enfin une décharge formidable de choline et d'iode. En même temps, il se produit par la muqueuse utérine une excrétion abondante de substances importantes comme l'arsenic, qui devient maxima pendant les trois jours de la menstruation où la muqueuse elle-même est expulsée avec les produits accumulés.

Le métabolisme basal redevient normal le premier jour des règles.

En ce qui concerne les autres sécrétions de l'organisme, on trouve une augmentation notable de choline (Klaus) et de créatinine dans la sueur, de chlorures et de choline dans le lait.

A cette période, les trois courbes de notre graphique sont en discordance remarquable :

1) L'excrétion muqueuse est surtout marquée au moment où la richesse sanguine est maxima.

2) Le métabolisme basal est redevenu normal au moment où la richesse sanguine est maxima.

3) Elle continue encore quand la composition sanguine est redevenue normale.

L'exposé que nous venons de faire plaide formellement contre la théorie toxique d'Aschner. Il est évident, en effet, que les produits accumulés dans le sang ne sont pas excrétés par la muqueuse utérine puisque au maximum de l'excrétion utérine, la richesse sanguine se maintient à son taux le plus élevé. D'un autre côté, la perte menstruelle qui, normalement, ne dépasse pas 60 grammes, n'a qu'une valeur excrétoire bien minime, comparée au taux considérable qu'atteignent dans le sang, les substances dites toxiques. Pour l'iode en particulier, il existe dans le sang total un surplus de 350 milligr. alors que l'élimination de la perte menstruelle est minime.

De plus, Vignes et Guillaumin ont montré que la richesse sanguine est tout à fait indépendante de la durée et de l'abondance des pertes menstruelles.

Dans ces conditions, comment devons-nous interpréter les phénomènes cataméniaux ? Et tout d'abord, à quelle cause précise les attribuer ?

La composition physico-chimique du milieu nous l'apprend, si grossières que soient encore nos méthodes analytiques. Il n'est point nécessaire, pour cela, de rechercher une ménotoxine hypothétique. Sa richesse en iode, choline et autres éléments à pouvoir toxique, suffit à justifier tous les troubles sympathiques, si importants qu'ils soient. Aschner a eu raison de plaider pour l'origine humorale du molimen cataménial. Mais l'erreur consiste à vouloir l'attribuer à un produit spécifique. Phénomène curieux, le métabolisme basal diminue au moment même où les substances toxiques, l'iode en particulier, atteignent leur maximum. L'iode ne peut provenir que de la thyroïde. Il semble donc qu'il y ait hyperthyroïdie sans augmentation du métabolisme basal. En d'autres termes, une disthyroïdie due peut-être à une forme chimique spéciale de l'iode excrétoire.

Le caractère excrétoire de ces produits actifs est d'autant mieux démontré qu'on les retrouve dans les excrétions en quantité notable, comme la choline dans la sueur. La désintoxication se fait donc par toutes les voies d'excrétion.

Peut-on encore parler d'intoxication alors que les organes d'excrétion fonctionnent normalement, à seuils d'élimination bien déterminés ? Pourtant d'après certains travaux, le seuil d'élimination de l'urée semble augmenté.

Quoi qu'il en soit, la réaction d'intolérance existe presque toujours. *La menstruation joue surtout un rôle sensibilisa-*

teur des tares constitutionnelles et des affections latentes. Poetzl et Wagner, dans un cas de schizophrénie paranoïde cataméniale pratiquent l'ablation des deux ovaires sclérokystiques et greffent ensuite à la malade un ovaire normal provenant d'une femme saine. Il y eut aménorrhée pendant trois mois. Or pendant cette période aucune amélioration ne se manifesta. Par contre, les attaques d'excitations disparurent et ne firent réapparition que le jour où de nouvelles règles s'installèrent.

Est-ce que l'hypoménorrhée ne joue aucun rôle adjuvant dans la formation des syndromes cataméniaux ?

L'hypoménorrhée peut être avant tout d'origine ovarienne, utérine, nerveuse ou vasculaire. Si l'ovaire est déficient, elle témoigne simplement de l'insuffisance du processus constructif prémenstruel.

D'origine utérine, elle est due le plus souvent à la transformation fibrillaire du tissu cytogène : Lahm, tout récemment, a insisté sur ce fait. Mais, dans ces conditions, l'action sécrétoire de la décidua est notablement diminuée et la perte menstruelle excrétoire devient inutile.

Que se produira-t-il dans le cas d'aménorrhée vasculaire ou nerveuse ? Les lipoïdes et autres substances accumulées dans la muqueuse utérine seront sans doute résorbées par le milieu intérieur. La résorption de ces éléments par la voie lymphatique est d'ailleurs normale chez les quadrupèdes comme l'a montré Johnstone. En 1924, Erich Terrulhn a insisté sur une telle possibilité chez la femme. Ainsi l'hypoménorrhée devient un facteur toxique adjuvant : mais à cela se borne toute sa valeur toxique.

Quels sont les liens qui existent entre la menstruation et le molimen cataménial ?

Aschner prétend qu'il y a relation de cause à effet entre les deux syndromes ; pour lui, la menstruation est une conséquence de l'intoxication menstruelle. La théorie anaphylactique fait dépendre la menstruation de la colloïdoclasie. D'après Dahlmann, elle serait due à la vagotonie prémenstruelle.

En réalité l'autointoxication cataméniale et la menstruation ne dépendent pas l'une de l'autre, ce sont deux épiphénomènes bien distincts ayant chacun la signification d'une excrétion. Ils n'ont de commun que leur cause profonde, la mort de l'ovule, celle-ci déclanchant un mécanieme encore totalement inconnu. S'agit il d'une action sur le « centre de la menstruation » situé au voisinage du troisième ventricule, sur les centres neurovégétatifs, sur certaines glandes endocrines ? nous ne saurions le dire.

La déperdition mensuelle d'énergies précieuses qui n'existe que chez les bipèdes, apparaît contraire à l'esprit d'ordre et d'économie de l'organisme. Delporte explique le menstruation par l'hyperémie constante de l'arbre génital des bipèdes, Wollich l'explique par la disposition spéciale des vaisseaux du myomètre, mais ces théories n'ont qu'un intérêt local utérin n'interprétant pas ce que nous pourrions appeler la menstruation de l'organisme.

C'est là d'ailleurs toute la tragédie biologique de la femme selon le mot récent de Kornilow.

Ignorant les causes profondes de l'évolution des êtres organisés, nous parlons de conséquences illogiques, d'un phénomène anormal, la mort de l'ovule, non-adaptation qui se traduit par une dépense inutile d'énergies, tribut inévitable à une reproduction insuffisante.

« L'enseignement doit être la vocation des professeurs ; et ce peut-être quelquefois une vocation assez pénible ; c'est aux gouvernements à faire qu'elle leur soit cependant agréable et avantageuse ; c'est l'unique moyen de les déterminer à la remplir avec ce zèle qui, seul fait fructifier l'instruction ».

(**1789 — S. A. D. Tissot, D. M.** — Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine).

Les médecins comme il faut ne parlent jamais de médecine, les vrais nobles ne parlent jamais ancêtres, les gens de talent ne parlent pas de leurs œuvres. BALZAC.

THÉRAPEUTIQUE

Sur les résultats thérapeutiques donnés par un nouveau sérum antistreptococcique,

Par le Professeur H. VINCENT

Si, au point de vue immunologique, le streptocoque a un pouvoir antigène moindre que n'en ont chez le cheval d'autres microbes pathogènes, cette propriété n'en est pas moins réelle lorsqu'on s'adresse à des races spéciales de streptocoques, entretenues dans des milieux où ils donnent des cultures très riches et de forte vitalité. De très faibles doses initiales de culture peuvent alors amener la mort du cheval.

Le sérum antistreptococcique que j'ai préparé a donné des résultats thérapeutiques qui méritent d'être signalés. Il a déterminé des guérisons inespérées dans des infections très graves, à pronostic considéré comme mortel.

Aux doses moyennes et quotidiennes de 80 cc., ce sérum a amené, dans l'érysipèle à forme maligne (hyperthermie, ataxo-adynamie, délire, albuminurie, hématurie) la chute brusque de la fièvre en 24 h. à 48 h., avec disparition des symptômes locaux et généraux.

En voici des exemples. Jeune homme atteint d'érysipèle de la face, étendu ensuite à la nuque, aux *membres supérieurs* et à la *totalité du dos.* Oligurie très prononcée, albuminurie, *prostration, perte de connaissance, faciès figé, fixité du regard, état cataleptique. Incontinence d'urines.* Peu après, *myocardite,* dyspnée, pouls incomptable. *Escarre sacrée.* Le malade est considéré comme perdu.

Il a cependant guéri après injections d'abord intraveineuses, puis sous-cutanées, de sérum. « L'amélioration a été très rapide, presque à vue d'œil. »

L'érysipèle ombilical du nouveau-né, dont le pronostic est presque toujours mortel, peut céder également au sérum. Chez un nouveau-né dont l'état était extrêmement grave, et dont la température avait atteint 42°, la première injection de 10 cc. de sérum fit descendre en 24 heures la température à la normale. Cet enfant guérit en quelques jours.

La fièvre puerpérale cède le plus souvent avec une grande rapidité lorsqu'elle est soumise à la sérothérapie précoce.

Bien qu'il y ait eu d'abord une amélioration évidente et précoce, le sérum n'a pas amené la guérison dans deux cas de septicémie à streptocoques et d'endocardite lente à *streptococcus viridans.* Peut-être les doses de sérum ont-elles été insuffisantes. Mais il a déterminé la guérison d'une jeune femme atteinte de *septicémie* bactériologiquement vérifiée par l'hémoculture (*S hemolyticus*) ayant succédé à un accouchement pénible avec hémorragie massive, shock, pouls à 180, imperceptible, violents frissons et hyperthermie. Cette malade reçut dix injections de sérum antistreptococcique.

Ainsi qu'il a été dit, dans les localisations streptococciques traitées par le sérum, on observe souvent la défervescence en 24 h. à 48 h. Mais il est nécessaire de maintenir les malades sous l'influence du sérum pendant encore 3 ou 4 jours. Chez deux femmes atteintes de fièvre puerpérale à streptocoques, la disparition complète, en 24 heures, sous l'influence de la sérothérapie, de la fièvre et des symptômes infectieux, avait laissé croire à la guérison définitive. Malgré mon conseil, on cessa l'emploi du sérum. Or ces deux malades non traitées complètement ont succombé à un retour brusque d'infection. Par contre, si on reprend sans tarder les injections de sérum antistreptococcique, la fièvre s'éteint de nouveau et la guérison est assurée.

La même constatation a été faite dans l'érysipèle malin. T = 41°1, délire violent alternant avec stupeur, albuminurie intense, œdème de la glotte, etc. Une nouvelle injection arrête net une récidive inquiétante.

Ces faits ont la signification d'une contre-épreuve expérimentale. Ils confirment d'une autre manière l'activité spécifique du sérum dans les infections qui relèvent du streptocoque.

Dans les formes graves, le sérum doit être injecté par la voie intraveineuse.

(1) Communication à l'Académie des Sciences du 27 mai 1929.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations infantiles, par le Dr PAISSEAU. Un volume in-16 de 174 pages, 15 fr. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Ce nouveau volume complète un ensemble qui, sous le titre de *Pratique thérapeutique infantile*, comprend un *Formulaire de thérapeutique infantile*, un volume d'*Hygiène et Diététique infantiles* et ce troisième volume contenant cent-trente-cinq *Consultations infantiles*, les plus usuelles et les plus intéressantes.

Le praticien trouvera dans cet ouvrage un schéma qui, dans sa pratique journalière le conseillera et le guidera dans les cas particuliers qu'il aura à soigner.

Les formules sont simples et bien choisies et l'idée dominante de l'auteur a été d'indiquer un traitement sans perdre de temps à des recherches.

L'ouvrage, dans sa conception schématique, sera très utile au praticien qui y trouvera un choix judicieux et clair de conseils thérapeutiques.

Dentisterie opératoire. Carie dentaire et pyorrhée, par J. LUBETZKI. 1 vol. in-16 de 522 pages, avec 208 figures. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, 24 fr.

Condenser la dentisterie opératoire d'aujourd'hui dans des volumes si petits que ceux de la collection Godon n'est pas chose facile. M. Lubetzki y a cependant réussi, mais en faisant grossir quelque peu le volume, qui dépasse 500 pages et... en ne traitant que la moitié des sujets entrepris puisque nous trouvons seulement là une étude de la carie et de la pyorrhée. D'autres questions telles que la préparation des cavités et les procédés divers d'obturation devant faire l'objet d'un autre travail de l'auteur.

Ce travail de notre confrère, préparé pour les étudiants, mais que de nombreux praticiens liront avec fruit, constitue un exposé de l'excellent enseignement de la dentisterie opératoire de l'Ecole dentaire de Paris ; il sera bien accueilli et rendra service aux grands comme aux petits dans la profession.

La question de l'opium, par Justin ZENDER, privat-docent à l'Université de Genève. Un volume grand in-8 de 283 pages avec graphiques (Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris), 35 fr.

On lira avec intérêt et curiosité tout ce que M. ZENDER raconte sur les mangeurs, les chiqueurs, les buveurs et les fumeurs d'opium.

De nombreux graphiques permettent de lire très utilement les statistiques très nombreuses et très complètes publiées par l'auteur. La fin de l'ouvrage est consacrée aux conventions et accords internationaux relatifs à l'opium.

Revue d'histoire littéraire de la France, publiée par la Société d'histoire de la France. Paraît tous les trois mois. Abonnement : France : 50 fr. Librairie Armand Colin, 103, boulevard St-Michel, Paris.

Sommaire du n° de janvier-mars 1929 : I. Ch. Boudors : « Une amie de Pascal » ? Marie Perriquet et sa sœur Geneviève (suite). — H. Grubbs : The originality of La Rochefoucauld's Maxims. — G. Benoist : Joseph Méry et ses poèmes satiriques sous la Restauration.

II. Mélanges : Le sac de Scapin. — Correspondance inédite entre Thomas et Barthe : 1759-1785 (suite). — Lamartine, Lamenais et Hugo : Lettres à un jeune admirateur belge. — Sainte-Beuve et Jean Bertaut.

III. Comptes rendus.

IV. Chronique.

La Bretagne vue par les écrivains et les artistes, recueil de textes suivi d'un Guide pratique, par Camille LE MERCIER d'ERM. Un vol. de 450 pages, avec 110 illustrations et une carte. (Vald. Rasmussen, éditeur, Paris). Prix : broché, 25 frs. ; relié, 35 frs.

Touristes et lettrés apprécieront particulièrement *La Bretagne vue par les écrivains et les artistes*. Ils y verront cette terre de beauté sous les aspects les plus séduisants et les plus variés, le peuple breton dans les plus riches manifestations de son génie créateur. Contes et légendes, chansons populaires, poésie bardique, histoire, traditions, folklore, mœurs et coutumes, costumes, fêtes, danses et musique nationales, « pardons » des vieux Saints du pays, chapelles et fontaines miraculeuses, donjons, calvaires, mégalithes, paysages évocateurs, merveilles de l'art local, fines recettes culinaires, et spécialités gastronomiques, on trouvera de tout cela, et davantage encore, dans ces pages empruntées aux meilleurs écrivains et artistes que la Bretahne ait inspirés.

Ce recueil est suivi d'un guide sommaire, mais complet et pratique, des curiosités naturelles et artistiques de la province, de références bibliographiques, et enrichi d'une carte et d'une abondante illustration.

ACTUALITÉS

Les tumeurs cérébrales et la ventriculographie,

Par H. CODET.

On connaît la fréquence des tumeurs cérébrales, souvent méconnues et l'effort remarquable des neurologistes contemporains pour en faciliter le diagnostic plus précoce, en préciser la localisation. Des indications opératoires qui en découlent permettent d'éviter un nombre impressionnant de morts et d'infirmités irrémédiables.

Dans ce sens, la ventriculographie mérite d'être plus connue qu'elle ne l'est encore. P. Cossa lui a consacré un travail très complet et instructif (1), effectué dans les services de Babinski et de Cl. Vincent. C'est ce dernier qui a introduit en France la méthode découverte en 1918 par Dandy, neurochirurgien américain ; il en a, de plus, précisé les indications et la technique.

On trouvera, dans l'ouvrage de Cossa, outre une copieuse bibliographie, un historique de la methode, un rappel de l'anatomie et de la physiologie des ventricules, une étude critique des différentes techniques proposées pour la radiographie des contours ventriculaires.

A l'injection d'huile opaque, celle d'air stérilisé semble préférable ; de même, à la voie d'introduction lombaire, la voie directe, cranienne.

La technique est assez simple : double trépanation occipitale, symétrique, sous anesthésie locale. Ponction de la corne occipitale du ventricule. Evacuation d'une certaine quantité de L. C. R. remplacée par de l'air stérilisé. Il faut avoir soin de contrôler constamment, au cours de l'opération, l'état de la pression ventriculaire. L'air, ainsi introduit ne remplit pas entièrement les ventricules mais forme une bulle qui se déplace, selon les mouvements de la tête, comme la bulle d'un niveau d'eau. Aussi doit-on, pour chaque malade, prendre une série de clichés en positions successives : front en haut, occiput en haut, bregma en haut, en position latérale.

On peut, de la sorte, étudier, successivement, la forme et la situation de toutes les cornes ventriculaires, les modifications observées permettent de déduire les déplacements des ventricules dans les trois dimensions de l'espace et, éventuellement, le siège de la tumeur.

C'est, en effet, pour le diagnostic de siège des tumeurs cérébrales que la ventriculographie est essentiellement utile. Les statistiques publiées indiquent la possibilité de préciser cette localisation dans 90 à 98 % des cas. Cette proportion est énorme, en regard des difficultés et souvent de l'impossibilité de ce diagnostic par la seule clinique.

Cossa rapporte 40 observations, avec 20 clichés et les schémas correspondants, qui permettent au lecteur d'apprécier les diverses images tumorales, selon les sièges différents ainsi que dans les cas d'hydrocéphalie.

Les dangers, réels, de cette méthode ne sont pas oubliés. Ils sont très diminués par l'observance de précautions rigoureuses, en particulier, le contrôle constant de la tension durant l'intervention. Ils sont suffisants pour faire écarter la ventriculographie lorsque la clinique a permis un diagnostic complet de localisation. Au contraire, ils ne doivent pas priver le malade du secours de cette méthode s'il subsiste le moindre doute clinique. Il est presque toujours possible d'éviter les erreurs en faisant le contrôle rigoureux et réciproque des deux ordres d'investigation.

Faisant la balance entre avantages et inconvénients, Cossa résume les indications dans le schéma suivant :

I. CLINIQUE : Localisation précise, catégorique. Pas de VENTRICULOGRAPHIE.

II. CLINIQUE : Localisation non catégorique. VENTRICULOGRAPHIE.

a) Resultats concordants. Confirmation de la clinique.
b) Résultats discordants. Cas d'espèces : donner la prépondérance aux indications cliniques.

III. CLINIQUE : Pas de localisation. VENTRICULOGRAPHIE seule indication.

En somme, il y a grand intérêt à connaître cette méthode encore trop peu répandue, plus audacieuse en apparence que périlleuse, lorsqu'elle est appliquée à bon escient et dont l'emploi peut être extrêmement précieux dans des cas si redoutables par eux-mêmes.

(1) Paul COSSA. — La ventriculographie. Paris, A. Legrand, 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juin 1929

L'élimination des phénols. — MM. *Achard* et *Codounis.*

Contribution expérimentale à l'étude étiologique de la syringomyélie. — MM. *C. Levaditi, P. Lépine* et Mlle *R. Schoen*, au cours de leur travaux sur l'encéphalomyélite du renard, ont observé chez un jeune animal, inoculé par voie intracranienne, une maladie nerveuse ayant évolué en seize jours due à la formation de cavités syringomyéliques dont ils ont réussi à préciser les phases évolutives et le mécanisme de formation. Les lésions constatées siègent exclusivement dans la moelle où elles revêtent, suivant leur stade, les caractères soit d'une myélite inflammatoire dégénérative et hémorragique, soit d'une cavité syringomyélique parfaitement constituée. Cette cavité, indépendante du canal épendymaire, occupe le cordon et la corne postérieure au niveau de la moelle cervicale, le cordon latéral au niveau de la moelle dorsale et résulte de la confluence de cavités plus petites formées aux dépens des foyers inflammatoires.

C'est la première fois que l'inoculation d'un ultravirus neurotrope declenche l'apparition de lésions cavitaires de la moelle absolument identiques à celles qui caractérisent certaines formes de syringomyélies humaines, dont on a depuis longtemps soupçonné la nature infectieuse. Il est particulièrement important de constater qu'un même virus peut provoquer, tantôt l'encéphalite, tantôt la myéltte, tantôt enfin la syringomyélie. Ces considérations et l'étude microscopique des foyers évolutifs observés éclairent d'un jour nouveau l'étiologie de la syringomyélie humaine et le processus de ses lésions anatomo-pathologiques.

Les eczématides secondaires, d'origine allergique, survenant au cours des intertrigos à levures (levurides). — M. *Paul Ravaut* montre, en s'appuyant sur des faits cliniques et thérapeutiques, qu'une variété d'intertrigos déterminée par des levures peut, chez certains malades spécialement sensibilisés, se compliquer d'éruptions secondaires à type d'eczématides

Les examens microbiologiques, l'étude des réactions humorales, la reproduction expérimentale chez l'homme de ces lésions au moyen d'injections intradermiques de levurine confirment l'origine et le mécanisme de ces eczémas ; ils représentent de véritables levurides non encore décrites.

Ces faits sont importants, car ils montrent que les réactions cutanées appartenant à ce groupe s'étendant depuis l'eczéma jusqu'au psoriasis, représentent des manifestations secondaires, allergiques ; elles sont sous la dépendance d'un foyer primitif qui peut être visible comme dans les intertrigos à levures, ou d'autres lésions parasitaires, mais qui peut être occulte rester caché et demande d'être recherché.

De nombreuses déductions thérapeutiques découlent directement de ces faits nouveaux.

Voyage avec des émigrants du Havre à Buenos-Aires (suite aux études sur la greffe interraciale). — M. *René Martial*, revenant sur la question dont il a déjà entretenu l'Académie (3 avril 1928), étudie les conditions nouvelles dans lesquelles sont maintenant transportés les émigrants. Il n'est plus question de l'entassement et des conditions anti-hygiéniques d'autrefois. Le bateau des Chargeurs Réunis, sur lequel M. Martial a accompagné des émigrants polonais en Argentine, réunit des conditions d'hygiène et de sécurité remarquables. Signalons spécialement la bonne installation de la ventilation, de l'évacuation de l'air vicié et éventuellement du chauffage. Le voyage se ferait dans les meilleures conditions si on n'avait à lutter avec la négligence des émigrants et avec leur malpropreté personnelle, malgré les douches dont ils disposent.

La surveillance des émigrants est assurée par des inspecteurs et des médecins de leur nationalité, ce qui n'est pas sans inconvénients et est de nature à diminuer l'autorité du médecin du bord.

Cette réserve faite, il faut constater le grand effort fait par nos compagnies de navigation, il est tout à l'honneur de la marine marchande française.

De l'emploi du lactosérum en thérapeutique chirurgicale. — MM. Henri de ***Rothschild*** et Pierre *Mazé* ont cherché à établir, par la précipitation diastasique et la filtration, un lactosérum entièrement débarrassé des matières grasses et albuminoïdes en suspension dans le lait, et susceptible d'être utilisé en thérapeutique chirurgicale. Leur technique leur a permis d'établir un lactosérum clair et transparent, parfaitement aseptique et d'une réaction légèrement acide (pH 6,5). Il contient par litre : 5 grammes de lacto-protéines en solution, 52 grammes de lactose, 7,5 à 8 grammes d'éléments organo-minéraux environ. Il est à la fois stable, homogène et d'une conservation quasi-indéfinie.

A la suite d'expériences nombreuses et concluantes faites à l'école vétérinaire d'Alfort, par MM. les professeurs Coquet et Lesbouyriès sur diverses espèces d'animaux, M. Henri de Rotschild a appliqué le lactosérum, à la thérapeutique chirurgicale humaine. Pour commencer, il a traité avec succès des plaies atones ou infectées (ulcères variqueux, brûlures). A la suite de ces premiers résultats, le professeur Delbet a appliqué le lactosérum dans son service de l'hôpital Cochin, pour le traitement d'appendicites gangréneuses avec péritonite, d'ulcères variqueux, d'ostéomyélites, etc. Les résultats obtenus sont excellents et les malades guérissent dans un temps variable entre une et trois semaines.

D'autres applications ont été faites par M. Picot, à l'hôpital Lariboisière et à la fondation Mathilde-Henri de Rothschild, dans des cas d'appendicite gangréneuse, d'anthrax, d'infiltration d'urine, etc...

En chirurgie urinaire. M. Heitz-Boyer l'a employé à l'hôpital Saint-Louis et a obtenu en peu de temps la désinfection de la vessie et de l'uretère.

Le lactosérum n'irrite ni la peau, ni les muqueuses, ni les séreuses et il est parfaitement toléré par les malades.

Ainsi, le lactosérum, préparé d'après la technique de M. P. Mazé, a donné les résultats les plus heureux dans des cas où un traitement antiseptique ou aseptique a échoué.

Le lactosérum en thérapeutique chirurgicale agit sans doute grâce : 1° à ses propriétés cytophylactiques, en développant une phagocytose intense, qui aseptise la plaie et favorise l'élimination rapide des tissus nécrosés ou mortifiés ; 2° à son équilibre isotonique avec les humeurs de l'organisme ; 3° à ses propriétés nutritives et à sa haute teneur en éléments organo-minéraux, qui activent le développement des tissus de réparation.

En fait, le lactosérum peut être considéré comme un moyen de traitement des plus actifs dans le traitement des lésions infectées et gangrenées et, en général, de tout foyer de suppuration, sans qu'il soit encore possible de préciser à laquelle de ses propriétés il convient d'attacher le plus d'importance.

Prix Albert de Monaco. — L'Académie, en comité secret, a procédé au vote pour l'attribution du prix.

Le prix a été attribué à M. Amédée Borrel, ancien professeur à l'Institut Pasteur, professeur de bactériologie à l'Université de Strasbourg, pour l'ensemble de ses recherches sur le cancer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1925.

Anémie splénique traitée par la splénectomie. — ***M. Brocq.*** — Jeune homme de 26 ans. Hématémèses très abondantes. Anémie considérable. Série de transfusions qui améliore passagèrement le taux d'hémoglobine ; puis traitement radiothérapique inopérant. Splénectomie assez laborieuse suivie d'une transfusion immédiate. Amélioration très rapide. L'examen histologique montre une hémolyse très intense dans les lacunes spléniques. Quelques mois après, le malade présente de nouveau des hématémèses et la formule sanguine révèle de nouveau une anémie moyenne.

Luxation congénitale de la hanche. — ***M. Lance***, à propos du cas de M. Delahaye, rapporté par M. Mathieu à la dernière séance, reprend la classification des luxations de la hanche. Quand la luxation est intermédiaire, la butée ne peut agir qu'en extension, tandis qu'en flexion, la tête file en arrière du butoir. Il faut donc, dans ces cas, compléter la butée par des greffons antérieurs et postérieurs. Enfin M. Lance pense que l'arthrotomie n'est pas nécessaire, la voie extra-articulaire est toujours suffisante.

Deux cas de chirurgie biliaire. — ***M. Vanlande.*** Rapport de ***M. Baumgartner.***

Le premier cas concerne un homme qui avait présenté des crises douloureuses et qui depuis trois mois avait un ictère chronique, très intense, sans fièvre. Intervention : vésicule pleine de calculs ; un ganglion comprime le cholédoque. Extirpation de la vésicule et du ganglion. Guérison.

Le deuxième cas concerne un homme atteint de crises douloureuses très intenses, sans ictère. Intervention : vésicule épaissie. Au cours du décollement, il crève une collection jaunâtre entre la vésicule et le hile du foie. Cholécystectomie. Guérison.

Dans la paroi de la vésicule, on trouve des amas inflammatoires d'aspect nécrotique avec, au centre de chacun d'eux, un œuf de fasciola gigantea. C'est le troisième cas publié de cette parasitose. En outre, c'est la première fois que l'on signale la présence des œufs dans les parois mêmes de la vésicule.

M. Cunéo ne pense pas que la pénétration des œufs puisse s'expliquer par la voie sanguine.

Un cas de chylothorax traumatique. — ***M. Paitre*** (de l'armée), rapporté par ***M. Lenormant.***

40 heures après le traumatisme, le malade est pris de phénomènes syncopaux avec des sueurs intenses. Il existe un épanchement pleural. Ponction de 350 cmc d'un liquide chyleux. En 10 jours, l'épanchement a complètement disparu.

Habituellement, le chylothorax est très abondant, récidive plusieurs fois et peut entraîner la mort.

M. Lecène croit que l'absorption des protéines hétérogènes au niveau de la plèvre est la cause des accidents graves qu'a présentés le malade.

Fracture de l'astragale. — ***M. Ibos.*** Rapport de ***M. Lenormant.*** — Homme ayant fait une chute dix mois auparavant et traité par un plâtre. La marche est très difficile. Les radiographies montrent une fracture de l'astragale avec une fracture de la malléole interne. Astragalectomie assez pénible ; avivement du plafond de la mortaise et de la malléole externe. Marche assez bonne maintenant.

Transplantation du péroné. — ***M. Moulouguet.*** Rapport de ***M. Lecène.***

Malade de 63 ans ayant une ostéomyélite du tibia. Au bout de sept mois, elle présentait une perte de substance du tibia de 10 centimètres de long.

Transplantation du péroné avec un pédicule musculaire postérieur.

Six mois après l'opération, la radiographie montre des coulées osseuses le long du transplant. Un an après, fracture spontanée du greffon. La consolidation est activée par des greffes ostéo-périostiques. A l'heure actuelle, la marche est normale et la consolidation est complète.

M. Lecène fait alors un exposé des diverses variétés de transplantations du péroné à la place du tibia.

M. Lecène a fait la transplantation unipolaire du péroné une fois et le blessé n'a mis que six mois à consolider.

Une autre fois, chez une femme de 23 ans, après plusieurs échecs, M. Lecène a fait la même opération ; quelques mois après, il place des greffes ostéo-périostées. Guérison.

M. Cunéo expose la technique de son procédé qui est très simple, en faisant le lambeau externe décrit pour l'amputation de jambe.

M. Dujarier préfère utiliser la greffe rigide d'Albee.

M. Alglave préconise le greffon costal.

G. MENEGAUX.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Quelques notions du traitement médical de la sténose pylorique ulcéreuse.

Par G. FAROY.

Il n'est pas rare de constater, au cours des poussées évolutives de l'ulcère gastrique, des phénomènes de sténose pylorique plus ou moins serrée et plus ou moins complète, accompagnant les crises douloureuses.

Le malade, dont l'estomac n'est jamais vide, souffre, sans la régularité de l'horaire tardif classique ; des paroxysmes douloureux s'ajoutent à la sensation de plénitude constante et se terminent une ou plusieurs fois dans la journée par des vomissements d'abondance variée, toujours hyperacides, contenant des débris alimentaires ingérés plus ou moins longtemps auparavant et traduisant l'hypersécrétion et la stase.

Une partie du contenu gastrique peut s'évacuer par le pylore, d'une façon irrégulière, mieux certains jours ou à certaines heures ; mais les vomissements entraînent malgré tout une carence alimentaire et une déshydratation, proportionnelles à leur abondance et à leur fréquence.

L'examen physique décèle un estomac toujours clapotant, en particulier à jeun, dont le péristaltisme, en partie impuissant, s'extériorise souvent par des contractions péristaltiques visibles ou par la tension intermittente de l'épigastre.

Le tubage, comme les vomissements, révèle l'hypersécrétion et la stase ; l'examen radiologique confirme entièrement le diagnostic de sténose et permet d'en préciser le degré et souvent la nature.

TRAITEMENT. — En face d'un tel tableau clinique, le médecin juge presque toujours un traitement médical impossible, en raison de la présence constante dans l'estomac de liquides qui, en diluant dans des proportions parfois considérables les médicaments ingérés, annihilent complètement leur action.

Il est cependant possible de tourner la difficulté et c'est à A. Mathieu que nous devons de connaître, dans ces cas embarrassants, l'efficacité des lavages d'estomac dont on a autrefois tant abusé et qu'on a peut-être trop tendance à négliger actuellement.

Le *lavage d'estomac*, en vidant l'organe des liquides de stase et hyperacides qu'il contient, diminue l'irritation de la muqueuse, fait cesser les réflexes dont elle est la cause et par suite atténue la fréquence et l'intensité des spasmes pyloriques, qui peu à peu tendent à disparaitre.

Il doit être pratiqué tous les jours, de préférence le matin à jeun ; après évacuation des liquides, on fait passer dans l'estomac, par demi-litre ou quart de litre, un ou deux litres seulement d'eau bouillie, sans qu'il soit nécessaire de chercher à obtenir une eau de lavage absolument claire ; puis, comme Mathieu le conseille, ou réintroduit par la sonde un quart ou un demi-litre de lait, additionné ou non de poudre de viande, effectuant ainsi un véritable *tubo-gravage*. La poudre de viande sert d'aliment, neutralise en partie l'acidité gastrique et constitue au besoin un témoin de la stase.

En même temps que cette thérapeutique d'ordre mécanique, il est nécessaire, pour combattre la déshydratation déjà existante qui pourrait être aggravée par la suppression brusque des liquides contenus dans l'estomac, et en attendant la reprise d'une alimentation suffisante, d'introduire de l'eau dans l'organisme, sous forme de *sérum glucosé en injections hypodermiques ou en goutte-à-goutte rectal* ; le sérum salé physiologique doit être évité chez les hyperchlorhydriques à cause de sa teneur en NaCl.

Enfin, il est indiqué de lutter contre le spasme pylorique et de diminuer la sécrétion gastrique à l'aide de *sulfate d'atropine*, dont on peut prescrire un milligramme ou un milligramme et demi, soit sous la peau, soit dans le goutte-à-goutte rectal.

Les récents travaux de Pierre Duval et de son école ayant montré que les périodes évolutives de l'ulcère gastrique étaient souvent dues à des poussées infectieuses, il semble souvent nécessaire, comme ces auteurs l'ont proposé, d'appliquer une *thérapeutique antimicrobienne* à l'aide de *stock-vaccins* préparés pour cet usage ; son effet viendra utilement s'associer à ceux obtenus par les procédés précédents.

Pendant cette phase du traitement, le malade doit, autant que possible, conserver le *repos au lit* et suivre un *régime strictement lacté* ; le lait, à la dose de deux litres par jour environ, peut être citraté, à raison de 4 à 5 grammes de *citrate de soude* par litre, pour être rendu incoagulable ; ou encore être additionné d'*atural* ; il est plus simple d'utiliser les *laits homogénéisés* qui se trouvent dans le commerce.

Ce traitement, doit être poursuivi jusqu'à ce que les vomissements aient disparu, et que la perméabilité pylorique se soit à peu près complètement rétablie ; il est rare qu'au bout de huit ou dix jours il n'en soit pas ainsi, dans les cas favorables, ainsi qu'il est permis de le constater par un nouvel examen radiologique ; le malade, qui a retrouvé l'appétit, reprend des forces et du poids et il est alors possible de le soumettre au traitement habituel de l'ulcus et de la gastrite hyperchlorhydrique : pansements bismuthés, alcalins et alcalino-terreux, belladone ou atropine, tous médicaments qui pourront à ce moment être administrés utilement *per os*.

Dans les cas moins favorables, les lavages d'estomac ne parviennent pas à faire disparaître complètement la stase et à perméabiliser le pylore. On est amené rapidement à proposer une intervention chirurgicale, qui, grâce au traitement suivi sera effectuée dans les meilleures conditions pour le malade, surtout si on a eu recours en outre à la *vaccinothérapie* ; l'état général du patient est en effet remonté, et l'estomac lui-même a subi la préparation indispensable à la bonne évolution des suites opératoires.



REVUE DE PRESSE DEPARTEMENTALE ET COLONIALE

Médecine légale.

L'autopsie d'un scaphandrier, mort rapidement après trois plongées profondes et prolongées, a permis de faire les constatations suivantes (Boinet, *Marseille Médical*, 5 avril 1929) :

Congestion intense des deux poumons sans infarctus ni foyers hémorragiques. Cœur gauche normal, cœur droit dilaté, aorte normale. Foie congestionné. Reins très fortement congestionnés.

La mort était survenue avec des symptômes de congestion pulmonaire considérable, d'asphyxie progressive et de collapsus cardiaque.

Psychiatrie.

La constatation de symptômes d'excitation au cours de l'épilepsie est bien connue ; Lerat et Sabelle rapportent l'observation d'une jeune fille chez laquelle on observa, à la suite des crises, une période de dépression qui fait place à un état d'excitation maniaque d'égale durée et d'une intensité proportionnelle à celle de la crise comitiale qui l'a précédé (*Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle*, avril 1929).

Chez cette malade les symptômes d'excitation et de dépression post-épileptiques ne sont pas équivoques, ils ne sont dus ni à la colère ni au délire, ils sont absolument du même ordre que ceux de la psychose périodique, dite maniaque-dépressive ; autrement dit, on assiste à la succession d'accès ainsi constitués : 1° dépression, ou mieux asthénie physique (épuisement des forces musculaires et ralentissement de l'idéation) ; 2° excitation maniaque ou hypersthénie, constituée essentiellement par l'exagération de l'activité musculaire et idéative.

Dans le cas en question, on ne peut réunir ces symptômes sous le nom de psychose périodique, affection dont les accidents semblent se manifester primitivement, sans cause appréciable cliniquement ; les troubles sont secondaires puisqu'ils surviennent manifestement sous l'influence d'agents asthénisants qui sont les attaques d'épilepsie. Il s'agit donc en définitive d'*asthénomanie secondaire*.

Dermatologie.

L'eczéma a groupé, au cours du XIXe siècle, un ensemble assez disparate de dermatoses réunies par une apparente similitude d'aspect ; depuis trente ans les recherches microscopiques et les résultats des cultures ont démontré qu'il s'agit, dans bien des cas, de dermites ou d'épidermites d'origine externe. Il est donc temps de réviser, les conceptions classiques et de délimiter le domaine actuel de l'eczéma (Carle, *Journal de médecine de Lyon*, 5 mai 1929).

Les travaux récents ont permis de séparer de l'eczéma : 1° des épidermites mycosiques (eczéma marginé, épidermomycoses, eczématoïdes, dyshydrose, forme intertrigineuse) ; 2° des épidermites microbiennes, comprenant les staphylococcies eczématiformes (folliculites, sycosis), les streptococcies eczématiformes (impetigo, intertrigo, eczémas aérolaires, dermites infantiles) et les coccidies eczématiformes, 3° des dermites professionnelles. Comme conclusion pratique, il ne faut jamais prononcer le diagnostic d'eczéma avant de s'être bien assuré qu'une irritation d'origine externe n'est pas la cause de l'éruption.

Dans cette conception nouvelle, le traitement prend le caractère d'une épreuve, d'une pierre de touche ; voici la conduite à tenir dans les cas les plus habituels d'épidermites.

Premier cas. Les lésions se présentent sous leur forme pritive, sèche. Souvent les badigeonnages iodés faibles suffisent, mais il y a avantage à les alterner avec les applications de pommades au soufre et au goudron ; ni régime ni médication interne.

Deuxième cas. Les lésions sont eczématisées. Commencer par calmer l'irritation par des applications prolongées de compresses humides, puis passer aux topiques précédents.

Troisième cas. Les lésions sont impétiginisées. Ces cas représentent le triomphe de l'eau d'Alibour et surtout de la formule simplifiée de Sabouraud :

Sulfate de zinc....................	1 gr.
Sulfate de cuivre..................	4 gr.
Eau distillée......................	1 litre.

Chirurgie.

L'appendicite de l'enfant n'est pas superposable à celle de l'adulte (C. Darcourt, *Marseille médical*, 15 avril 1929) ; les notions, éparses dans les traités classiques, ne se dégagent pas nettement ; elles gagnent à être réunies et mises en relief pour éviter des catastrophes.

1° Le péritoine de l'enfant se défend mal, parfois même ne se défend pas du tout ; d'où la fréquence des péritonites septiques diffuses.

2° Les lésions de l'enfant brûlent les étapes ; une perforation sans barrage se produit facilement dans les 12 heures.

3° L'enfant résiste mal à l'intoxication ; les formes hypertoxiques sont son apanage.

4° La brusquerie, avec laquelle l'organisme jeune lâche pied, est caractéristique.

5° Les symptômes sont obnubilés par le traitement. La diète et la glace suffisent souvent à calmer les douleurs, à arrêter les vomissements et à abaisser la température, mais l'infection progresse.

6° Le tableau clinique est manifestement insuffisant pour préjuger les lésions ; il faut supposer et craindre plus que ce que l'on voit et que ce que l'on sent. Les appendices sphacélés, gangrénés même, avec signes cliniques réduits sont monnaie courante.

7° Chez l'enfant il y a moins de risques à opérer qu'à attendre.

Oto-rhino-laryngologie.

L'otite chronique suppurée bénéficie, dans un cinquième des cas, de l'application des rayons ultra-violets (Duvernoy, *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 mai 1929) ; la technique est la suivante : lampe de Saidmann à électrodes polymétalliques ; irradiation générale quotidienne à 50 cm. de la lampe ; durée d'exposition avant et arrière : de 1 à 10 minutes par jour jusqu'au huitième jour, puis 5 minutes par jour jusqu'au douzième.

Obstétrique.

« Assistons-nous à la faillitte des maladies gravidiques ? ». Telle est la question posée par Marc Rivière dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (10 mai 1929).

Les vomissements gravidiques tendent de plus en plus à être considérés comme traduisant un état psychique spécial ou même comme le symptôme banal d'une dyspepsie, d'une aéraphagie, d'une ptose ; l'intoxication, qui les accompagne, paraît être une intoxication secondaire banale, liée à la combustion des réserves organiques.

Il semble que l'anémie pernicieuse gravidique ne doive pas être considérée comme une maladie spécifique, mais simplement comme une forme clinique du syndrome de Biermer.

Les pyélonéphrites gravido-toxiques ne sont en général qu'une forme clinique du syndrome entéro-rénal, la gestation ne jouant, dans leur apparition, que le rôle de cause prédisposante.

Les phénomènes dits d'intoxication gravidique, qui vont de l'albuminurie simple aux grands paroxysmes éclamptique et hémorragique, ne présentent de spécificité ni au point de vue symptomatique, ni au point de vue pathogénique ; ils semblent bénéficier bien davantage de la thérapeutique médicale et de la diététique que du traitement obstétrico-chirurgical, abstraction faite de l'apoplexie utéro-placentaire.

La gestatton ne serait donc plus le facteur pathogénique exclusif, mais un simple facteur étiologique ; elle ne ferait qu'imprimer aux états précédents une physionomie particulière.

Faillite ou éclipse des maladies gravidiques ?

Varia.

Il est de prudence élémentaire d'être toujours pessimiste en présence d'une crise appendiculaire même d'apparence très bénigne (Robert Cleuet, de Lille).

Le pneumothorax est et doit rester une opération de sanatorium ; car il n'est pas à lui seul un traitement suffisant (Lemoyne, de Quimper).

On met généralement très volontiers, c'est si commode, sur le compte des erreurs de la radiologie des diagnostics erronés se traduisant par une thérapeutique décevante. On trouverait encore beaucoup plus d'erreurs de diagnostic imputables à des examens radiologiques trop tardifs et surtout incomplets. Au demeurant, l'examen radiologique n'est qu'une partie de l'examen clinique du malade (H. Josse, d'Alger).

J. LAFONT.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

La thérapeutique en vingt médicaments

Quelques années avant sa mort, Huchard, en collaboration avec Ch. Fiessinger, synthétisait les résultats de sa longue pratique thérapeutique dans un remarquable petit volume intitulé « La thérapeutique en vingt médicaments » (Maloine, Paris 1910) et il disait dans sa préface : « Nous espérons ainsi prouver qu'avec vingt médicaments, dont l'action physiologique et la posologie sont bien connues, les praticiens pourront satisfaire aux principales exigences de la thérapeutique ».

Depuis moins de vingt ans, sans que la matière médicale ait sensiblement changé, sans que la pharmacodynamie ait élucidé de nouveaux mécanismes d'action des médicaments, sans que la biologie nous ait ouvert des horizons nouveaux, cette thérapeutique simple, étayée sur des faits nombreux et bien observés, tend à être remplacée d'une part par l'emploi de sérums spécifiques ou polyvalents et d'autre part par des médicaments galéniques associés tellement nombreux qu'il semble que le médecin n'ait plus confiance en l'action des médicaments qu'il prescrit et qu'il tente la chance d'un résultat thérapeutique.

Actuellement, dans bien des cas, c'est vingt médicaments dans un traitement en une seule préparation ; nous retombons inconsciemment ou volontairement dans la polypharmacie des anciens âges ; nous associons dans une même formule une demi douzaine d'extraits ou de principes actifs végétaux et des extraits opothérapiques les plus variés, sous le fallacieux prétexte de toucher à la fois les différents appareils dont les fonctions viciées déterminent les troubles morbides que l'on veut combattre.

Sauf certains cas déterminés, enseignés par les pharmacologues, les associations médicamenteuses ne sont pas recommandables, le plus souvent elles sont inutiles, quelquefois même, elles sont dangereuses ; le médecin traitant doit se rendre compte de l'effet d'une médication ; il en tire des éléments de diagnostic et de pronostic, et il doit pouvoir la modifier suivant la réaction qu'il constate. Pourquoi vouloir compliquer sa tâche avec des associations complexes, tâche déjà assez difficile avec un médicament simple, dont on connaît bien le mécanisme d'action et la réaction de l'organisme ?

Comme le disait Huchard (p. 182) « Commençons par traiter l'organe malade ; nous verrons bien par la suite si la thérapeutique doit être compliquée par l'adjonction d'un nouveau produit ». Dans le traitement de l'hypertension, dont il a si bien déterminé l'origine rénale dans la plupart des cas, il montrait combien il était chimérique de s'adresser à des médicaments cardiaques pour faire cesser les accidents qui s'amendaient d'eux-mêmes sous l'influence de l'amélioration de l'élimination rénale. De même que dans les affections cardiaques, l'action de la digitale sur le cœur suffit pour déterminer la diurèse par amélioration de la circulation générale ; de même, dans l'hypertension, l'administration de gui provoque, en même temps que la diurèse l'amélioration des symptômes cardiaques sans qu'il soit utile de lui adjoindre comme on a tendance à le faire, actuellement, des toniques ou des analeptiques du cœur. De deux choses l'une, ou le gui agit sur le malade, abaisse sa tension, augmente sa diurèse et il faut le laisser agir seul, ou, au contraire, on n'obtient point de résultat et il est inutile de lui associer une autre médication (dite adjuvante ?) il n'y a même pas de temps à perdre et il faut changer de médication. De même dans ce cas, l'association d'extraits opothérapiques est inutile et même nuisible : si les sécrétions internes sont viciées ou insuffisantes parce que la circulation et la nutrition de la glande sont troublées ; elles se rétabliront d'elles-mêmes en même temps que la circulation deviendra plus normale.

Le mécanisme de l'action thérapeutique du gui dans le traitement de l'hypertension et de l'artério-sclérose est actuellement bien connu par les travaux pharmacodynamiques de Chevalier et de Busquet en France, de Fubini et Antonini en Italie ; il agit à la fois sur le système nerveux central, sur les vaso-moteurs périphériques, sur les fibres lisses des muscles des vaisseaux et, de plus, il exerce une action rénale qui active l'élimination azotée et chlorurée. C'est actuellement le seul hypotenseur qui ait résisté à une expérience thérapeutique prolongée depuis près de vingt ans, il n'a besoin d'aucune association pour régulariser l'appareil cardio-vasculaire déséquilibré par l'insuffisance rénale et l'hypertension. Il doit être prescrit seul et sa meilleure forme d'administration est la Guipsine.

NOUVELLES

Prix de Médecine navale. — Le prix de médecine navale, pour 1929, a été attribué à M. le médecin en chef de 2e classe Bellot, pour son travail intitulé : Traitement sclérosant, en une séance, des hémorroïdes. Résultats d'une expérience de cinq années.

D'autre part, une mention très honorable a été accordée à cette occasion aux officiers du corps de santé dont les noms et les travaux suivent :

MM. le pharmacien chimiste en chef de 1re classe Izambert et le pharmacien chimiste principal Bremond : L'analyse du vert de Schweinfurt.

M. le médecin en chef de 2e classe Cazeneuve : Les maladies vénériennes dans les équipages des forces navales en Extrême-Orient.

MM. le médecin en chef de 2e classe Candiotti et le médecin principal Nivière : Les opérations d'incorporation au Ve dépôt des équipages de la flotte.

M. le médecin principal Hamet : L'Œuvre sanitaire des Américains en Haïti.

M. le médecin principal Negrie : La technique de l'évidement pétro-mastoïdien et la neurotomie rétrogassérienne, et, en collaboration avec M. le médecin de 1re classe Rolland : L'anesthésie paravertébrale.

M. le médecin de 1re classe Bideau : La désinfection et la dératisation par l'acide cyanhydrique.

M. le pharmacien chimiste de 1re classe Damany : Etude chimique de quelques aciers inoxydables, en vue de leur application future au matériel de chirurgie.

XXe Congrès français de médecine du mardi 15 octobre au samedi 19 octobre 1929 (Montpellier). — *Rapports*. — I. Etiologie, pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine. Rapporteurs : MM. Cantacuzène (Bucarest) ; P. Teissier et Coste (Paris) ; Sacquépée et Liégeois (Paris).

II. L'hypotension artérielle. Rapporteurs : MM. Lian et Blondel (Paris) ; A. Dumas (Lyon) ; G. Giraud (Montpellier).

III. Le traitement des syndromes anémiques. Rapporteurs : MM.

E. HÉDON et JEANBRAU (Montpellier) ; LAMBIN (Louvain) ; J. CARLES (Bordeaux).

Programme des fêtes et réceptions. — Mardi 15 octobre, à 21 h. : Soirée offerte par le Président du Congrès à la Faculté de médecine. — Mercredi 16 octobre, à 21 h. : Soirée théâtrale offerte aux congressistes. — Jeudi 17 octobre, à 11 h. : Inauguration du Monument élevé à la mémoire du Professeur Grasset ; à 19 h. 30 : Banquet par souscription pour les membres du Congrès.

Comité des Dames. — Un Comité de dames s'occupera de la réception des familles des congressistes pendant la durée du Congrès et organisera la visite de la ville et des promenades dans les environs.

Programme des excursions. — Vendredi 18 et samedi 19 octobre, des excursions seront organisées pour permettre aux congressistes de visiter la région : 1re excursion (une journée) : Nîmes, le Pont-du-Gard, Aigues-Mortes ; 2e excursion (une journée) : Ganges (visite d'une manufacture de bonneterie de soie), les Gorges de la Vis, le Cirque de Navacelles, le Plateau du Larzac ; 3e excursion (deux journées) : Le Massif de l'Aigoual, l'Aven Armand, Florac, les Gorges du Tarn. Le programme détaillé de ces excursions sera donné ultérieurement.

Exposition. — Pendant la durée du Congrès, se tiendra une exposition de produits pharmaceutiques et diététiques, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, etc,..

Renseignements généraux sur l'organisation du Congrès. — 1° Membres du Congrès : A. Membres adhérents. Les membres adhérents du Congrès comprennent : 1° de droit les membres de l'Association des médecins de langue française : 2° sous réserve d'acceptation par le bureau du présent congrès, les médecins et les savants de toute nationalité et les personnes s'intéressant à l'évolution des sciences médicales. Tous les membres adhérents prennent part, au même titre, aux travaux du congrès et en reçoivent les publications. Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles dans les diverses fonctions. La cotisation pour les membres adhérents est fixée à 60 francs.

B. Membres associés du Congrès. Les internes ou externes des hôpitaux, les étudiants en médecine, les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme membres associés du Congrès. Les membres associés ont droit à tous les avantages du congrès, exception faite des publications et des facilités de transport sur les chemins de fer. La cotisation pour les membres associés est fixée à 30 francs.

2° Facilités de transport sur les chemins de fer français. Les membres adhérents au congrès bénéficieront, de la part des compagnies de chemins de fer français, de l'avantage suivant : ils paieront le tarif plein à l'aller, mais auront la gratuité du voyage de retour de Montpellier à la gare d'où ils seront partis, pour se rendre au congrès, ou jusqu'à la gare frontière s'ils viennent de l'étranger. La validité de ces billets s'étendra du 12 au 25 octobre. Cet avantage n'est pas accordé aux membres associés.

3° Facilités de transport sur les bateaux de diverses Compagnies. Des réductions seront accordées par diverses compagnies de navigation, et en particulier par la Cie générale transatlantique pour ses lignes de la Méditerranée et du Maroc, par la Cie française de navigation Cyprien Fabre, la Cie de navigation Paquet, les Chargeurs réunis, les Messageries maritimes. Des renseignements plus précis sur les démarches à faire pour obtenir ces facilités de transport seront donnés sur leur demande aux membres adhérents après leur inscription.

4° Paiement des cotisations et renseignements. Les bulletins d'adhésion, accompagnés du montant de la cotisation (membres adhérents 60 fr., membres associés 30 fr.), doivent être adressés le plus tôt possible à M. le professeur CARRIEU, trésorier, 5 bis, rue de la Merci, Montpellier, chèques postaux Montpellier 100-14. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur RIMBAUD, secrétaire général, 1, rue Levat, Montpellier.

Ecole pratique de service social. — L'Ecole pratique de service social, fondée dès avant la guerre, en 1913, s'est développée avec l'idée même et la pratique du service social.

Les études à l'école, qui se composent de cours donnés par les praticiens les plus distingués, et de stages dans les institutions officielles ou privées les mieux organisées durent deux ans et sont sanctionnées par un diplôme.

Les fonctions où les élèves — cette année elles ont été au nombre de 51 — peuvent avoir accès sont fort nombreuses : citons entre autres : assistantes au service social à l'hôpital, assistantes au tri-

bunal pour enfants, assistantes au dispensaire d'hygiène mentale, assistantes au service social municipal, assistantes à l'œuvre des orphelins de la préfecture de police, visiteuses aux caisses de compensation, assistantes d'usines, assistantes au service social des cheminots du Nord, assistantes dans les centres sociaux, assistantes scolaires, secrétaires de foyers, directrices de dispensaires, de crèches, d'hospices de vieillards, etc.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin ophtalmologiste à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Les candidats devront adresser leur dossier à M. le Maire de Saint-Germain-en-Laye, président de la commission administrative de l'hôpital avant le 25 juin 1929.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital.

Concours de l'internat en médecine. — La première épreuve écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le mercredi 26 juin 1929, à 9 heures, à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteur du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, occuper la place qui leur sera indiquée, seront invités à se présenter dès 8 h. 15.

BIBLIOGRAPHIE

La liberté en médecine depuis Louis XV jusqu'à nos jours, par Pr. GUERMONPREZ, 1 vol. in-8° raisin de 31 pages. Prix : 35 francs, Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

A une époque, où les médecins, partout en France, se préoccupent d'une menace de fonctionnarisation, ce livre est une « leçon de choses. » Jamais les recherches historiques n'avait été orientées dans ce sens. On savait que la liberté professionnelle avait subi des vicissitudes ; mais ce n'est pas sans surprise qu'on apprend les aventures, les secousses et surtout les grands exemples qui se sont succédé au cours des trois derniers siècles. Les contemporains sont tellement habitués aux cliniques dans les hôpitaux, que la genèse de ces institutions fondamentales est devenue trop lointaine pour être bien jugée. C'est la fondation de l'Académie royale de chirurgie qui a préludé à l'innovation des premiers lits de clinique. Les documents sont précis pour établir qu'il n'y a guère que cent cinquante ans ! D'autres renseignements montrent de quelle importance a été la Société royale de médecine Un chapitre impressionnant explique ce qu'a été le bouleversement révolutionnaire pour tous les membres de la profession. Les faits et les textes sont palpitants. On s'interessera naturellement à ce qui s'est fait au sortir du chaos de la Révolution. Dans un autre chapitre on apprend comment s'affirme le besoin de la liberté de l'enseignement et celui de la pratique de la médecine. C'est presque une révélation de retrouver le principe dans la constitution de 1848, puis les controverses ardentes, passionnées de 1849 et les grandes commissions de cette époque agitée. Tous ces grands souvenirs reprennent vie dans les controverses actuelles. Il faut bien les connaître pour comprendre ce qui se passe.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : France : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 juin 1929 : Ch. Guerlin de Guer : Le roman de Renart (I) : A. Jolivet : Les drames de Strindberg (XVII) : Le chemin de Damas (2e partie). — J. Chevalier : L'habitude (VII) : L'organe de l'esprit ; la structure et le fonctionnement du système nerveux (1re partie). — P. Bray : L'esthétique classique (IV) : Les bienséances ; le merveilleux. — A. Mathiez : Le Directoire (II) : Babeuf et le Directoire. — G. Charlier : Le mouvement romantique en Belgique (III).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE

Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'Hôpital Saint-Louis, publiées sous la direction de H. GOUGEROT. Tome I, fasc. I. : 30 fr. (Maloine.)

La Pratique de l'accoucheur en clientèle, par A. DEMELIN : 5 fr. (Maloine.)

Hygiène, par L. TANON (collection : Les Petits Précis). 2 vol. : 20 fr. (Maloine.)

La Rachianesthésie, par A. CHALIER : 12 fr. (Doin.)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 22 juin. — M. DECAUX. L'urticaire. Pathogénie, traitement par le tartrate d'ergotamine. — M. DEGLAIRE. Endocardite secondaire. Etude de sa forme subaiguë. — M. DURAND. Du développement de l'épithéliome sur le lupus érythémateux. — M. FILLIOL. Etude des ictères parathérapeutiques. — M. TARNAUCÉANU. Etude sur les modifications de la chronaxie neuro-musculaire par refroidissement d'un membre chez l'homme normal.

24 juin. — Mme DESOILLE-MERLHES. Modifications de quelques éléments minéraux du lait sous l'influence de la chaleur. — M. DURON. Des facteurs extrarénaux de la diurèse par les sels de mercure. — M. FISCHBACHER. Insuline et perméabilité rénale. — M. PUYAUBERT. Effets de l'ionisation sur quelques dermatoses. — M. JACOBÉ. Un internement sous le Grand-Roi : Loménie de Brienne à Saint Lazare. — M. HINARD. Essais de thérapeutique par des vaccins microbiens formolés en bouillon peptoné. — M. ANGLADE. Etude des hémostatiques à base de pectine et de ferments végétaux. — M. GÉLY. Traitement des sinusites maxillaires par la vaccinothérapie locale.

25 juin. — M. LEGROS. Curage digital précoce dans l'infection puerperale. — M. ORTIZ. Duodénum mobile. — M. CHAPARANOWSKY. Les péri-iléites adhésives chroniques. — M. HO-DAC-DI. Dn procédé de Witzel dans la gastrostomie. — M. BÉCLÈRE. La perméabilité et les obturations tubaires. — M. MORUZI. Synthèse et prothèse osseuses. — M. FRANTZ. Ostéosynthèse métallique dans les fractures diaphysaires. — M. BERNARD. Etude clinique et radiologique des ostéites condensantes bénignes. — M. POTIQUET. Sur les résultats de la dacryocystorhinostomie plastique. Opération de Dupuy-Dutemps et Bourguet.

26 juin. — Mlle ABRAHAM-FRANCK. La crèche de prophylaxie antituberculeuse. — M. ALVAREZ-RICARDO. Les césariennes basses. (Maternité de l'hôpital Lariboisière). — M. BARAGUÉ. Etude des schwannomes gastriques. — M. AUJAY. Sur quelques cas d'épididymite blennorragique suppurée. — M. COPELOVICI. La vaccination régionale par la porte d'entrée.

Thèses vétérinaires. — M. VEDEL. Bacille de la nécrose.

27 juin. — M. MASSINA. Traitement des rhumatismes par les injections hypodermiques de radon et de thoron. — M. DELAFONTAINE. Etude sur le rein des vieillards. — M. BOHN. Etude de l'anémie des jeunes enfants rachitiques. — Mme GORECKA-MEINIER. Pneumothorax spontané non tuberculeux dans la première enfance. — M. GORELIK. Suites opératoires de la pylorotomie extramuqueuse. — M. HOUZEAU. Les stomatites de l'huile grise. — Mlle VASSRUR. Etude sur le prurigo strophulus. — Mlle SEGAL. Etude de la participation médullaire (paralysies diphtériques). — M. HÉRAUX. Broncho-pneumonies ou pneumonies en foyers chez l'enfant. — M. MENJOT. Manifestations glandulaires aiguës au cours du saturnisme. — M. LUCA. Un cas d'anévrisme du sinus de Valsalva. — Mlle NICOLLE-MUNIER. Etat de la bouche chez les rhumatisants chroniques. — M. TRUBERT. Etude de l'hystérie et de la mythomanie. — M. CHAMBRUN. Syphilis osseuse et articulaire traumatique. — M ESPINOSA. Physiothérapie du lichen-plan. Conclusion pathogénique. — M. TÉTAU. Le lichen plan. Accident des sels d'or. — M. FRUGIER. Etude médico-psychologique sur Maurice Rollinat. — M. OMBRÉDANNE. Troubles mentaux de la sclérose en plaques. — M. SZWARE. Variations de la tension artérielle après ionisation transcérébrale.

Thèses vétérinaires. — M. FLORENTIN. Injections intracardiaques chez le chien.

29 juin. — M. TABOUREY. Etude des eaux thermales de Bourbonne-les-Bains. — M. BENOIST. Etude de l'alimentation dans les sports. — M. BONNEMAISON. De la protection des eaux minérales en France. — M. COUBA. Traitement des hémorroïdes, fissures, fistules, par la diathermo-coagulation. — M. MAIRE-AMÉRO. Rôle des métaux et de l'aluminium dans la pathogénie du cancer. — M. RAPAPORT. Etude comparative des réactions de Vernes, Jochs, Meinicke, Breyer, Kahn. — M. SCHIAVONE. Prophylaxie et lois de lèpre en République-Argentine.

Facultés de médecine. — *Agrégation.* — Le *Journal officiel* du 14 juin publie un arrêté fixant au 16 décembre 1929 l'ouverture d'une session de concours du premier degré de l'agrégation des facultés de médecine pour les catégories ci-dessous désignées :

Catégorie A. Anatomie. — *Catégorie B.* Histologie. — *Catégorie C.* — Histoire naturelle médicale et parasitologie. — *Catégorie D.* Bactériologie. — *Catégorie E.* Anatomie pathologique. — *Catégorie F.* Physiologie. — *Catégorie G.* Chimie. — *Catégorie H.* Physique. — *Catégorie I.* Médecine générale. — *Catégorie J.* Chirurgie. — *Catégorie K.* Obstétrique. — *Catégorie L.* Histoire naturelle pharmaceutique. — *Catégorie M.* Pharmacie. *Catégorie N.* Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Un arrêté ultérieur fixera les dates de chacun de ces concours.

Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admis à la suite des épreuves de ces concours est fixé ainsi qu'il suit pour l'ensemble des facultés, dans chaque catégorie :

Catégorie A. Anatomie, 5. — *Catégorie B.* Histologie, 4. — *Catégorie C.* Histoire naturelle médicale et parasitologie, 4. — *Catégorie D.* Bactériologie, 2. — *Catégorie E.* Anatomie pathologique, 6. — *Catégorie F.* Physiologie, 4. — *Catégorie G.* Chimie, 8. — *Catégorie H.* Physique, 5. — *Catégorie I.* Médecine générale, 15. — *Catégorie J.* — Chirurgie, 10. — *Catégorie K.* Obstétrique, 6. — *Catégorie L.* Histoire naturelle pharmaceutique, 6. — *Catégorie M.* Pharmacie, 3. — *Catégorie N.* Chimie générale pharmaceutique et toxicologie, 6.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les secrétariats des académies du 16 août au 15 octobre 1929.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 19 juin 1929, sont nommés, à compter du 1er octobre 1929, professeurs à la faculté de médecine de l'université de Paris, les agrégés près ladite faculté dont les noms suivent :

Chaire de pathologie médicale : M. Clerc (A.) (chaire vacante : M. Sicard, dernier titulaire).

Chaire de pathologie et thérapeutique générales : M. Baudouin (chaire vacante : M. Marcel Labbé, dernier titulaire).

Faculté de médecine de Toulouse. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1929, à M. Ducuing, agrégé près la faculté de Toulouse.

Faculté de médecine de Lille. — M. Ingelrans, professeur de thérapeutique à la faculté de Lille, est nommé professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale à ladite faculté.

Institut d'Hygiène. *Cours Supérieur d'Hygiène.* — La session de 1929 a réuni 40 auditeurs, parmi lesquels 35 ont obtenu le diplôme d'hygiène et sont nommés médecins diplômés de l'Université de Paris.

Ce sont : MM. Adrian (France), Alvarado (Guatemala) Antébi (Egypte), Bardin (F.), Basmadjian (Iraq), Bazowitch (Yougoslavie), Bichara (Egypte), Mlle Cahen (F.), M. Comet (F.), Mlle Domela (F.), MM. Foucaud (F.), Funck Hellet (F.), Godard (F.), Hakobian (Arménie), Jimenez (F.), Mlle Laforest (F.), Mlle Lecomte (F.), MM. Laîné (F.), Lemaire (F.), Lichaa (Egypte), Lo Koanting (Chine), Mme Maftas (Grèce), MM. Morin (F.), Nouéri (Syrie), Penet (F.) Pigot (F.), d'Errico Sarmiento (République Argentine), Schatz (F.), Snerb (F.) Sui Tchoang Suim (Japon), Solignac (F.), Taha Hussein (Syrie), Thévenin (F.) Vidal (F.) Yuen Sing Tsong (Chine).

Institut d'Hygiène. — L'Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris a tenu son Assemblée générale le 14 juin, dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Deux vœux ont été adoptés. L'un concerne l'extension du bénéfice de la loi Honnorat aux hôpitaux sanatoriums et aux services hospitaliers de tuberculeux dûment spécialisés ; l'autre est relatif au recrutement des médecins hygiénistes.

Ont été élus comme Membres du Bureau pour l'exercice 1929-1930 : Président : Dr Clerc ; Secrétaire général : Dr X. Leclainche ; Secrétaire général adjoint : Dr Cachera ; Rédacteur en chef du Bulletin des associations : Dr Bourguin ; Trésorier : Dr Royer.

Faculté de médecine de Lyon. — *Clinique médicale infantile et d'hygiène du premier âge.* (Professeur Georges MOURIQUAND.) — Le 4 novembre 1929, s'ouvrira à la Clinique médicale infantile de l'Université de Lyon, à 9 h. 1/2, un cours de perfectionnement où seront traités des questions de pratique et d'actualité concernant les maladies des enfants.

Ces questions seront exposées par des professeurs et médecins des hôpitaux qui ont poursuivi sur elles des recherches originales.

Programme. — Professeur Georges Mouriquand : 4 novembre. 1º Les enfants mal alimentés et les dystrophies du premier âge. — 5 novembre. 2º Les Vitamines. Les états de carence et de précarence. Le problème de la fixation calcique chez l'enfant : ses aspects biologiques et cliniques.

Dr Pehu, médecin des hôpitaux : 6 novembre. 1º Les multiples étapes et les divers aspects de la syphilis infantile. — 7 novembre. 2º Les images anatomiques et radiographiques du système osseux dans la syphilis de la première enfance (projections).

Dr Gardère, médecin des hôpitaux : 8 novembre. 1º Formes cliniques et traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — 9 novembre. 2º Etat actuel de l'hygiène sociale de l'enfance. Les œuvres lyonnaises de protection de l'enfance.

Dr Dufourt, agrégé, médecin des hôpitaux : 12 novembre 1º Conditions de transmission de l'infection tuberculeuse à l'enfant. — 13 novembre. 2º Broncho-pneumonies infantiles. Formes cliniques. — Vaccinothérapie.

Dr Bertoye, médecin des hôpitaux : 14 novembre. 1º Les anémies alimentaires. — 15 novembre. 2º La spasmophilie : ses manifestations et son traitement.

Dr Bernheim, agrégé, médecin des hôpitaux : 16 novembre, à 9 h. 1/2. Les réactions lymphatiques chez l'enfant.

Dr Sedallian, chef de clinique, chef du service des sérums à l'Institut bactériologique : 16 novembre, à 2 h. 1/2. L'immunité et les vaccinations préventives chez l'enfant.

Les exposés théoriques seront doublés d'exercices pratiques portant sur l'examen des malades, le laboratoire appliqué à la pédiatrie, la radiologie dans les maladies des enfants, etc.

D'autre part le fonctionnement des Œuvres sociales s'adressant à l'enfance, dont on sait la grande importance dans la région lyonnaise, sera étudié sur place sous la conduite des médecins directeurs de ces œuvres.

Le droit d'inscription pour la série des conférences et travaux pratiques est de 300 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine, 18, quai Claude-Bernard, Lyon, jusqu'au 25 octobre, dernier délai. Sur demande, le Secrétariat fournira tous renseignements complémentaires.

Nécrologie. — Dr Paul Madinier, de Lyon, décédé dans sa 71e année. — Médecin colonel des troupes coloniales Rencurel. — Dr Léon Nègre, de Marseille. — Dr Alphonse Pancrazi, de Marseille. — Dr Eugène Madaille, de Marseille. — Dr Pierre Longe (1856-1929). Aux obsèques du Dr Longe, chirurgien honoraire des hôpitaux de Marseille, notre collègue Joseph Poncel prononçait ces paroles : « Le Dr Longe avait tout ce qu'il fallait pour faire de la grande chirurgie : des connaissances très étendues, une habileté manuelle admirable. Il a préféré se cantonner dans la petite chirurgie et dans ce domaine il a été unique, si bien que, alors que plusieurs autres de ses contemporains, après une carrière plus retentissante sont partis sans laisser d'élèves, il a fait école. Car il a démontré qu'avant d'édifier une carrière chirurgicale il faut en établir les fondements sur une base solide, la connaissance parfaite de l'initiation élémentaire. Plus encore que ses démonstrations, l'exemple de sa grande droiture morale, de sa simplicité, ont été une école de devoir. »

Nous devons au Dr Longe d'avoir repris l'étude des vapeurs d'iode et d'en avoir précisé les modes d'emploi. Il s'agit de la production active et de courte durée de vapeurs iodées rapides, sèches, visibles, libres de tout véhicule, dirigées et projetées au point voulu. L'enfumage iodé c'est le badigeonnage ou l'injection à l'état de vapeur.

Et ces vapeurs d'iode, de production facile, ont de remarquables qualités : elles sont asséchantes, antiputrides, désodorisantes, cicatrisantes. Elles donnent d'excellents résultats dans toutes les affections bacillaires ganglionnaires ou osseuses, dans les ulcérations vénériennes, les métrites cervicales, les néoplasies inopérables des ulcérés.

Ainsi l'enfumage iodé grâce aux patientes recherches de Longe a pris une place définitive dans l'arsenal thérapeutique moderne.

Pierre Moiroud.

(*Voir la suite des Nouvelles, à la page* 1141).

TRAVAUX ORIGINAUX

L'augmentation relative de la sérine du sang dans l'hyperthyroïdisme,

Par M. LOEPER, J. TONNET et Mlle LEBERT.

L'amélioration signalée par certains auteurs des néphroses lipoïdiques par la thyroxine et l'augmentation fréquente dans ces néphroses du taux de la globuline sanguine, nous a incités à rechercher quelles pouvaient être les variations de l'équilibre protéique dans l'hyperthyroïdisme et dans la maladie deBasedow.

Nous avons examiné onze malades authentiquement atteints de cette affection et avons pratiqué chez eux le dosage des albumines totales du sérum, de la sérine, de la globuline et des acides aminés.

Nos méthodes ont été les méthodes chimiques classiques de précipitation, de dissociation et de pesée pour les albumines, du formol pour les acides aminés.

Elles ont toujours été appliquées à des sérums fraîchement recueillis et non teintés : le vieillissement aseptique pouvant modifier le rapport sérine globuline et le taux des acides aminés, et l'hémolyse pouvant accroître le taux des globulines.

On sait qu'à l'état normal, la sérine représente les 3/5, soit 60 % et la globuline les 2/5, soit 40 % de l'albumine totale du sang, et que ce rapport variable évidemment à l'état physiologique, oscille dans des limites assez étroites.

On a signalé de nombreux cas pathologiques où la globuline s'accroît dans le sérum : cancers (Loeper), ascites (Abrami), néphrites, infections pneumococciques et affections du foie. Dans l'hyperthyroïdisme, le fait le plus frappant est au contraire l'augmentation au moins relative et toujours excessive de la sérine.

Voici les résultats obtenus dans l'hyperthyroïdisme :

	A. totale	Sérine	Globuline	A. aminés	Rapport Sérine albumine
Mme X	64	55	9	0,07	86 %
Mme L	83.50	59.25	24.15	0,06	71 %
M. H	78	63	15	0,21	80 %
Mme L	75.50	68.60	6.90	0,23	90 %
Mme D	80	53.65	26.15	0,09	66 %
Mme L	68	51	16	0,26	75 %
Mme M	77	54	22	0,11	70 %

et ceux donnés par la maladie de Basedow :

Mme B	70	56	11	0,22	80 %
Mme K	79	55.36	23.61	0,47	70 %
Mme W	70	60	9.30		85 %
M. G	68	56	11	0,23	82 %

Le taux de l'albumine totale est donc souvent élevé, malgré l'amaigrissement des sujets. Le pourcentage de la sérine par rapport à l'albumine totale est toujours accru, assez notablement dans 6 cas, très fortement dant les 5 autres puisqu'il atteint 80, 86 et 90 % au lieu de 60 %.

Les variations sont assez analogues et de même sens dans l'hyperthyroïdisme et la maladie de Basedow fraîchement caractérisée. Le taux des acides aminés reste assez sensiblement le même qu'à l'état normal quoique un peu plus élevé.

Ces faits montrent que les variations de l'équilibre protéique dans ces maladies est inverse de celles qu'on a signalées dans l'insuffisance thyroïdienne des néphroses.

Pour donner un nouvel appui à ces conclusions, nous avons examiné le sérum de certains sujets et même d'animaux normaux avant et après l'injection de thyroxine.

Alors même que le taux total des albumines reste invariable la proportion de sérine s'élève de 47 à 56 et celle de globuline s'abaisse de 24 à 16.

La thyroxine ne relève donc pas seulement le taux réel de la sérine comme un dosage de Ribadeau-Dumas rapporté par Wahl tend à le prouver, elle peut modifier les rapports réciproques des albumines entre elles sans toucher au total.

Nous montrerons dans des notes ultérieures combien sont opposées rigoureusement et partant symétriques les variations de l'équilibre protéique dans le myxœdème et la thyroïdectomie et nous préciserons le rôle du corps thyroïde dans la protéocrasie sanguine.

Le chimisme gastrique dans les cholécystites. Son intérêt diagnostique [1],

Par P. CHÊNE et G. BÉRARDIER.

Depuis longtemps, on connaît en clinique la parenté étroite qui existe entre certaines manifestations dyspeptiques et les affections chroniques de la vésicule biliaire. Dans quelques cas, une symptomatologie spéciale, des caractères évolutifs nettement tranchés, une concordance ou une alternance frappante entre les troubles gastriques et les accidents vésiculaires, font la preuve de cette association pathologique. Mais, dans nombre d'autres cas, l'histoire clinique est uniquement celle des troubles dyspeptiques, et le polymorphisme fréquent de ces tableaux que l'expérience a montrés liés à une atteinte vésiculaire est tel que l'on a cherché des tests cliniques, radiologiques, chimiques, de cette parenté.

En dehors de certains faits nettement tranchés, de certains aspects où l'interprétation radiologique ne souffre aucune discussion, on est encore très souvent embarrassé dans le diagnostic des lésions du carrefour.

Il n'est pas dans notre intention de faire une étude critique des diverses méthodes utilisées pour dissocier lésions duodénales et vésiculaires, mais il nous a paru intéressant de confronter les résultats fournis par l'étude du chimisme gastrique.

Cette dernière méthode, après une période de vogue exagérée connut une phase de discrédit quasi complet. A notre avis, c'est peut être qu'après avoir établi des règles basées sur les données cliniques, on s'aperçut secondairement, en étudiant les lésions, de l'existence de discordances considérables.

Les divers auteurs qui dosèrent l'acidité gastrique au cours des cholécystites émirent des opinions complètement opposées : certains concluent à l'anachlorhydrie, d'autres à l'hypochlorhydrie, d'aucuns même à l'hyperchlorhydrie. Récemment, en Amérique et en Allemagne, cette question fut remise à l'étude, et les résultats obtenus sont intéressants par leur concordance. L'un de nous (1) dans sa thèse rapporte vingt-quatre observations authentiques de cholécystites, et les résultats fournis par l'étude du chimisme gastrique sont sensiblement les mêmes que ceux des auteurs étrangers.

L'hypochlorhydrie surtout et l'anachlorhydrie sont beaucoup plus fréquemment rencontrées que l'hyperchlorhydrie. Les statistiques, nous le verrons, lorsqu'elles portent sur des observations soigneusement vérifiées, sont très voisines les unes des autres.

Quand on étudie les divers travaux, on est frappé d'abord par les divergences dont nous parlions plus haut. En effet, si les traités classiques : ceux de Chauffard, de Le Noir, si l'article de Harvier, affirment la modification certaine du chimisme dans les affections vésiculaires, le sens de cette variation n'y est pas indiqué, ce qui témoigne de la confusion qui règne sur ce sujet.

Seul Plantier (2), à notre connaissance, affirme que l'hyperchlorhydrie est de règle au cours des altérations pathologiques de la vésicule. Encore s'agit-il de ces cas auxquels nous faisions allusion plus haut, où l'auteur se base sur les signes fonctionnels accusés par le malade pour affirmer l'augmentation de l'acidité gastrique.

Les travaux où cette question a été envisagée au strict

(1) Travail du service de M. le Dr F. Ramond.

point de vue des lésions de la vésicule, où les faits apportés sont des certitudes cliniques, contrôlés radiologiquement ou anatomiquement, concluent tous à la diminution ou à la disparition de la chlorhydrie gastrique.

C'est ainsi que FRAVEL (3), sur 61 cas de cholécystites diverses, a trouvé :

16 anachlorhydries.
30 hypochlorhydries.
10 chlorhydries normales.
5 hyperchlorhydries.

ce qui correspond à 75 % d'hypo ou d'anachlorhydrie.

GATEWOOD (4) étudie essentiellement l'anachlorhydrie gastrique au cours de la lithiase biliaire. Sans préjuger des cas où il y a simplement diminution, l'auteur trouve 45 % d'anachlorhydrie chez les lithiasiques examinés. Ce chiffre est nettement supérieur à ceux qui sont fournis dans les différents travaux.

De même HERNANDO (5) a pu trouver chez 12 calculeux 10 ana ou hypochlorhydriques.

LOEPER et FORESTIER (6) ont constaté chez 30 de leurs malades atteints d'affections vésiculaires, 6 anachlorhydries et 14 hypochlorhydries, soit 66 % de diminution de la chlorhydrie normale.

En Allemagne OHLY (7), cité par Chauffard, rapporte sur 43 sujets atteints de cholécystites :

24 anachlorhydries.
12 hypochlorhydries.
7 hyperchlorhydries.
soit 83 % d'hypo ou d'anachlorhydrie.

D'autre part, certains auteurs, tels Œttinger et Lecène, signalent la fréquence de la diminution de l'acidité chlorhydrique au cours des affections de la vésicule, mais sans citer de statistiques personnelles. Notre maître, M. F. Ramond (8) et ses divers collaborateurs ont insisté à diverses reprises sur l'importance de la lithiase biliaire dans la constitution d'une formule anachlorhydrique en dehors des néoplasies digestives. Et d'autre part, il précise cette notion dans l'étude du retentissement gastrique au cours des lésions de la vésicule.

La statistique que l'un de nous rapporte dans sa thèse porte sur 24 malades chez lesquels le diagnostic d'affection vésiculaire ne faisait aucun doute. Le chimisme gastrique fut étudié à jeun et après repas d'Ewald. Le procédé de dosage était celui de Topfer-Linossier. On constate ainsi :

9 anachlorhydries.
11 hypochlorhydries.
1 chlorhydrie normale.
3 hyperchlorhydries.

Parmi ces malades, 7 ont été opérés, ou vérifiés anatomiquement. Dans ces cas de diagnostic certain, la proportion des hypochlorhydries est de 4, soit 71 %.

Les autres cas dont l'histoire clinique était toujours nette et concordait avec les diverses explorations : tubage duodénal (épreuve de Meltzer Lyon), cholécystographie, peuvent être considérés comme certains. Le pourcentage de la diminution ou de la suppression de la chlorhydrie augmente si l'on tient compte de ces faits, soit 83 %.

Le simple énoncé de ces divers résultats, montre la fréquence manifeste de cette modification de la formule du suc gastrique. Certaines anomalies persistent encore, et quelques auteurs ont tenté d'expliquer les faits d'hyperchlorhydrie que l'on peut rencontrer au cours de lithiases avérées. Ohly, entre autres, croit que ce sont les lithiases récentes — post gravidiques par exemple — qui donnent cette hyperchlorhydrie. Les anciennes fourniraient constamment une formule hypo ou anachlorhydrique. A cet avis se rangent Loeper et Harvier (9). Dans nos 24 cas, il ne nous a pas été permis de nous faire une opinion bien tranchée, car parmi les malades avec hyperchlorhydrie, un seul pouvait entrer dans le cadre des lithiases jeunes.

Cette divergence pourrait s'expliquer par le fait que dans les lithiases jeunes la vésicule est encore perméable, alors qu'elle est supprimée fonctionnellement dans les cas anciens. A cette dernière question se rattachent toute une série de recherches sur l'influence de la cholécystectomie sur la formule chimique du suc gastrique. Divers travaux basés sur des constatations expérimentales ou chirurgicales aboutissent à des conclusions diamétralement opposées. Si Fravel, Holveg et Schmidt concluent à la diminution ou à la suppression de la chlorhydrie, Magnus, Boss, Thomsen et Dahl-Iversen prétendent que la cholécystectomie n'a aucune influence sur cette sécrétion. Les quelques cas rares que nous avons pu suivre nous ont fourni des renseignements contradictoires, ce qui nous interdit toute conclusion. Notre maître, M. F. Ramond lui-même, partage cette façon de voir et croit que la suppression de la vésicule n'entraîne aucune modification du chimisme gastrique.

Malgré ce dernier point qui reste obscur, un fait est acquis : la fréquence de l'hypo ou de l'anachlorhydrie au cours des affections de la vésicule biliaire. Cette donnée nous semble devoir être retenue pour le diagnostic différentiel des cholécystites; en particulier avec l'ulcus duodénal. On sait en effet la fréquence de l'hyperchlorhydrie gastrique au cours de cette affection et, si l'on confronte les chiffres moyens fournis par les différentes statistiques, il n'est pas sans intérêt de noter que : dans les *affections vésiculaires* on a 70 à 75 % de formules où l'acidité est inférieure à la normale.

Dans l'*ulcus duodénal*, on obtient 70 à 75 % (72 pour Moynihan) d'hyperchlorhydrie gastrique.

Cette donnée peut même être vérifiée contre des apparences cliniques troublantes. Parmi les malades que nous avons étudiés, l'une d'elles présentait des brûlures tardives, des irradiations dorsales, deux hématémèses, le bulbe était sensible à la radioscopie. L'intervention montra un duodénum intact mais une vésicule franchement infectée, avec réaction péritonéale de voisinage. Le chimisme gastrique donnait de l'anachlorhydrie. Une autre observation est aussi instructive. Le malade avait dans ses antécédents des crises de colique hépatique avec deux poussées d'ictère par rétention. Tout dans l'examen et dans l'histoire clinique faisait penser à une cholécystite, hormis une hyperchlorhydrie manifeste. L'intervention montra une vésicule d'apparence saine, déshabitée, mais un ulcus duodénal juxta-pylorique adhérent à la face inférieure du foie.

En résumé, sans vouloir tirer de cette étude des conclusions trop enthousiastes, il nous semble important de retenir la fréquence de l'hypo et de l'anachlorhydrie au cours des cholécystites. Et cette constatation nous apparaît un élément intéressant dans le diagnostic différentiel des lésions du carrefour.

1) BÉRARDIER. — Contribution à l'étude du chimisme gastrique dans les affections de la vésicule biliaire. Thèse Paris, 1929.
2) PLANTIER. — *Paris Médical*, 1914.
3) FRAVEL. — *The Am. Journ. of the Med. Science*, 1920.
4) GATEWOOD. — *J. Am. Med. Ass.*, Chicago, 1923.
5) HERNANDO, — *Arch. des mal. du tube digest. et de la nutrition*, mai 1914.
6) LOEPER et FORESTIER. — *Journal Méd. Français*, 1920.
7) OHLY. — *Deutsch. Med. Wochen.*, 17 juillet 1911.
8) F. RAMOND. — Maladies de l'estomac et du duodénum. Masson, Paris, 1927. — F. RAMOND et ZIZINE. *Progrès Méd.*, mars 1927.
9) HARVIER. — *Paris Méd.*, 1922.



CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

La coqueluche des petits enfants (1)

Par M. le Prof. NOBÉCOURT.

Cette petite fille est née à terme, de parents bien portants, le 13 décembre 1928, après une grossesse et un accouchement normaux. Son poids de naissance était de 3 kgr. Elle a été nourrie au sein maternel pendant huit jours, puis au lait de vache.

Pendant le deuxième mois de sa vie elle aurait eu une grippe suivie d'une toux persistante. Celle-ci augmente de jour en jour, devient quinteuse, provoque des vomissements glaireux.

Finalement, le 18 avril, l'enfant entre dans notre service. Elle est âgée de 4 mois. Sa taille de 59 cm. est inférieure de 4 % à la taille normale de son âge; son poids de 3 k. 610 est inférieur de 39 % au poids moyen. L'état général est mauvais ; la peau sèche, trop large, sans élasticité, forme des rides ; les téguments sont pâles. L'enfant a l'aspect d'une hypothrepsique.

Au niveau du crâne, on observe une fontanelle antérieure grande, du chevauchement des sutures pariéto-occipitales. Il n'y a pas de signes de rachitisme. La température est basse : 36°5 matin et soir.

Les selles sont normales. Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés.

Pendant l'examen, l'enfant est prise d'une quinte de toux assez longue ; sa peau rougit ; à la fin, elle rejette quelques glaires ; il n'y a pas de reprise.

A l'examen du thorax, on constate une sonorité forte, un murmure vésiculaire normal et quelques râles sibilants.

La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (Hˣ) sont négatifs.

Les quintes font penser à la coqueluche, mais on ne peut préciser la date du début.

Le diagnostic est confirmé par l'examen bactériologique des mucosités projetées par la toux, dont la culture, faite par M. Prétet, décèle le bacille de Bordet-Gengou.

Après l'entrée dans le service et jusqu'au 24 avril la température reste basse (36°5-36°3) ; puis, jusqu'au 28 avril, elle s'élève à 36°7-36°9 ; ensuite, jusqu'au 1er mai, elle monte jusqu'à 37°9, 38°1 ; enfin elle baisse de nouveau.

La toux persiste ; elle survient par quintes suivies assez souvent de vomissements ; quelquefois il se produit une reprise.

On entend quelques râles muqueux dans la moitié inférieure gauche du thorax, en arrière.

M. Prétet prépare un auto-vaccin anticoquelucheux avec le bacille de Bordet-Gengou qu'il a obtenu.

Le 26 avril, on pratique la première injection d'un quart de cc. de ce vaccin. On répète les injections tous les deux ou trois jours, en augmentant les doses (0 cc.50, 0 cc. 75) pour en arriver à 1 cc. par injection le 1er mai. Au total on fait dix injections, dont sept d'un centimètre cube.

Les quintes ne commencent à diminuer qu'à partir du 10 mai, c'est-à-dire pendant la quatrième semaine au moins, de la coqueluche ; les vomissements deviennent plus rares.

Actuellement, l'enfant a encore six ou sept quintes légères par jour.

A l'examen du thorax on constate de la submatité et des râles sous-crépitants au niveau des bases.

L'enfant est apyrétique. Ses selles sont mauvaises, liquides, vertes ou jaunes. Son poids n'augmente pas et même diminue.

Pour améliorer la nutrition, on fait chaque jour, depuis le 14, une injection sous-cutanée d'un cc. d'extrait thyroïdien Choay. Le poids augmente un peu ; il était hier de 3 k. 400.

Il y a quelque temps, nous avons soigné un autre nourrisson atteint de coqueluche.

(1) Leçon du 25 mai 1929, recueillie par Mme le Dr TRIFONOFF.

Il s'agit d'une fille née à terme, le 3 février 1929, avec un poids de 2 kgr. 600. Ses parents sont bien portants. Elle est nourrie, jusqu'à un mois, au sein maternel, puis au lait de vache. Elle boit mal, est constipée et tousse.

On nous l'amène le 21 mars 1929, Elle est âgée de 46 jours. Sa taille de 53 cm. est inférieure de 3 % à la normale, son poids de 3 kgr. 040 est inférieur de 33 %.

Elle est très maigre ; sa fontanelle antérieure très grande. Elle tousse beaucoup, a, dans la journée, sept ou huit quintes, accompagnées de cyanose, mais sans reprises ; la quinte se termine par le rejet de mucosités verdâtres.

A l'auscultation du thorax, en arrière et en avant, on entend des râles ronflants et sous-crépitants disséminés.

Le pharynx est rouge ; son examen provoque une quinte. L'ensemencement des mucosités projetées par la toux, pratiqué par M. Prétet, donne des bacilles de Bordet-Gengou.

Le début de la maladie ne peut être précisé.

L'enfant reste apyrétique. Elle est abattue, pâle. L'examen provoque des quintes. L'auscultation décèle des râles sous-crépitants disséminés.

L'enfant meurt le 25 mars. L'autopsie n'a pas été faite.

* * *

Je désire, à propos de ces deux malades, vous entretenir de la COQUELUCHE DES JEUNES ENFANTS.

La coqueluche est une maladie de tous les âges ; elle atteint les enfants, les jeunes gens, les adultes et même les vieillards.

On admet, en général, depuis Rilliet et Barthez, que la coqueluche est surtout fréquente de deux à cinq ans, qu'avant deux ans et surtout durant la première année elle est moins commune. Cette opinion n'a rien d'absolu. Témoin la statistique relatée par M. Paul Luttinger dans une étude sur l'*épidémiologie de la coqueluche*, publiée par *American Journal of Diseases of Children* de septembre 1916.

Sur 10.000 cas de coqueluche observés à New-York de 1913 à 1915, il en relève :

Pendant la première année.......	19,4 %
Pendant la deuxième année......	20,1 %
De 2 à 5 ans	40,1 %
De 5 à 15 ans	17,9 %
Après 15 ans	2,[illegible] %

Donc, 39,5 % des cas se rencontrent avant 2 ans, 40 % de 2 à 5 ans.

La coqueluche n'est pas rare *dans les deux premiers mois de la vie*. Bouchut, Henri Roger, d'autres, en ont cité des cas. MM. Perrin et Rémy, dans la *Revue médicale de l'Est* de 1914, en relatent trois observations personnelles, ayant trait à des bébés de 20 jours, de 6 semaines et de 9 semaines.

On la rencontre même *chez des nouveau-nés*. Rilliet et Barthez ont observé des quintes le jour même de la naissance.

M. Railliet, dans *Le Nourrisson* de 1917, cite le cas d'un nouveau-né qui, à 6 jours, présente des râles disséminés de bronchite et quelques jours après des quintes frustes de coqueluche.

M. Giulio Milio, dans *La Pédiatria* du 1er avril 1922, rapporte les observations d'une fille de 6 jours et d'un garçon de 7 jours, qui sont pris d'éternuements, de larmoiement, d'une toux sèche et ont, cinq ou six jours plus tard, des quintes caractéristiques.

La rareté relative de la coqueluche durant les premiers mois ne paraît pas devoir être attribuée à une immunité naturelle. Elle tient plutôt à la rareté de la contagion. Quand le nouveau-né est exposé à la contagion, il contracte la coqueluche : le malade de M. Railliet vient au monde dans une famille où la mère et deux enfants ont la coqueluche ; le malade de Bouchut reçoit, à deux jours, la visite d'un coquelucheux et à quatre jours, commence à tousser.

On se demande s'il n'y a pas une *coqueluche congénitale*. La mère d'un nouveau-né observé par Rilliet et Barthez a la coqueluche depuis un mois, l'enfant a des quintes dès le premier jour. Le fait est, en tout cas, exceptionnel.

La *période d'incubation* de la coqueluche, c'est-à-dire le temps

écoulé entre le contact infectant et les premirs symptômes, paraît avoir une durée assez différente suivant les cas.

En 1909, dans *Les maladies des enfants*, MM. Hutinel et Darré écrivent que l'incubation « dure en moyenne une semaine, mais peut se réduire à quatre, trois et même deux jours, ou au contraire se prolonger pendant six ou douze jours ». Ils ne précisent pas l'influence de l'âge.

Chez le nouveau-né l'incubation est courte, elle est de 2 à 6 jours, pour le malade de Bouchut, de 6 jours pour celui de M. Railliet.

***

La coqueluche des petits enfants présente quelques particularités dans ses symptômes et son évolution ; ces particularités sont d'autant plus grandes que les enfants sont plus jeunes.

Après une incubation silencieuse, débute la PREMIÈRE PÉRIODE, la PÉRIODE CATARRHALE. Elle se manifeste par des symptômes de *rhume*. L'enfant a du coryza, des éternuements répétés ; ses yeux larmoient ; il tousse. A l'auscultation, on entend des râles sibilants ou muqueux, disséminés de bronchite. La température reste normale ou s'élève légèrement (38°-38°5) et pendant peu de temps. La toux sèche, fréquente, devient de plus en plus saccadée, quinteuse, spasmodique ; durant les accès de toux l'enfant se cyanose ; souvent la quinte est suivie de vomissements.

Cette période est généralement courte ; elle dure 4 ou 5 jours ; elle est d'autant plus courte que les enfants sont plus jeunes ; chez les enfants plus grands elle est généralement de 10 à 14 jours.

La DEUXIÈME PÉRIODE est celle des QUINTES caractérisées.

La quinte peut être *typique*, même chez le nouveau-né. L'enfant s'agite et pleure ; sa respiration devient plus rapide, plus superficielle, plus bruyante. Puis la toux éclate. Elle débute par une expiration brusque, bruyante ; celle-ci est suivie d'une série d'expirations aphones, convulsives, de plus en plus courtes, précipitées, au nombre de cinq, dix, quinze ; alors survient une pause de dix à quinze secondes, pendant laquelle le thorax reste en expiration ; enfin se produit une inspiration longue sifflante, rappelant le chant du coq, la *reprise*.

La quinte peut rester isolée. Généralement elle est suivie de plusieurs quintes identiques ; leur ensemble constitue l'*accès* de coqueluche.

Pendant l'accès, l'enfant asphyxie, se cyanose, a le visage bouffi.

La fin de la quinte est marquée par l'expectoration de mucus filant, visqueux, glaireux ; chez les tout petits, les glaires restent dans le pharynx et on est obligé de les en retirer avec le doigt.

Souvent, pendant l'accès, se produisent des vomissements.

Les accès sont plus ou moins frequents : 10, 30.50 par vingt-quatre heures. Ils sont plus ou moins forts ; suivant leur intensité et leur fréquence, la coqueluche est *légère*, *moyenne* ou *forte*

Il ne faut point s'attendre à toujours rencontrer chez tous les petits enfants des quintes typiques. Souvent on observe des QUINTES ANORMALES OU LARVÉES.

La reprise inspiratoire manque souvent ou est peu sonore.

M. Forest, dans *Le Nourrisson* de mars 1925, écrit que, chez les nourrissons, très souvent les quintes sont écourtées : ce qui domine c'est l'étouffement : l'enfant bleuit, fait des efforts et rejette, avec quelques coups de toux, des glaires mêlées de caillots de lait ; il n'y a pas de reprise.

M. Raillet décrit ainsi la quinte qu'il a observée chez un nouveau-né : « saccades expiratoires presque silencieuses, aboutissant à une pause respiratoire, avec saccades du tronc, et de la tête, cyanose, ouverture de la bouche, grimacement douloureux. »

Entre les quintes, la respiration est normale et, à l'auscultation on entend quelques râles disséminés de bronchite.

En général, la température reste normale.

L'état général est plus ou moins affecté, suivant l'intensité et le nombre des accès, l'importance des vomissements et de troubles digestifs, l'état antérieur.

Le nombre et l'intensité des accès augmentent pendant un certain temps, puis ils restent stationnaires et enfin régressent.

La durée de la période des quintes est très variable. En moyenne elle est de 4 à 6 semaines ; mais il existe des *formes courtes* et des *formes longues*.

La TROISIÈME PÉRIODE est la PÉRIODE TERMINALE. On observe la diminution graduelle du nombre et de l'intensité des quintes. Finalement, elles disparaissent.

***

La coqueluche s'accompagne de MANIFESTATIONS DIVERSES. Les principales sont des *manifestations nerveuses et des infections des voies respiratoires.*

Les MANIFESTATIONS NERVEUSES se voient plus spécialement chez les petits enfants. Ce sont le *spasme de la glotte* et les *convulsions*.

Le *spasme de la glotte* au cours de la coqueluche a été observé par Du Castel, en 1872, chez un enfant de 2 ans et demi, par Baumel, en 1897, chez deux enfants d'un an, par Bourniol, la même année, chez un enfant de 2 ans et demi.

Il ne se rencontre guère après 4 ans et est d'ailleurs rare.

Pendant un fort accès de coqueluche, la respiration s'arrête, le thorax s'immobilise en expiration, l'enfant devient pâle, puis se cyanose et se raidit ; l'œil est fixe, convulsé en haut ; les dents sont serrées. La mort peut survenir, ou bien la respiration reprend, soit spontanément, soit par la respiration artificielle.

La mort peut survenir dès le premier accès ou après plusieurs accès.

Le spasme de la glotte est la cause la plus habituelle de la mort subite des petits enfants, au cours de la coqueluche. Elle peut survenir à toutes ses périodes.

Il existe des formes frustes. A la suite d'un accès de toux ou dans l'intervalles des accès, l'enfant présente une pâleur syncopale et la respiration s'arrête pendant une ou deux minutes. Ces accès peuvent se répéter.

D'après M. Forest on ne constate pas de signes de spasmophilie. Il a observé la coqueluche chez un spasmophile, atteint de spasme glottique ; chez ce malade les quintes de toux avec reprises et les accès de spasme de la glotte sont restés indépendants, sans aucune influence réciproque.

Les *convulsions généralisées* sont relativement rares. On les observe presque toujours avant 3 ans. Elles surviennent dans des circonstances diverses.

Au début de la maladie, elles se produisent comme dans les maladies infectieuses ; elles ne sont pas graves, mais indiquent l'hyper-excitabilité du système nerveux.

Dans les coqueluches intenses, des convulsions peuvent apparaitre, surtout à partir de la troisième semaine. Elles se manifestent soit à la fin des quintes violentes et peuvent coïncider avec le spasme de la glotte, soit dans les intervalles des quintes. Parfois, elles se répètent fréquemment et réalisent un véritable état de mal convulsif, avec coma et hyperthermie.

Dans les coqueluches compliquées de broncho-pneumonies, les convulsions peuvent survenir, ou bien au début et elles ont peu de gravité, ou bien à une période avancée avec une température élevée ; souvent alors elles précèdent de peu la mort ; ces convulsions tardives ont un pronostic sévère.

Je ne vous décrirai pas les convulsions ; elles présentent les caractères bien connus.

Les convulsions peuvent s'accompagner de *paralysies* d'origine centrale. Ces paralysies sont plus rares que les convulsions ; elle apparaissent généralement dans le courant de la troisième et de la quatrième semaine des quintes.

A la suite des quintes, se produisent des convulsions généralisées, avec coma. Quand l'enfant reprend connaissance, on constate une hémiplégie ou une monoplégie.

Les paralysies sont généralement passagères ; elles guérissent en quelques jours ou en quelques semaines dans un tiers des cas environ ; parfois elles restent définitives. Quelquefois le coma persiste et la mort survient rapidement.

Les causes des convulsions et des paralysies sont complexes. Suivant les cas, elles peuvent être attribuées à la stase veineuse et à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien au moment des quintes, à la congestion et à l'œdème des méninges et du cerveau, à la méningite séreuse, surtout dans les broncho-pneumonies, à la congestion et à une hémorragie des méninges ou de l'encéphale.

A tous les âges, la coqueluche peut se compliquer d'INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES. Elles sont plus ou moins importantes. Je les ai décrites en 1922 dans une leçon, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacrée aux *Affections de l'appareil respiratoire.*

Tout d'abord, les infections peuvent se localiser au *pharynx* et réaliser notamment des *rhinites et des rhino-pharyngites.* Celles-ci sont assez communes. Elles reproduisent la description que j'ai donnée de ces affections, dans ma leçon du 26 janvier, publiée par *Pédiatrie* d'avril.

En voici une observation que j'ai relatée dans la leçon que je viens de citer.

Un enfant de 15 mois et demi est pris, le 25 décembre 1921, de fièvre et de toux. Le 31, on constate des quintes caractéristiques de coqueluche ; à ce moment la température est sensiblement normale. Le 9 janvier 1922, l'enfant entre dans le service ; la veille au soir, sa température s'est élevée à 40° ; à l'entrée, elle est de 39°.

A l'examen, on constate un coryza abondant, de grosses amygdales recouvertes d'un enduit pultacé; l'auscultation ne décèle rien de particulier. La fièvre, irrégulière, atteignant jusqu'à 40°6, persiste jusqu'au 14 ; elle se termine par une défervescence rapide. Dès lors la coqueluche reprend son cours normal, sans autres complications.

Souvent, l'inflammation des voies respiratoires gagne la *trachée* et les *bronches.*

Ces *trachéo-bronchites* diffèrent des bronchites de la période catarrhale. Elles causent une fièvre plus ou moins élevée, irrégulière, et se révèlent par des râles sibilants, ronflants et muqueux, gros et moyens.

Quelquefois, apparaissent des poussées passagères de *congestion pulmonaire* aiguë.

Les *broncho-pneumonies* sont assez fréquentes au cours de la coqueluche, surtout dans la petite enfance, avant 2 ans et demi. Plus l'enfant est jeune, plus elles sont communes ; mais elles surviennent aussi, assez souvent, dans la moyenne enfance. Elles peuvent revêtir les différents types cliniques de cette affection.

Parfois on observe la *forme suraiguë*, la *bronchite capillaire.*

Voici un exemple de cette grave complication, que j'ai cité dans la leçon que je viens de mentionner.

Une fille de 15 mois est prise, vers le 20 décembre 1921, d'une fièvre légère, de coryza, de toux et de bronchite. Vers le 5 janvier 1922, apparaissent des quintes de toux avec vomissement, caractéristique de la coqueluche.

L'enfant entre dans notre service le 9 janvier. Elle est apyrétique.

Du 10 au 16 janvier, la température monte lentement jusqu'à 38°2 ; puis elle s'élève brusquement, le 17 janvier, à 39°6 et 39°8 ; le 18 janvier, à 39°5 et 40°.

La dyspnée devient très vive. L'enfant est cyanosé ; les ailes du nez battent ; il a du tirage sous-sternal et sous-costal. A l'auscultation on perçoit des râles fins, disséminés dans les poumons, aux deux temps de la respiration.

Le 18, apparaissent des convulsions, l'enfant succombe dans la nuit à l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve une infiltration des poumons par une sérosité œdémateuse, du pus dans les petites bronches et des nodules péribronchiques à l'état d'ébauche.

La *forme aiguë* est plus fréquente. Elle revêt deux types : la forme pseudo-lobaire et la forme à noyaux disséminés ; cette dernière est la plus commune.

Cette complication est caractérisée par des symptômes généraux, des symptômes fonctionnels et des signes physiques.

Parmi les symptômes généraux, la fièvre varie dans son intensité et dans sa courbe. La coqueluche est apyrétique ; aussi l'apparition de la fièvre indique souvent une infection des voies respiratoires et notamment la broncho-pneumonie. La fièvre s'accompagne d'abattement, de prostration, quelquefois, au début, de convulsions. Les signes fonctionnels ont une grande importance pour le diagnostic. La dyspnée est vive ; il y a de la polypnée, du tirage, de la cyanose.

Les modifications de la quinte de coqueluche sont assez diverses.

Rappelez-vous le vieil adage d'Hippocrate : « *Spasmos febris accedens solvit* » ; la fièvre qui monte résout les spasmes.

Trousseau adopte cette opinion : pour lui, la disparition brusque des quintes, chez un enfant atteint de la coqueluche, annonce des complications inflammatoires. Rilliet et Barthez écrivent que la toux devient étouffée, que la reprise disparaît.

Par contre, Henri Roger pense que l'influence de la broncho-pneumonie sur les quintes n'a rien de constant. Celles-ci peuvent ne pas être modifiées ou bien être, soit augmentées, soit diminuées. Dans cette dernière éventualité les quintes reprennent au bout de deux ou trois jours leur caractères habituels, ce qui est un phénomène favorable. Mais, si l'enfant est affaibli, les quintes s'atténuent de plus en plus.

Je ne fais que mentionner les signes physiques de la broncho-pneumonie ; ils diffèrent suivant des formes pseudo-lobaires et les formes à noyaux disséminés.

L'évolution de la broncho-pneumonie varie suivant les cas. Tantôt elle guérit rapidement, sans laisser de traces ; tantôt elle aboutit rapidement à la mort ; tantôt elle passe à l'état subaigu, et entraîne la formation de bronchectasies qui peuvent s'accompagner d'une cachexie plus ou moins accusée et réaliser des fausses tuberculoses.

Les complications respiratoires sont dues à des infections secondaires par les pneumocoques, les streptocoques, les bacilles de Pfeiffer, etc. La broncho-pneumonie est facilitée dans son développement par le catarrhe coquelucheux de la première période.

Dans l'étiologie interviennent d'une part, des facteurs endogènes : le jeune âge, l'hypertrophie et l'infection chroniques du tissu lymphoïde du pharynx, la débilité générale, le rachitisme, les affections gastro-intestinales ; d'autre part, des facteurs exogènes. Ceux-ci sont : le génie épidémique (en temps d'infections saisonnières, de grippe, les broncho-pneumonies sont plus fréquentes), et le milieu hospitalier qui favorise les contagions.

Ces facteurs étiologiques ne sont pas particuliers à la coqueluche ; on les retrouve pour les autres maladies infectieuses, la rougeole, la diphtérie, la fièvre typhoïde.

On peut observer des complications d'ordre divers : des vomissements répétés, la difficulté de l'alimentation, la diarrhée, qui sont susceptibles d'entraîner l'amaigrissement et même la cachexie.

La coqueluche, enfin, peut donner un coup de fouet à une tuberculose occulte ou avérée.

***

Souvent, le DIAGNOSTIC de la coqueluche est difficile à affirmer chez un petit enfant.

On pense à la coqueluche en présence d'une toux de plus en plus quinteuse, qui s'installe sans fièvre ou avec une petite fièvre, sans symptômes bien caractérisés de bronchite. L'apparition des quintes avec reprise, suivies d'expectoration de mucosités glaireuses établit le diagnostic.

Mais, d'une part, il peut y avoir des quintes de coqueluche sans reprise ; d'autre part, il peut y avoir une toux quinteuse dans les rhino-pharyngites.

Nous venons d'en observer un cas.

Une fille, née le 19 décembre 1928, de parents bien portants, à terme, avec un poids de 2 k. 450, entre le 8 mars. Elle

◆◆

a 2 mois et demi. Son poids est de 3 k. 420. Elle a de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée ; à l'auscultation on constate de la bronchite. Elle est très amaigrie ; la cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H⁸) sont négatifs.

A partir du 22 mars, la température devient normale, mais les troubles digestifs persistent, l'amaigrissement s'accentue.

L'enfant tousse de plus en plus et a de la bronchite. Le 27 mars, la toux est suivie du rejet de mucosités et de vomissements.

L'enfant quitte le service le 7 avril avec un poids de 3 k. 210. On porte le diagnostic de rhino-pharyngite et de bronchite.

Le 3 mai, à 4 mois et demi, la malade rentre de nouveau pour de la toux. La température est normale, les selles sont bonnes. La cuti-réaction à la tuberculine est encore négative.

La toux est quinteuse, se répète presque chaque heure. Il n'y a pas de reprise, pas de vomissements. On entend des râles de bronchite, surtout à gauche.

L'examen bactériologique, pratiqué à deux reprises, ne décèle pas de bacilles de Bordet-Gengou.

Bientôt l'état s'améliore le poids augmente.

L'enfant sort le 19 mai, avec un poids de 3 kgr. 820.

La *recherche du bacille de Bordet-Gengou* est d'un précieux secours pour le diagnostic. Faite suivant une technique précise elle permet, si elle est positive, d'affirmer la coqueluche ; si elle est négative, de la tenir pour peu probable.

***

La coqueluche a un PRONOSTIC d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune.

La *mortalité* diffère suivant les statistiques, car d'autres facteurs que l'âge entrent en ligne.

A New-York, M. Paul Luttinger compte, pour 100 cas de chaque âge :

50,8	morts	dans la 1re année.
27,3	—	— 2e —
18,8	—	de 2 à 5 ans.
2,7	—	de 5 à 15 ans.

D'après M. Paul Duthoit, dans *La Pédiatrie pratique* du 15 avril 1924, la mortalité, pour 100 cas de chaque âge, est :

	à Bâle	à Vienne
Dans la 1re année	26,6	23,5
Dans la 2e annee	13,8	»
De 2 à 5 ans	3	6,8
De 5 à 15 ans	1,8	3,9

A Genève, en 1913, le professeur D'Espine observe 4 cas mortels (8,6 %) sur 46 cas de coqueluche chez des enfants âgés de 2 à 23 mois.

Pour les enfants de moins de 2 mois, MM. Perrin et Remy, notent 2 morts sur 3 cas, M. Railliet 1 mort, M. Giulio Mulio 2 guérisons sur 2 cas.

Au total, la coqueluche est plus sévère pendant la première année qu'après un an. Mais elle guérit souvent.

Edmond Weill, dans le *Journal de médecine de Lyon* du 20 janvier, 1921 écrit : « La coqueluche au-dessous d'un an tuerait une fois sur deux ; il me semble que c'est là un chiffre un peu élevé du moins dans les milieux familiaux et même dans les crèches hospitalières aménagées suivant les règles de l'hygiène moderne.

« Pour ma part, ajouta-t-il, j'ai vu plusieurs fois, dans les familles, des coqueluches chez des enfants âgés de un à trois mois et j'ai été frappé de leur allure bénigne. »

Un fait intéressant est que la *mortalité des filles* est plus élevée que celle des garçons, même dans la petite enfance. Pour 100 décès de coqueluche chez des enfants de même âge on note d'après, M. Luttinger :

	Garçons	Filles
1re année	46,36	53,68
2e année	43,35	56,42
2 à 5 ans	40,55	59,64
5 à 15 ans	38,83	61,14

La mortalité dépend de divers facteurs :

De l'intensité de la coqueluche : la mort peut survenir par spasme de la glotte, par convulsions, par vomissements répétés entraînant l'inanition.

Du terrain : les enfants alimentés artificiellement, qui ont des troubles digestifs, qui sont en état de dénutrition, les tuberculeux, montrent moins de résistance.

Des infections secondaires des voies respiratoires : celles-ci jouent un rôle très grand ; la broncho-pneumonie est un important facteur de mortalité ; ces infections dépendent du milieu, notamment du milieu hospitalier, du génie épidémique, de la saison ; elles sont plus fréquentes en automne, en hiver et au printemps, au moment des épidémies de grippe.

L'association de la coqueluche et de la rougeole comporte un pronostic sévère.

La cause principale de la mort au cours de la coqueluche est la broncho-pneumonie; sur 4 morts, le professeur d'Espine note une fois l'athrepsie, une fois la granulie, deux fois la broncho-pneumonie.

***

Je n'ai pas le loisir de vous exposer, dans tous leurs détails, les règles de la PROPHYLAXIE de la coqueluche. Je me borne à vous en signaler les points principaux.

Pour éviter qu'un enfant ne contracte la coqueluche, il faut, avant tout, empêcher la contagion, c'est-à-dire tout contact, même passager, avec des sujets atteints de coqueluche.

On peut encore réaliser la *vaccination préventive*. On la réalise, d'après M. Debré, M. Joannon et Mlle Dubois, par des *injections de sérum de convalescents*, recueilli quatre semaines après le début des quintes ; on injecte 3 cc. avant 3 ans. On la réalise encore par des injections de cultures du bacille de Bordet-Gengou, chauffées à 46°, suivant la technique proposée, en 1913, par MM. Nicolle et Conor.

Nous avons pratiqué cette vaccination par les cultures tuées chez deux de nos enfants qui ont été en contact avec le premier malade.

Un garçon âgé de 8 mois, entre dans le service le 22 avril 1929 ; il est placé dans un boxe où est couché le premier de nos coquelucheux depuis le 18 avril. On pratique, le 29 avril, le 1er et 2 mai, des injections de vaccin d'un 1/4 de cc., d'un 1/2 cc., de 3/4 de cc. Le 25 mai, l'enfant quitte l'hôpital sans présenter de signes de coqueluche.

Une fille, née le 18 juillet 1928, entre dans le service le 30 mars 1929. Elle est couchée dans le boxe où le premier coquelucheux est placé le 8 avril. On pratique, les 29 et 30 avril, le 1er mai, des injections de 1/2 cc., de 1/2 cc. et de 1/4 de cc. de vaccin. L'enfant meurt le 22 mai, sans avoir contracté la coqueluche.

Il est très important d'*eviter les infections secondaires*. C'est pourquoi l'isolement individuel est recommandable, ou, tout au moins, la séparation, d'avec les enfants présentant des signes d'infections des voies respiratoires.

Le TRAITEMENT de la coqueluche serait très long à décrire, si on voulait passer en revue toutes les médications proposées.

Il faut distinguer le *traitement de la coqueluche* régulière et le *traitement des complications*.

Pour la *coqueluche régulière*, il convient d'attacher un grande importance à l'hygiène.

La chambre du malade doit être claire, ensoleillée, bien aérée.

L'enfant doit garder le lit pendant les premiers temps. On pourra le sortir dans un jardin ou sur une terrasse à l'abri des poussières et du vent, si la température est douce. On donne un bain tiède quotidien.

L'alimentation doit être conforme à l'âge.

La thérapeutique médicamenteuse comporte trois directives

1° On combat l'infection coquelucheuse par des médications spécifiques, la sérothérapie peu utilisée et la bactériothérapie. On injecte du vaccin de Bordet-Gengou, tous les deux jours, aux doses de 1/4 cc., 1/2 cc., 3/4 cc., 1 cc. avant 2 ans; il n'y

a pas avantage à faire plus de quatre ou cinq injections. Les résultats ne sont souvent pas nets.

2° On combat l'élément inflammatoire par les bains tièdes, les enveloppements tièdes humides ; les inhalations de vapeurs d'eau bouillante, d'oxygène, etc. A l'eau bouillante on ajoute des teinture de benjoin, d'eucalyptus, de baume de tolu, etc.

3° On essaye d'atténuer la toux par les mêmes procédés.

Comme médication interne la préparation suivante peut être recommandée :

Teinture de belladone	4 gr.
Teinture de jusquiame	6 gr.
Teinture de drosera	10 gr.

X gouttes de ce mélange contiennent II gouttes de teinture de belladone.

On commence par V gouttes avant 6 mois, X gouttes de 6 à 12 mois, XV gouttes de 12 à 18 mois, XX gouttes de 18 à 24 mois. On augmente graduellement jusqu'à dose triple de la dose initiale, s'il est nécessaire.

Si les quintes de toux sont fortes et répétées, M. Variot prescrit :

Sirop de codéine ... }
Eau ... } ãã

Une cuiller à café (5 milligrammes de codéine) par 6 mois d'âge.

MM. Triboulet et Boyé ordonnent des injections d'une solution de chlorhydrate de morphine à 1 % : 1/4 cc. dans la première année, 1/3 ou 1/2 cc. dans la deuxième.

L'éther, l'analgésine, le bromoforme, l'eau fluoroformée saturée peuvent être utilisés.

Les diverses *complications* sont traitées suivant les méthodes habituelles.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Reybard et le prix d'Argenteuil,

Par le Dr L. BOULANGER,
Assistant à l'Hôpital d'Urologie.

On a pu lire dans le numéro du 1er juin du *Progrès médical*, un très remarquable article de M. le docteur Cathelin relatif à Reybard et à ses importants travaux. En particulier, M. Cathelin rappelle que Reybard appliqua au traitement des rétrécissements de l'urètre « la découverte capitale » qu'il fit de « l'urétrotomie interne profonde », invention récompensée par l'attribution du prix d'Argenteuil que l'Académie de médecine fit, en 1852, à Reybard, à qui, de son côté M. Cathelin décerne, à son tour, et à très juste titre un bien bel éloge en l'appelant : « Le Maisonneuve lyonnais. »

M. Cathelin s'est acquis en chirurgie urinaire une compétence et une autorité qui donnent à son opinion une indiscutable valeur et rendent son jugement sans appel.

J'ai retiré de la lecture du travail de M. Cathelin beaucoup de profit car les vues chirurgicales qu'il émet sont des plus judicieuses et des plus instructives, mais, en outre, cette lecture m'a fait éprouver un réel plaisir, car les appréciations louangeuses et très méritées que M. Cathelin donne à Reybard et à ses travaux est un acte de justice qui venge Reybard des imputations malveillantes et d'ailleurs erronées portées contre lui, et son œuvre par Heurteloup (1), ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture du passage suivant d'une brochure qu'il publia en 1855, sous le titre de : La guérison immédiate ments de l'urètre et des blennorrhées invétérées coexistantes et sur les effets dangereux des bougies, etc., page 21 note :

« On reproche assez généralement à la Commission du prix d'Argenteuil d'avoir donné le prix au terrible procédé de trancher profondément l'urèthre de dedans en dehors et de découper des aiguillettes dans la verge humaine ; mais il me semble que c'est à tort et voici pourquoi.

« Tout le monde sait, que M. le marquis d'Argenteuil, après avoir souffert d'une rétention d'urine, avait fait un testament par lequel il instituait un prix de 12.000 fr. pour être donné tous les six ans par l'Académie de médecine à celui qui apporterait au traitement des rétrécissements de l'urètre les perfectionnements les plus utiles.

« Après avoir fait ce testament M. d'Argenteuil mourut.

« Or la période de six années était écoulée depuis longtemps, par défaut d'émissions d'idées fécondes, neuves, et utiles, lorsque les héritiers intentèrent un procès à l'Académie de médecine, qui, se trouvant sous le coup d'une action en annulation de la clause du testament pour cause de non-exécution dut chercher quelque part à placer son prix échu.

« Elle le donna, naturellement à celui qui avait imaginé quelque chose de saillant, de coloré, à celui enfin qui avait tranché la question dans le vif plutôt qu'à des inventions qu'elle a trouvées ou banales, ou de qualité inférieure, ou faites en vue de l'affiche.

« Voilà l'histoire du prix d'Argenteuil contre lequel on crie si fort et si injustement. Ce prix a été donné par des chirurgiens de mérite à un homme de mérite et il aurait pu être plus mal placé, il ne laisse donc rien à regretter. »

. . . .

On pourrait croire à la lecture de cette note que l'embarras dans lequel se trouvait l'Académie de médecine pour l'attribution du prix d'Argenteuil, résultait du manque de candidats. Or c'est plutôt le contraire qui s'est produit et si l'Académie eut un embarras ce fut celui du choix ainsi qu'il appert du rapport lu par Robert, chirurgien de l'Hôpital Beaujon dans la séance du 24 août 1852, au nom d'une Commission nommée en vue de l'attribution du prix d'Argenteuil, le 14 mai 1850 et composée de Bouvier, Gerdy, Grisolle, Huguier, Larrey, Laugier, Ricord, Robert et Roux et dans lequel il est dit qu'il y eut dix candidats : « Concurrents : Blanchard (de Reims), Guillon, Ivanschich (de Vienne, Autriche), Leroy (d'Etiolles), Mercier, Missous (de Fournolles), Pérève, Reybard, Vernhes (de Béziers), et Wertheimer.

« Trois candidats nous ont paru devoir être principalement signalés, ce sont MM. Leroy (d'Etiolles), Mercier et Reybard.

. . . .

Le troisième compétiteur dont il nous reste à parler est M. Reybard

. . . .

« L'expérience et le raisonnement sont d'accord pour classer l'opération de M. Reybard parmi les conquêtes de la chirurgie moderne et la réserver comme une ressource précieuse pour les cas de rétrécissements réfractaires aux méthodes jusqu'ici connues.

« Nous voici, Messieurs, parvenus presqu'au terme de notre mission. Nous nous sommes efforcés de mettre sous les yeux de l'Académie une analyse scrupuleuse des travaux des compétiteurs il nous reste maintenant à désigner celui qui a réalisé le *perfectionnement le plus important* dans le traitement du rétrécissement de l'urètre.

Son mémoire (de M. Reybard) sur les rétrécissements de l'urèthre se distingue à plus d'un titre, une pensée unique y

(1) Heurteloup n'était rien moins que bienveillant. Aigri, sans doute de n'être pas parvenu à la situation scientifique qu'il ambitionnait et qu'il estimait lui être due [*] il s'en prit à ses concurrents qu'il traita en ennemis avec une causticité d'esprit qui régnait dans sa famille et qu'il partageait avec son cousin Alphonse Karr, le spirituel et satirique auteur des *Guêpes*. Dans une plaquette publiée en 1855, intitulée : « Rétrécissement de l'urethère. L'état de la science dévoilé à l'occasion d'un nouveau procédé féroce avec un court mémoire pour servir d'antidote », il crible littéralement d'épigrammes Civiale, sans le nommer toutefois, mais en le désignant de façon tellement transparente que le doute, l'hésitation même, ne sont pas permis ; soutient contre Leroy (d'Etiolles) une âpre polémique : se livre à des attaques réitérées contre Maisonneuve, Reybard et Mercier.

[*] Heurteloup, il n'est que juste de le reconnaître, était loin d'être sans mérite. Il est l'inventeur du percuteur courbe à marteau qui fit faire un progrès considérable à la lithotritie. Ce nouveau lithotriteur qui, d'ailleurs valut à Heurteloup, un prix de 6.000 fr. que lui décerna l'Académie des sciences en 1833, remplaça tous ceux qui l'avaient précédé et servit de modèle à tous ceux imaginés depuis, la disposition générale de l'instrument restant la même, la forme des mors et leur mode de rapprochement ayant seuls été modifiés. A elle seule, cette invention suffit à sauver de l'oubli le nom de Heurteloup.

règne constamment d'une manière irréprochable. On y trouve un point de départ nouveau basé tout à la fois sur l'anatomie, la physiologie pathologique et l'expérimentation. Enfin une série de déductions conduisent logiquement l'auteur à rejeter les moyens de traitement connus et à proposer une thérapeutique nouvelle dont il démontre l'efficacité par des faits nombreux. M. Reybard a réalisé le perfectionnement le plus important pour la cure des rétrécissements de l'urèthre.

« Ce travail remplit donc les conditions du programme de ce concours. En conséquence, notre Commission a l'honneur de vous proposer à décerner à M. Reybard pour la période de 1844 à 1850 le prix institué par la munificence du marquis d'Argenteuil ».

« Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie. »

Le prix d'Argenteuil fut donc attribué à Reybard non pas en désespoir de cause, suivant l'inexacte insinuation d'Heurteloup mais, ainsi que les considérants du jugement rendu par l'Académie l'établissent clairement de façon indiscutable, parce que Reybard avait enrichi la science d'une « conquête » et que son travail l'emportait sur ceux de ses *neuf compétiteurs*, ouvrage dont on peut apprécier l'importance, quand on sait que ce travail *imprimé* forme un livre in-8° de *six cents pages*.

D'ailleurs, Heurteloup reconnaît lui-même, ainsi qu'on l'a vu plus haut, que ce prix fut donné par des « chirurgiens de mérite, à un homme de mérite » à « celui qui aurait tranché la question dans le vif, plutôt qu'à des inventions qu'elle (l'Académie) a trouvées, ou banales, ou de qualité inférieure, ou faites en vue de l'affiche ».

Puisque telle était son opinion, conforme au jugement de l'Académie, il semble bien qu'Heurteloup eût été mieux inspiré, en gardant un silence approbateur, d'autant plus opportun, que n'ayant pas voix au chapitre.

Mais en plus des inexactitudes qu'il commet, Heurteloup fait montre d'une regrettable malveillance quand, dans plusieurs passages de la brochure dont il a été parlé plus haut, il parle des « affreux instruments »de Reybard, qualifie « son procédé « d'atroce. », de « féroce (1) » expressions de nature à le décrier et le discréditer aux yeux du monde médical.

Heurteloup avait, certes, le droit de ne pas être partisan du procédé de Reybard, et malgré le nombre élevé des guérisons que cette méthode avait données à son auteur, et publiées dans son mémoire, de ne pas l'adopter, et, même, de le déconseiller, mais, en tout cas, il avait le devoir de le faire dans des termes n'ayant rien de désobligeant à l'égard d'un confrère dont, ainsi qu'il l'écrit, il « estimait infiniment le talent et le caractère ».

(1) Rétrécissement de l'urètre — L'état de la science dévoile à l'occasion d'un nouveau procédé féroce. Avec un court mémoire pour service d'autidale. Par le baron Heurteloup, Paris 1856.

CHRONIQUE

La peur de la lumière. — Notre distingué confrère, le Dr Crouzel décrit sous le nom d'*héliophobie* une entité morbide, caractérisée par le besoin de se soustraire à l'action de l'air et du soleil. (De l'héliophobie. *Le Concours médical*, 7 avril 1929, p. 1109.)

L'héliophobie est l'apanage à peu près exclusif du sexe féminin. Elle se produit d'habitude, au cours de la ménopause et surtout après celle-ci, et en concomitance avec le syndrome solaire. C'est la principale séquelle de la grippe épidémique

Les malades contractent l'habitude de s'envelopper la tête, même par les périodes les plus chaudes de l'année : c'est le signe pathognomonique constant. Elles se plaignent d'avoir mal à l'estomac et passent leur temps à se plaindre, sans pouvoir, au juste localiser la douleur. Le facies grippé du début persiste assez longtemps, en faisant place au teint blafard, avec décoloration des conjonctives oculaires, avec rides indélébiles de la face. Contrairement aux arbres qui se penchent du côté de l'air et du soleil, elles recherchent l'obscurité. Elles sont asthéniques, pessimistes.

***

Vésicule biliaire et sécrétion gastrique. — Pour Loeper, une lithiase biliaire récente s'accompagnerait d'hyperchlorhydrie (1) et une lithiase ancienne s'accompagnerait d'hypochlorhydrie ou d'ana-chlorhydrie. Bérardier, dans sa thèse *(Contribution à l'étude du chimisme gastrique dans les affections de la vésicule biliaire*, Paris, 1929) vient d'étudier à nouveau ce point d'après 24 observations.

Dans tous ces cas, la lithiase biliaire était bien établie. Toujours, il y avait des brûlures, de la plénitude gastrique, de l'oppression post-prandiale, des éructations, et, presque toujours, des nausées, un peu de fièvre, de la diarrhée post-prandiale et de l ictère. Presque toujours aussi, on trouvait le signe de Murphy, la névralgie phrénique et le signe respiratoire de Ramond. De plus, la radiologie permettait de localiser la douleur et montrait des spasmes pyloriques ou médio-gastriques, réflexes, provoqués par la pression vésiculaire. Or, sur 17 cas non opérés, B. trouve :

2 cas d'hyperchlorhydrie (cas récents).
7 cas d'hypochlorhydrie.
8 d'anachlorhydrie.

Dans 7 cas opérés, les résultats sont analogues.

Ces résultats, outre leur intérêt théorique, présentent un intérêt pratique lié au diagnostic d'avec l'ulcus duodénal : l'hyperacidité, dans ce dernier cas, est presque constante.

***

Evacuation vésiculaire et gestation.— Benda, au début de la gestation, a toujours pu voir la vésicule après injection de tétraiode. A la fin de la gestation, il n'en est plus de même : sur 22 primipares, il a eu dix insuccès et, sur 15 multipares, dix insuccès également. (Fonction vésiculaire et gestation. *Zentblatt f. Gyn.*, 30 juin 1920.)

Levyn, Beck et Aaron (de Buffalo), pratiquant la cholécystographie à la fin de la gestation chez dix sept primipares, n'ont pas pu voir la vésicule dans sept cas. Dans les dix autres cas, la vésicule était visible, la concentration du colorant et la rétraction après repas de Boyden étaient normales. Six fois, la vésicule était déformée par pression. Cependant les auteurs ne croient pas devoir incriminer la pression pour expliquer leurs sept échecs.

Ils conseillent de stimuler l'évacuation vésiculaire des femmes enceintes par un régime bien balancé en graisse.

Les nausées étaient plus fréquentes dans les cas où on ne pouvait déceler la vésicule. (Cholécystographie à la fin de la gestation. *Radiology*, juillet 1928, p. 48.)

Henri Vignes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juin 1929.

Sur le quotient albuminurique du sérum. — MM. *Achard, Grigaut, Codounis et Boutroux*.

Projet de création d'un ordre des médecins. — Au nom de la Commission nommée par l'Académie pour étudier les conclusions déposées par M. Balthazard dans la séance du 8 avril, MM. *Le Gendre* et *Brouardel* présentent un rapport qui sera discuté dans une prochaine séance. Les rapporteurs n'acceptent pas la création d'un ordre, mais celle de chambres régionales et d'une chambre centrale qui auraient le même rôle. Le rapport indique comment devrait être composée chacune de ces chambres. Il énumère les manquements auxquels ces chambres devraient pouvoir appliquer les sanctions qui seraient prévues par une loi.

Sur l'action hématopoïétique des fortes doses de jus frais. — MM. *Mouriquand, Leulier et Mlle Schoen*. — Il est classique de considérer les jus de fruits frais (orange et surtout citron) comme doués de pouvoir antiscorbutique, grâce à leur forte teneur en vitamines C. Ce ne sont pas seulement les symptômes graves du scorbut qui sont des indications de cette médication.

(1) La douleur vésiculaire crée de la vagotonie locale qui se traduit par l'hyperchlorhydrie, les vomissements, la constipation, (L. Van Bever et A. Bernaerts. Les douleurs dans les affections de la vésicule biliaire, *Le Scalpel*, tome LXXXI, n° 3, janvier 1928.)

L'anémie par carence, qui est peu sensible à la médication martiale, disparaît rapidement par l'usage de jus frais.

Les auteurs montrent en outre, en s'appuyant sur des faits expérimentaux, que le jus frais de citron est un puissant excitant hématopoïétique dans les anémies liées à l'avitaminose C. Il l'est également, à fortes doses, dans les anémies relevant d'une inanition simple équilibrée. Lorsque l'apport de calories est insuffisant, il semble que de très fortes doses de jus frais soient nécessaires pour maintenir le taux des hématies et de leur hémoglobine.

Des recherches cliniques orientent les auteurs vers cette idée et vers la thérapeutique de certains états anémiques par les fortes doses d'aliments frais.

Election d'un membre titulaire dans la première section (médecine). — Classement des candidats :

En première ligne, M. Ravaut ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Lereboullet, Loeper, de Massary, Rathery et Rist ; adjoints par l'Académie, MM. Crouzon, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas et Villaret.

Au premier tour de scrutin, M. Paul Ravaut est élu par 57 voix contre 3 à M. de Massary. MM. Lereboullet, Loeper, Rathery, Rist et Crouzon obtiennent chacun une voix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin 1929.

Sur la guérison spontanée des pneumopathies aiguës de l'adulte. — ***M. Etienne Bernard*** présente un malade complètement guéri depuis dix-huit mois (plage radiographique normale) d'un abcès du poumon a streptocoques. Il s'était agi d'une suppuration volumineuse s'accompagnant d'un état général sévère avec septicémie et apparition de quatre abcès métastatiques. Malgré cette gravité, l'abcès du poumon a guéri spontanément à la suite de vomiques dont la première est apparue 75 jours après le début de la maladie.

Ce délai montre combien, dans les abcès à pyogènes (et à microbe unique) il peut y avoir intérêt à temporiser avant de recourir à des thérapeutiques actives. L'auteur pense que le pneumothorax est souvent contre-indiqué (et ce fut le cas chez son malade) à cause de la réaction pleurale de voisinage qui risque de se transformer en pleurésie purulente. Il aurait envisagé plus volontiers une pneumotomie, mais seulement après que la « nature médicatrice » aurait épuisé toutes ses chances. C'est pendant cette expectative que la guérison est survenue. Quant à la vaccinothérapie, on est dans l'impossibilité d'affirmer son efficacité. Agissant vraisemblablement au cours des infections aiguës comme une bactériothérapie non spécifique, comme une médication de choc, il vaut mieux, selon l'auteur, renoncer à l'aléa d'une telle méthode, quand il s'agit d'une affection qui très souvent évolue spontanément vers la guérison comme le prouve cette observation et comme le rappelaient à la précédente séance, le professeur Bezançon et ses collaborateurs.

De l'influence de la vaccinothérapie sur les épanchements purulents à pyogène des plèvres. — ***MM. Pr. F. Bezançon, Duchon, Célice, Wahl, Ragu,*** rapportent douze observations de pleurésies purulentes (5 à streptocoques, 2 à staphylocoques, 3 à pneumocoques, 1 à pneumocoque et à staphylocoques, 1 aseptique), traitées par les lysats vaccins. Ils retiennent surtout, parmi elles, neuf observations d'épanchements contemporains de graves infections pulmonaires, chez lesquelles l'intervention reste toujours un facteur de haute gravité.

L'intervention de la vaccinothérapie combinée aux ponctions évacuatrices semble intéressante à retenir ; elle paraît déterminer une atténuation de l'élément infectieux pleuro-pulmonaire, et refroidir la collection. Non seulement la température a tendance à fléchir, mais l'état général s'améliore rapidement, les malades sont moins infectés. De plus on observe en même temps des modifications importantes dans la texture des germes de la collection. Les affinités tinctoriales se modifient, les cocci s'altèrent, autour de certains d'entre eux on voit se constituer un aspect capsulaire. Enfin on observe tous les aspects de désagrégation microbienne, depuis le coccus boursouflé jusqu'au coccus réduit à l'état de poussière, ayant perdu sa morphologie. Certaines capsules de pneumocoques sont parfois complètement déshabitées.

Parmi ces douze observations, sept pleurésies se sont résorbées spontanément, certaines ne laissant aucun reliquat pleural visible.

Trois se sont évacuées par vomique sans entraîner à la suite les accidents habituellement redoutés.

Deux enfin ont été opérées. L'une était une pleurésie bloquée à streptocoque, l'autre était une pleurésie de 2 litres de pus à streptocoques qui s'était reconstituée après la sortie prématurée de l'hôpital. Toutes deux ont été cicatrisées en trois semaines.

Le traitement consista en injections journalières de lysats polyvalents susceptibles d'agir sur le foyer pulmonaire, puis de lysats correspondant au pathogène de l'épanchement. L'arrêt des injections paraît commandé par l'assèchement de la plèvre.

A remarquer que ces résultats ont été obtenus sans l'intervention des réactions de choc.

MM. Grenet, P.-E Weil, Flandin insistent sur le fait que si exceptionnellement les pleurésies purulentes peuvent guérir spontanément ; la vaccinothérapie par les lysats vaccins est très efficace. C'est une méthode thérapeutique active et sans danger.

M. Milian, à ce propos, signale qu'on livre trop facilement les malades au chirurgien, et à l'appui, il signale que dans les anthrax il obtient la guérison par les injections de phosphore. Le galyl par voie intra-veineuse lui a toujours donné d'excellents résultats.

Névrite motrice post-vaccinothérapique. — ***MM. G. Etienne*** et ***P. Gerbaut*** (de Nancy). — Cas de névrite exclusivement motrice, à invasion lente, sournoise, localisée aux membres supérieurs, avec paralysie, atrophie musculaire, consécutive à une vaccinothérapie antistaphylococcique, au cours d'une bronchopneumonie extrêmement grave et d'une staphylococcie. Les auteurs rapprochent cette observation des névrites post-sérothérapiques qu'ils ont déjà étudiées ; et surtout des cellulonévrites et des myélites consécutives aux vaccinations préventives, telles qu'il en a été observé dans la vaccination antityphoïdique. Ils se posent la question de savoir si ces névrites sont liées à l'action des corps bacillaires dans leurs éléments spécifiques, dans les éléments chimiques banaux, ou par leurs matières protéiniques banales.

Myélite subaiguë de l'adulte. Sérothérapie très tardive. Les résultats et les limites de son action. — ***M. Etienne*** (de Nancy) signale le cas d'un malade atteint d'une forme subaiguë évoluant depuis 4 mois, qui arriva à un état de quadriplégie complète chez lequel le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur à la dose de 720 cc. en 9 jours, a immédiatement enrayé l'évolution, a récupéré complètement les dégâts massifs causés par le « bond » récent et par un « bond » précédent ancien de un mois. Au 13e jour, après le début du traitement, persistait l'impotence du membre inférieur droit, le premier frappé, conditionnée par une atrophie musculaire complète datant de 4 mois mais la récupération était totale 5 mois plus tard.

Le signe du biceps, exagération d'une syncinésie physiologique permettant de distinguer deux rigidités musculaires d'origine extra-pyramidal celle des parkinsoniens, et celle de malades présentant surtout les spasmes d'action. — ***M. A. Rouquier*** (du Val-de-Grâce). — Si chez un sujet normal, on porte l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras de la position de pronation forcée dans celle de supination forcée, on provoque la contraction réflexe du biceps, qu'on voit se raccourcir et se durcir. Chez certains malades présentant une rigidité musculaire organique apparaissant à l'occasion de mouvements volontaires et n'existant pas au repos, la contraction du biceps est plus rapide et plus accentuée qu'à l'état normal.

Elle s'étend parfois aux muscles voisins : triceps, deltoïde, muscle de la racine de l'épaule. Le phénomène peut être bilatéral ; il peut être plus marqué d'un côté que de l'autre quand les troubles prédominent d'un côté.

La plupart de ces sujets n'offrent pas de signes pyramidaux et peuvent être placés dans le groupe des striés (parkinsoniens atypiques ; wilsoniens etc.). Au contraire chez les parkinsoniens typiques présentant à la fois la rigidité musculaire, la syncinésie du biceps est différente : la contraction à cause même de l'hypertonie et de la bradykinésie se fait plus lentement qu'à l'état normal.

La rigidité musculaire dynamique peut être rarement associée à la contracture pyramidale. Elle est d'ailleurs elle-même assez rare.

Etude comparative de variations du chlore et du sodium sanguin dans l'acidose rénale. — *MM. H. Bénard, J. Lenormand* et *F.-P. Merklen* étudient chez une douzaine de malades les variations relatives du sodium et du chlore sanguins dans leurs rapports avec l'acidose rénale, et concluent à l'extrême complexité du mécanisme du déséquilibre acido-basique si souvent observé au cours des affections rénales :

a) L'*association de l'hyperchlorémie à l'hyponatrémie* est fréquemment rencontrée : si certains cas s'accompagnent d'une baisse marquée de la réserve alcaline et justifient l'épithète de néphrite « acidotique », il n'en est pas toujours ainsi, ei l'association hyperchlorémie et hyponatrémie peut marcher de pair avec une réserve alcaline et un pH normaux. Habituellement sèche, elle s'accompagne cependant assez souvent d'œdème.

b) Inversement, l'*association hypochlorémie et hypernatrémie* est loin de mériter toujours l'épithète d'« alcalotique » ; fait d'apparence paradoxale, c'est dans une néphrite avec acidose et sans œdème que les auteurs ont trouvé de la façon la plus manifeste la déficience du chlore associée à la rétention du sodium.

En résumé, au cours de l'acidose rénale, avec ou sans œdème, les chiffres de chlore et de sodium peuvent montrer toutes les variations relatives possibles, et le comportement de ces deux éléments minéraux ne paraît pas pouvoir expliquer à lui seul le mécanisme de l'acidose au cours des néphrites : il faut sans doute faire intervenir d'autres facteurs de perturbation de l'équilibre acido-basique ; en particulier les *substances organiques* et les *protéines.*

Syphilis gastrique à forme de linite plastique (estomac triloculaire), syphilis du pancréas avec rétro-péritonite, et des artères pulmonaires. — *MM. Caussade et Leven.* — Chez une femme de 57 ans, syphilitique avérée, dont l'affection gastrique évoluait depuis 17 ans et morte d'hématémèses, les auteurs ont trouvé un estomac triloculaire dont les trois poches superposées et reliées entre elles par des canaux relativement étroits et mesurant quelques centimètres, s'étageaient depuis le diaphragme jusque dans la fosse iliaque gauche. Les deux cavités inférieure et supérieure étaient assez larges ; la moyenne était petite et de forme ampullaire. Parmi les symptômes observés les uns (regurgitations acides, douleur épigastriques très vives, hématémèses) sont à mettre sur le compte de l'affection gastrique ; les autres (amaigrissement progressif et très prononcé dans les derniers jours de la vie malgré une alimentation toujours possible, diarrhée fréquente et fétide, glycosurie : 20 grammes en 24 heures dans les derniers jours) dépendent d'une lésion étendue du pancréas. En effet, à l'autopsie ces deux organes étaient altérés et il y avait une rétro-péritonite assez étendue comprenant la partie postérieure de l'estomac, le lobe gauche du foie et le pancréas qui était réduit de volume et induré. Les parois de l'estomac étaient indurées et véritablement cartonnées en certains segments. L'hémorrhagie mortelle finale était due à une simple érosion de la muqueuse ; pas d'ulcération.

La preuve de la nature syphilitique de toutes ces lésions fut donnée par une artérite (péri et mésartérite) disséminée au milieu d'un tissu fibrillaire très fourni ; et par la coloration faite par le mucicarmin de Mayer, il ne fut décelé aucune cellule épithéliale typique ou atypique. Les auteurs insistent sur les quatre faits suivants :

1° L'emprise par la syphilis de l'estomac et du pancréas à la fois ; alors que dans les observations antérieures (P. Carnot, Harvier et Péron, Lenoir et G. Faroy) la linite plastique syphilitique et la rétropéritonite ne sont pas coexistantes ; 2° glycosurie dépendant certainement de la sclérose du pancréas ; 3° lésions syphilitiques des vaisseaux de l'estomac, du foie, du pancréas et même du poumon où, là, les artères présentent des encoches, sortes de petits anévrismes, qui peuvent expliquer les hémoptysies au cours de la syphilis pulmonaire même à son début ; 4° il faut se méfier de certaines formes de linite plastique qui ne sont pas des squirrhes.

Un cas de méningite ourlienne primitive avec aphasie et hémiparésie transitoires. La méningo-encéphalite ourlienne primitive. — *MM. R.-J. Weissenbach et G. Basch* rapportent l'observation d'un homme de 28 ans, indemne de syphilis et de toute tare, qui fut pris brusquement d'aphasie, d'hémiparésie, de troubles de la vue, de céphalée violente ayant précédé de trois jours l'apparition d'une parotidite ourlienne double typique, ayant évolué ultérieurement sans autre complication. Ils relatent les difficultés et les hésitations du diagnostic au début et rapprochent ce fait des cas de méningite ourlienne primitive déjà décrits par Weissenbach. Ils proposent, pour désigner ces faits, dans lesquels les signes méningés diffus sont discrets et les signes de localisation nerveuse au premier plan, avant toute manifestation parotidienne ou glandulaire, le terme de « *méningoencéphalite ourlienne primitive* ».

M. de Massary à propos de cette observation fait des réserves sur les signes de localisation dans la méningite ourlienne.

M. Cathala pense que dans le cas de M. Weissenbach, il ne s'agissait peut-être pas d'oreillons. Il a observé un cas de double parotidite avec état méningé dans lequel il ne s'agissait pas certainement d'oreillons. Il signale en outre avoir observé au cours d'un syndrome méningé ourlien un liquide céphalo-rachidien trouble avec de nombreux polynucléaires et présence de mastzellen.

M. Beaudouin demande quel est le laps de temps qui existe entre le syndrome méningé et l'apparition des oreillons.

M. Weissenbach pense que la durée est de 3 à 5 jours.

Mobilité anormale entre la face et le crâne. (Pseudo articulation cranio faciale). — *MM. André Léri et Lucien Lebourg* présentent une fillette de 13 ans dont la face est franchement mobile sur le crâne. En appuyant sur l'un ou l'autre côté du maxillaire supérieur, on deplace angulairement l'axe de la face par rapport au crâne. En soignant ses dents, on vit sa mâchoire remuer alors que le crâne était fixé : le dentiste « eut le vertige » ! Il n'y avait cependant eu aucun traumatisme qui ait pu briser la face, et la radiographie ne montre aucune solution de continuité. La mobilité anormale entre la face et le crâne paraît être due à ce que les piliers assez frêles qui réunissent les deux portions de la tête (branche montante et tubérosité du maxillaire supérieur, apophyse malaire) ne sont pas osseux, mais seulement fibreux. Le fait peut tenir à une décalcification ou à une hypocalcification. La décalcification est peu probable, car chez la malade la calcémie et la calciurie sont normales, alors qu'elles sont généralement exagérées dans les processus de décalcification. Le défaut de calcification est bien plus vraisemblable, car la jeune malade, qui est née à 6 mois 1/2, est franchement hypotrophique, sa taille est très petite (1 m. 26), ses os sont très grêles, son rebord alvéolaire est précocement résorbé (pyorrhée alvéolo-dentaire), son appendice xiphoïde est absent, ses premières molaires de la première dentition et ses premières prémolaires de la deuxième dentition, ont fait défaut, les bourgeons de ses dents de sagesse ne paraissent pas exister sur les radiographies, enfin son développement a été très retardataire (première dent à 18 mois, premiers pas à 2 ans) et elle montre quelques signes de mongolisme, yeux bridés, bouche en trompette, auriculaires écourtés, etc. Malgré une réaction de Wassermann négative, la syphilis est très vraisemblablement en cause dans tous ces troubles de la nutrition générale et osseuse ; elle semble avérée par l'existence de multiples fissures labiales en rhagades et par l'influence remarquable d'un traitement spécifique sur la croissance à la fois physique et psychique. La persistance d'une mobilité anormale entre la face et le crâne serait due à un simple retard de la calcification de même ordre et de même nature que les autres hypotrophies osseuses constatées chez cette malade.

A l'état normal, les os de la face et du crâne se forment isolément au sein d'une ébauche conjonctive continue, ils s'y accroissent progressivement et finissent par se souder, formant des « sutures » ou « synarthroses ». Le retard anormal de la calcification laisserait entre eux une zone de tissu conjonctif qui constituerait une « amphiarthrose » analogue à la symphyse pubienne ou au disque intervertébral. Semblable mobilité entre la face et le crâne ne semble pas avoir été observée jusqu'ici.

Myasthénie bulbo-spinale, traitée par un extrait de tuber cinéreum. — *M. Urechia* (de Cluj).

La difficulté de concentration psychique dans les sinusites. — *M. C. I. Urechia* (de Cluj).

Sur le métabolisme basal dans la chorée. — *MM. C. I. Parhon et Mlle E. Cernantzeanu-Ornstein* (de Jassy) ont étudié le métabolisme basal dans la chorée. Il est le plus souvent normal. Dans un cas on a observé 16 % de diminution.

Ostéopériostite syphilitique de l'humérus, à image radiographique de sarcome. — *MM. R. J. Weissenbach, P. Truchot et Mlle D. Ronget* rapportent l'observation d'une femme de 28 ans, présentant une tuméfaction ostéopériostée douloureuse de la moitié inférieure de l'humérus droit, qui guérit très rapidement sous l'influence du traitement antisyphilitique. L'intérêt de cette observation réside dans l'absence de signes et de commémoratifs valables de syphilis acquise ou héréditaire, les résultats négatifs des réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht du sang et l'image radiographique des lésions osseuses, qui présentait les caractères de l'ostéo-sarcome et non ceux qui sont habituellement notés dans les ostéopériostites syphilitiques.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin 1929.

Traitement des luxations congénitales de la hanche. — M. *Mathieu* croit que le traitement par arthrotomie peut avoir des indications, pour réintégrer facilement la tête dans le cotyle par exemple.

Sur le bistouri à haute fréquence. — M. *Moure* a utilisé plusieurs fois cet instrument. La 1re malade avait un anévrysme cirsoïde du dos de la main et de la paume. L'opération fut facile et il coagula les deux premiers espaces interosseux. Suture complète sauf au niveau de ces espaces où l'on met une mèche. Cicatrisation parfaite. La 2e malade avait un cancroïde greffé sur une région du cou atteinte de radiodermite ; tumeur énorme. Evidement total du cou avec résection du sterno-cléido mastoïdien et de la jugulaire interne. Coagulation sur pinces de toutes les branches de la carotide externe. Pas de sutures. Rien n'a saigné. Cicatrisation presque complète à l'heure actuelle.

Le bistouri électrique paraît indiqué à l'auteur dans certains cas, en particulier dans les ouvertures de collections suppurées profondes, dans les amputations et peut-être en chirurgie gastro-intestinale.

Sérum à base de citrates. — M. *Cunéo* fait un rapport sur un travail du médecin-colonel *Normet* et présente un film sur l'emploi expérimental du sérum.

M. *Gosset* a employé ce sérum dans son service et il lui paraît très intéressant.

Sur l'intervention en deux temps en chirurgie biliaire. — M. *Cotte* (de Lyon). — L'auteur a observé 6 cas d'ictère chronique par rétention avec fièvre bilioseptique qu'il a traités par une intervention en deux temps. Une seule malade est morte, et encore, dans des conditions telles que l'opération ne peut en être rendue responsable. Toutes les autres ont guéri.

L'exploration directe des voies biliaires par le lipiodol après le drainage du cholédoque a montré toujours des ombres intéressantes qui ont servi à préciser le diagnostic pré-opératoire.

M. *Gosset* ne croit pas que le simple drainage des voies biliaires puisse toujours être suffisant pour soulager les malades ; il vaut mieux enlever de suite les calculs.

M. *Duval* croit aussi que l'opération la meilleure est celle qui est complète.

M. *Cunéo* dit que la palpation digitale permet toujours de sentir les calculs du cholédoque.

M. *Gosset* dit que les angiocholites sans calculs doivent être traitées par la cholécystostomie et non la cholédocotomie.

Traitement des ostéopériostites d'origine dentaire. — M. *Brocq* montre que plusieurs principes s'opposent : enlever la dent pour ouvrir le foyer, ne pas traumatiser un foyer infectieux. Ainsi certains sont-ils d'avis d'extraire immédiatement la dent, et d'autres sont-ils d'avis opposé.

M. *Brocq* est éclectique. Les dents autres que la dent de sagesse inférieure doivent être enlevées systématiquement s'il existe nettement une carie infectée et si les accidents osseux sont graves. Dans les accidents consécutifs à la carie de la dent de sagesse, il vaut mieux faire le refroidissement et la résection du capuchon ; l'avulsion sera pratiquée ultérieurement.

Réfection d'un pouce à l'aide d'un transplant péronier. — M. *P. Duval* présente un malade qu'à la suite de la perte des trois premiers doigts de la main, il a traité par une greffe cutanée à l'italienne et par une greffe péronière.

Séance du 20 juin 1929.

Fracture malléolaire avec fracture de l'astragale. — *M. Alglave* apporte deux nouvelles observations. Dans la première, il a également, comme M. Soupault, pratiqué l'astragalectomie et vissé la malléole par une vis de Lambotte. Dans la deuxième, il est intervenu un mois après et a utilisé la voie transcalcanéenne. L'astragale a été conservé avec vissage de la malléole interne. Un mois après, le pied a basculé de nouveau et M. Alglave a été obligé de faire une astragalectomie.

Cardiospasme. — *M. Desplats* rapporte une observation de *MM. Lamare* et *Larget* (de St-Germain). Deux fois, ils sont intervenus par gastrotomie et dilatation brusque du cardia par un clamp. Guérison dans les deux cas. M. Desplats estime que la méthode, déjà préconisée par Chevalier-Jackson en 1914, est brutale et qu'il vaut mieux ne pas la généraliser.

MM. Lenormant et *Lecène* disent que la méthode doit être rapportée à Mickulicz (1892) et qu'elle peut être dangereuse ; elle est donc à rejeter.

Etranglement de l'appendice dans une fossette para-cæcale. — *M. Cadenat* rapporte une intéressante observation de *M. Murard* (du Creusot).

M. Bazy a observé quelques cas analogues.

Suture des tendons fléchisseurs des 3e 4e et 5e doigts. — *M. Cadenat* rapporte l'observation de *M. Folliasson* qui a pratiqué la suture primitive des six tendons sectionnés. Mobilisation prudente dès le 3e jour. Deux séances d'ionisation. Guérison.

Résultats phonétiques de 100 staphylorraphies. — *M. Veau* et *Mlle Borel* rapportent les résultats suivants : 35 ont un résultat excellent ; 29 émettent des bruits surajoutés ; 36 présentent une certaine déficience vocale. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'on opère plus tôt. Le rôle de l'éducation phonétique a été considéré longtemps comme capital ; avec la suture musculaire que l'on fait maintenant, elle a moins d'importance ; il faut tenir un grand compte de la mentalité des enfants et des parents.

Occlusion intestinale. — *M. Brocq* communique une observation ancienne de *M. Chaput*. Il avait fait une iléo-sigmoïdostostomie pour une tumeur cæcale. Vingt ans après, M. Brocq est réintervenu. Il y avait un kyste dans l'hypochondre gauche et son pédicule passait par la brèche mésentérique de l'intervention ancienne. Section très simple du pédicule. Guérison.

Traitement des tuberculoses localisées. — *M. Desplats* rapporte un travail de *M. J. Meillière* et *Mlle Chevillon*, sur l'irradia-

tion directe des lésions tuberculeuses exposées dans un premier temps, puis indirecte sur les téguments. Les auteurs ont traité ainsi avec succès des péritonites tuberculeuses, des adénopathies, des ostéites et des épididymites.

M. Sorrel reste sceptique sur la valeur de cette méthode.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 10 juin 1929.

Séance en l'occasion des Journées médicales de Paris.

Traitement des ulcus gastriques et duodénaux. — M. *V. Pauchet* résume les règles du traitement chirurgical de ces deux affections et, en particulier, de l'ulcus duodénal hémorragique.

Le traitement chirurgical du prognathisme. — M. *Dufourmentel*, dans les cas de prognathisme, ampute les deux condyles maxillaires. La section du col est faite au tour électrique, en un point variable selon le degré de prognathisme à corriger. La guérison est obtenue immédiatement. L'opération ne laisse pour ainsi dire pas de trace extérieure et le résultat fonctionnel est parfait.

Les projectiles de la région hilaire du poumon. Technique opératoire. — M. *Petit de la Villéon* opère en d ux temps : 1° pneumothorax par insufflation d'azote ; 2° huit jours après : thoracotomie postérieure par volet ; ouverture du poumon ; extraction radio-opératoire du projectile ; tamponnement serré enlevé le sixième jour.

Luxation congénitale de la hanche et butée osseuse. — M. *R. Massart* communique les observations de deux jeunes filles dont les luxations congénitales de la hanche avaient été négligées pendant l'enfance et qu'il a traitées avec succès en faisant, après réduction non sanglante de la tête fémorale, une butée osseuse. L'opération a été faite il y a dix mois. Bon résultat ; marche sans boiterie, sans fatigue et sans douleurs.

Les pseudo-cancers coliques d'origine amibienne. — M. *Desjardins* attire l'attention sur la similitude clinique de l'amibiase colique et du cancer du côlon. Signes presque semblables : tumeur, douleur, amaigrissement, hémorragies et sténose. Mais, l'amibiase donne à la radiographie une sténose segmentaire ; elle survient presque toujours, mais non toujours, chez un ancien dysentérique ; et l'examen des selles montra la présence d'amibes ou de kystes. Le diagnostic entre ces deux affections est important, car, en cas de cancer on fera une colectomie, tandis qu'en cas d'amibiase, le malade guérira par un simple traitement médical suffisamment prolongé.

Une observation de maladie exostosante. — M. *Rœderer*. — Les exostoses ne sont pas seulement localisées au voisinage des cartilages de conjugaison. De nombreuses côtes et les épiphyses des membres sont soufflées. Il existe des zones de décalcification. L'évolution de quelques-unes de ces exostoses s'est accompagéée de douleurs et même de tuméfaction. Il ne s'agit pas d'exostoses ostéogéniques multiples, mais bien d'une affection spéciale.

Syndromes d'ictère par rétention et de coliques hépatiques dans la pancréatite chronique. Leur traitement chirurgical. — Pour M. *Thévenard* ces syndromes font partie de la symptomatologie de la pancréatite chronique. Joints à d'autres symptômes, en particulier un amaigrissement très rapide et considérable, ils aident à faire le diagnostic de cette affection. Le drainage des voies biliaires agit très utilement sur ces lésions pancréatiques et peut même en amener la guérison vraie par une régression totale des lésions anatomiques. Le procédé opératoire de choix est la cholécysto-duodénostomio.

Résection primitive pour ostéomyélite aiguë du tibia. Régénération osseuse. — M. *Trèves* communique l'observation d'un garçon de 10 ans opéré au huitième jour d'une ostéomyélite aiguë grave du tibia. L'os complètement séquestré et nageant dans le pus fut réséqué en totalité à son tiers supérieur ne respectant l'épiphyse. La régénération s'est faite en quelques mois et l'enfant a guéri avec un raccourcissement de 3 cm. dû à l'atteinte du cartilage par l'infection. Le raccourcissement n'a pas augmenté depuis un an. L'auteur note l'action favorable du propidon associé à l'acte opératoire.

Cas de diagnostic par la broncho-œsophagoscopie. — M. *Guisez* communique des observations dans lesquelles l'œsophagoscopie et la bronchoscopie ont permis de faire le diagnostic de sténose inflammatoire ou de sténose par compression chez des malades où le diagnostic de cancer avait été porté.

Sur deux cas de tumeur maligne de mamelles axillaires aberrantes. — M. *Mornard* communique les observations de deux femmes (36 et 62 ans) auxquelles il enleva une tumeur axillaire diagnostiquée ganglion tuberculeux dans le premier cas et fibro-adénome dans le second. L'examen histologique ayant montré qu'il s'agissait de cancer du tissu mammaire, l'auteur proposa l'amputation totale du sein malgré son intégrité clinique. La première malade refusa ; le sein est encore normal après trois ans. La seconde accepta ; l'examen histologique du sein montra seulement une légère mammite chronique. M. Mornard n'a trouvé aucune observation semblable dans la littérature médicale ; il pense que, dans ces cas, il peut être suffisant d'enlever la tumeur en curant l'aisselle et en respectant le sein.

Trois cas d'arthrite du genou traités par la méthode de Robertson-Lavalle. — M. *Lamy* communique ces trois cas : enfants de 3,6 et 7 ans opérés depuis 2 ans, 1 an et demi, 9 mois. L'intervention ne paraît pas avoir influencé l'évolution de l'arthrite. L'auteur pense que le greffon n'a pas touché la zone hyperhémiée, condition essentielle d'un succès possible.

Occlusion de l'intestin grêle par diverticule de Meckel. Opération. Guérison. — M. *Muller* (de Belfort). — Homme de 18 ans, pris brusquement de douleurs sous-ombilicales et de vomissements avec ballonnement. Opération 55 heures après le début. Une anse grêle est étranglée sous un diverticule de Meckel, en forme de « L », et son méso-fibreux. Résection du diverticule et suture perpendiculaire à l'intestin. Guérison.

Les Textes français. — Collection des Universités de France, publiée sous les auspices de l'Association Guillaume Budé, vient de faire son apparition chez les libraires avec trois volumes :

Alfred DE VIGNY. Œuvres complètes. Tome I. Les Poèmes. Texte établi et présenté par Jean Chuzeville. 1 vol. in-8 écu de 320 p. sur vélin spécialement filigrané : 18 fr.

François RABELAIS. Œuvres complètes. Tome I. Gargantua. Texte établi et présenté par Jean Plattard. 1 vol. in-8, 300 p.: 18 fr.

Prosper MÉRIMÉE. Œuvres complètes. Tome I. Théâtre de Clara Gazul. Texte établi et présenté par Pierre Martino. 1 vol. in-8. 448 p.: 21 fr.

Les *Textes français* sont appelés à constituer le *Corpus* de la littérature française du XVIe au XIXe siècle inclus.

Cette collection est, en effet, la première qui donne l'ensemble de notre littérature dans des textes définitifs, sous une forme unifiée de demi-luxe à un prix modéré. C'est-à-dire qu'elle comblera de nombreuses lacunes dans les bibliothèques dont elle renouvellera le fonds. Il n'est désormais plus possible à un homme cultivé de se contenter de textes qui ne sont pas scientifiquement mis au point et de volumes édités sur des papiers périssables.

Les caractères employés sont appropriés aux textes. Ce sont le Garamond pour le XVIe siècle, le Jenson pour le XVIIe, le Fournier pour le XVIIIe siècle et le Didot pour le XIXe.

Les papiers sont de premier ordre : Auvergne pur chiffon traité à la main, biblio-pelure India, et enfin, pour l'édition ordinaire, vélin spécialement filigrané exempt de toute pâte de bois mécanique.

C'est dire que la forme répond au fond.

Les *Textes français* sont un événement littéraire, capital pour le maintien en France et l'expansion à l'étranger de notre culture nationale. Editions Fernand Roche, 150, boulevard St-Germain, Paris.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Excitation psychique simple,

Par H. CODET.

A ses divers degrés, elle représente l'exagération pathologique d'un tempérament très actif.

PSYCHIQUEMENT, les excités ont l'esprit sans cesse en éveil, se fixant peu sur un sujet déterminé, entreprenant, parfois avec brio, les travaux les plus disparates.

Vifs, aimant la plaisanterie, souvent assez cyniques, d'un caractère emporté, prolixes en paroles et en écrits, ils marquent toute leur activité d'un trait commun : le *désordre improductif*.

PHYSIQUEMENT, ils sont remuants, commençant sans réfléchir la réalisation de toute idée envisagée. L'*insomnie* est habituelle, mais gêne peu ces sujets insensibles à la fatigue. Les *excès sexuels* ou *alcooliques* sont des accompagnements fréquents.

L'excitation apparaît ou constitutionnelle, ou intermittente avec phases dépressives (*cyclothymie*), ou épisodique. Beaucoup d'excités n'ont pas conscience d'être dans une situation de santé anormale ; c'est le plus souvent leur entourage qui les juge *lassants* ou même *insupportables*.

LE DIAGNOSTIC ne peut être posé qu'après examen permettant d'éliminer les états d'excitation symptomatiques d'une intoxication : acidose, hypertension artérielle avec azotémie légère, intoxication alcoolique primitive, cocaïnisme : *le début de la P. G.* ; les périodes d'excitation de l'*épilepsie*, etc.

La notion de longue *durée antérieure* est un appoint important, mais n'empêche pas de rechercher systématiquement ces causes d'erreur.

LE TRAITEMENT PSYCHIQUE ne peut, en général, être appliqué que très discrètement, avec une autorité très persuasive, à des malades qui ne le sont que légèrement et croient ne pas l'être du tout.

1° Il tend à leur faire comprendre que leur état, quoique euphorique, n'est pratiquement guère productif et qu'il faut le discipliner par un *minimum de régularité* ; on s'efforce de leur faire à peu près suivre un horaire méthodique pour le repos, le travail, les repas.

2° Il permet les *dépenses de suractivité indispensables*, en faisant une certaine « part du feu » : lectures, occupations inutiles, distractions.

3° Il *évitera*, autant que possible, les veilles prolongées, le bruit, la foule, l'agitation, les excès de table et autres. L'entourage devra s'appliquer à ne pas stimuler le malade, soit par l'admiration trop encourageante, qui le pousse à exagérer ses tendances, soit par des avertissements inopportuns et trop répétés, qui l'irritent.

LE TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE autorise une certaine dépense de la suractivité motrice : *la marche*, sous forme de promenades tranquilles, pas trop prolongées, est excellente.

Le séjour prolongé au lit, la sieste sont d'excellents sédatifs pour les sujets qui acceptent de s'y soumettre.

Déconseiller, les sports ou les exercices violents, qui énervent, la fatigue, qui excite davantage et déprime.

Eviter l'exposition au grand soleil avec la tête nue, le séjour au vent un peu vif.

L'*hydrothérapie* est recommandable, sous forme de douches tièdes, sans pression, ou de bains tièdes assez longs (30 à 50 minutes).

L'*électricité* (bain statique) peut agir favorablement.

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX utilise les sédatifs connus.

Les bromures alcalins peuvent être prescrits à la dose de 1 à 3 grammes par jour. Par exemple :

KBr........................	12 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	q. s. p. 125 cmc.

Une cuillerée à café après le repas, avec une infusion de tilleul, une cuillerée au moment du coucher.

Certaines préparations sont très commodes et fort maniables, dissimulant le goût salé du bromure, qui peut être même administré *à l'insu du malade* : novobrol, sédobrol (tablettes contenant 1 gr. de bromure, à faire absorber écrasées dans un potage peu salé). De même, en solution, le peptobrol.

Chez les malades où la *fatigue* est ajoutée à l'excitation, l'association de phosphates minéraux est utile (phosphobrome). 1 à 3 cuillerées à café par jour.

Lorsque l'*insomnie* est gênante, une faible dose de chloral -(0 gr. 50 à 1 gr.) associée à la prise vespérale est souvent suffisante.

Dans beaucoup de cas, soit par répugnance pour les bromures, soit par intolérance, les malades acceptent et supportent mieux le gardénal. On prescrira plutôt des doses faibles et au besoin répétées : comprimés de 5 centigr . ; deux à trois par jour, plutôt avant les repas et le coucher.

La belladone est à prescrire surtout s'il y a des phénomènes spasmodiques surajoutés.

Teinture de belladone

X gouttes, trois fois par jour ; à prendre dans un demi-verre d'eau, après les repas.

Elle peut être associée au gardénal (belladénal) (1) dans une préparation très maniable.

Ces médications doivent, en général, être longtemps poursuivies, avec les variations de dose que comporte l'état du sujet et continuées quelque temps après le retour à la normale.

Le traitement par les *chocs* (protéinothérapie, auto-hématothérapie) est plutôt indiqué dans les cas de longue durée, de préférence dans les périodes calmes, s'il s'agit de formes intermittentes.

LE TRAITEMENT PRÉVENTIF peut encore être réalisé par l'usage systématiquement prolongé du gardénal, durant plusieurs mois après disparition de l'excitation.

Le *changement de milieu* est souvent très précieux. Quelques malades se trouvent bien d'un séjour à la campagne ; d'un voyage qui leur permet de dépenser sans encombre leur suractivité. Déconseiller les climats d'altitude élevée ; le bord de la mer, surtout les côtes balayées par le vent, la Manche en particulier, sont peu recommandés ; de préférence indiquer un climat doux, tempéré, un peu humide (Pau).

Les cures hydro-minérales de Divonne, de Néris, sont à indiquer.

La cure libre en *maison de santé* est à conseiller, surtout si l'excitation est gênante au point de vue professionnel ou familial. Beaucoup de ces sujets acceptent plus aisément les directives thérapeutiques, s'ils se trouvent isolés de leur ambiance habituelle et placés sous un contrôle médical persuasif et très patient.

(1) Le Belladénal est l'association de la Bellafoline, alcaloïdes totaux de la Belladone au gardénal.



Mise en Marche
1° Mettre le bouton de réglage à Zéro.
2° Monter l'Électrode dans la poignée.
3° Brancher l'Appareil sur 110 ou 220v. suivant le voltage du Secteur.
220v
110v
MÉDICOLUX
Appareil de H^te Fréquence
Faible
Fort

VARIÉTÉS

L'HOMME SIMPLE ET LE FACTICE.

I

Le Laboureur

Sous les tièdes rayons d'un soleil automnal
Le Paysan poursuit son labour matinal.

Salut, frère ! Salut, ô travailleur, auguste
Malgré tes lourds sabots et tes pauvres haillons !
Car c'est toi, dont la main patiente et robuste
Sait guider la charrue et creuser les sillons.

Ton incessant labeur est accablant sans doute
Et ta vie est toujours bien humble. Mais écoute !

Un poème, sublime en sa variété,
Va naitre et dérouler ses phases merveilleuses.
Supporte avec fierté tes heures travailleuses
En homme qui nourrit toute l'Humanité.

Tes forts et braves bœufs sont las : la blanche écume
Ruisselle sur leur flanc qui palpite et qui fume.

Ils ont bien mérité, comme toi, du repos ;
Depuis l'aube qu'ils vont et viennent dans la plaine :
Permets leur de souffler et de reprendre haleine.
Puis vous repartirez plus frais et plus dispos.

Dans quelques jours, d'un geste ample, ta main alerte
Fera pleuvoir les grains sur la terre entr'ouverte.

Si les oiseaux pillards, cachés par les buissons,
En troupe sur tes pas fondent à tire-d'ailes,
Tes bons chiens, compagnons vigilants et fidèles,
Protègeront l'espoir des futures moissons.

II

Le rêve du Comédien

Un homme vient au monde avec une âme ardente,
Prête à se livrer toute au feu des passions,
Où fermente déjà la sève débordante
Des désirs, des fureurs et des ambitions.

Il voudrait s'enivrer de toutes les ivresses ;
Il rêve de goûter, même au prix de son sang,
Les plaisirs qu'il suppose inhérents aux richesses
Et le rayonnement triomphal d'un haut rang.

Mais sa naissance est humble ou son nom ridicule :
Son destin sera dêtre obscur, pauvre, inconnu.
Il lui faut étouffer cette ardeur qui le brûle,
Se laisser consumer par ce feu contenu.

Il ne peut se résoudre au personnage mince
Que le sort lui réserve, à l'ennui quotidien.
Né dans la plèbe avec des appétits de prince,
Que peut faire cet homme ? — Il se fait comédien.

***

Dès lors pour lui tout change et pendant quelques heures
Ses rêves les plus fous seront réalisés :
Richesses, rang, honneurs, même à l'état de leurres,
Offriront leur mirage à ses yeux abusés.

Il va voir à ses pieds déferler cette houle
Humaine, avec laquelle il était confondu ;
Tel qui l'a rudement coudoyé dans la foule,
Maintenant à sa lèvre est comme suspendu.

Le front transfiguré sous les feux électriques,
Il marche fièrement à pas majestueux,
Tandis qu'autour de lui les merveilles scéniques
Déroulent leurs tableaux changeants et fastueux.

Interprète inspiré d'un immortel poète,
S'il sait faire chanter un vers harmonieux,
Il voit sous ses accents s'incliner chaque tête,
Des bouches lui sourire et se mouiller des yeux.

La salle tout entière, émue et frémissante,
Subit docilement son empire vainqueur :
A la voix de l'acteur grondante ou caressante
Chacun sent défaillir ou palpiter son cœur.

L'homme réel n'est plus : l'illusion tragique
L'a métamorphosé de son souffle puissant.
C'est un rêveur, plongé dans un sommeil magique,
Qui vit, sans en douter, un rêve éblouissant.

Paul LE GENDRE.

En marge de l'anatomie.

Après la mort du professeur Poirier, on a conté que, se sentant perdu à bref délai, célibataire et isolé, il s'était réfugié dans la Maison de santé du Dr Sollier et qu'il avait fini par une piqûre libératrice... Certains ont prétendu avoir sur cette mort « des détails ignorés », mais n'ont pas cru devoir démentir ou confirmer cette version tragique ou, pour mieux dire, euthanasique ?

Connaît-on bien l'origine de ce beau type méditerranéen de Poirier, si paradoxalement né à Granville, et qu'on eût cru plutôt venir de la Garonne ou des Pyrénées, comme Cyrano ou d'Artagnan, Murat ou Larrey ? Il prétendait descendre de quelque marin espagnol échappé au naufrage de l'Armada de Philippe II et rejeté par la mer aux bords du Cotentin...

En dehors de la Faculté, j'ai eu l'occasion de voir Poirier en deux circonstances où il ne parut pas à son avantage. La première fois, c'était vers 1880, dans une réunion publique du quartier de la Sorbonne, où il soutenait la candidature de son patron le Dr Bourneville, directeur du *Progrès médical*. Il n'avait rien d'un tribun populaire et fut quelque peu houspillé.

La seconde fois, dix ans plus tard, c'était à l'Opéra, une nuit de bal masqué. Poirier faisait le joli cœur dans une loge, au milieu de belles dames et d'élégants cercleux. Une bataille de fleurs s'engagea bientôt entre cette loge et la cohue du parterre qui défilait devant elle. Notre beau professeur y mit un tel entrain qu'il jeta bas son froc et continua de plus bel à s'escrimer en bras de chemise. Ce geste de portefaix détonnait dans un si beau cadre et jamais Pozzi le superbe n'eût commis cet impair.

Si Poirier n'avait pas le goût très affiné, j'ai entendu citer de lui quelques mots spirituels, celui-ci, par exemple :

Un jour qu'il était en retard pour son cours, les élèves se mirent à pousser de grands cris d'animaux. Le charivari cessa brusquement à l'entrée du maître, qui s'écria avec

bonne humeur : « Eh bien, Messieurs ! Est-ce que le Capitole serait en danger ? »

Pour ce qui est de Waldeck-Rousseau, il fut bien opéré une première fois par Poirier, mais la tumeur récidiva, et c'est un chirurgien allemand (dont j'ai oublié le nom), mandé par Poirier lui-même, qui exécuta Waldeck dans les vingt quatre heures !

***

Vers 1880, avec ses grands favoris, son nez violacé et les pommettes rouges, Farabeuf ressemblait à un Anglais d'autrefois, un gentleman farmer du Yorkshire. C'est à lui qu'on doit ce mot désolant en sa misanthropie : Si les morts étaient aussi dégoutants que les vivants, je n'aurais jamais pu faire d'anatomie !

Et cet aphorisme bien personnel : la santé est un état provisoire qui ne présage rien de bon. Le trop fameux Knock de Jules Romains-Farigoule semble l'avoir démarqué, quand il affirme que l'homme bien portant est un malade qui s'ignore.,.

***

Je n'ai pas connu l'enseignement de Farabeuf ni de Poirier, — je suis trop vieux pour ça, — mais j'ai suivi les cours libres de Fort, qui ne leur était certes pas inférieur avec ses petits pots de couleurs et ses pinceaux, mais fut toute sa vie malchanceux et malhabile. Que d'aventures dans la vie de cet original et savant Béarnais, professeur-né, chirurgien par nécessité, électricien d'occasion, à commencer par son duel d'internat avec Félizet, le futur chirurgien des hôpitaux : lui, qui n'avait jamais touché une épée, fonça sur son adversaire, grand bretteur, et lui traversa le poumon !

Autre souvenir d'environ 1870, je crois bien. Brouillé avec le professeur X., presque son homonyme, il imagina, dans un Manuel de pathologie externe qu'il publiait à ce moment, de s'offrir, à l'article *goitre*, la tête de son ennemi, sous les espèces d'une illustration que tout le monde reconnut. Les tribunaux s'en mêlèrent et la figure dut être supprimée.

Les réglements draconiens imposés par Farabeuf chassèrent Fort de l'Ecole pratique. Il partit pour l'Amérique du Sud où il se proposait de faire de la chirurgie. Il apprit l'espagnol et dut repasser ses doctorats en cette langue devant je ne sais quelle Faculté ; plusieurs de ses anciens élèves de Paris figuraient dans le jury et recalèrent leur ancien maître d'anatomie...

Fort a d'ailleurs raconté sa vie tourmentée dans un copieux volume que personne ne connaît plus et qui amusera peut-être nos arrière-neveux.

***

Je dois un souvenir à un anatomiste en chambre, mon vieil ami le Dr Witkowski, qui, sans avoir jamais disséqué, par horreur du cadavre, appliqua la mnémotechnie à l'anatomie et fit éditer de très utiles planches agrandies, à feuillets superposés, sur l'œil, l'oreille, etc. Ses nombreux volumes très bien illustrés sur les Tetoniana, les Accouchements, l'Art profane à l'Eglise, sauveront de l'oubli le nom de ce bénédictin narquois. Mais ceci est une autre histoire.

Dr E. CALLAMAND (de St-Mandé.)



GLANURES

Une lettre peu intéressante. — Sous ce titre, la *Gazette médicale de Lyon*, publiait en 1867 une lettre retrouvée, adressée jadis au médecin TISSOT, l'auteur de *l'Onanisme*. La voici avec son orthographe :

« Monsieur, sans avoir l'honneur d'être connu de vous, n'ayant d'autre titre que l'estime que j'ai conçu pour vos ouvrages, j'ose vous importuner et vous demander vos conseils pour un de mes oncles qui a la goutte.

« L'humanité, Monsieur, me fait espérer que vous daignerez répondre à une consultation si mal dirigée. Moi-même, depuis un mois je suis tourmenté d'une fièvre tierce, ce qui fait que je douta que vous puissiez lire ce griffonnage. Je finis. Monsieur en vous exprimant la parfaite estime que m'a exprimé la lecture de vos ouvrages, et la sincère reconnaissance que j'espère vous devoir.

« Monsieur, je suis avec le plus profond respect, votre très humble et très obéissant serviteur. »

Tissot avait écrit sur la lettre « *Peu interessant* » et il n'avait pas répondu. Or, cette lettre était signée : **Bonaparte**, officier d'artillerie au régiment de la Fère.

Les pharmacies aux Etats-Unis. — Le Dr Debat, dans son interessant livre, nous dit ce qu'elles sont : quelque chose comme des bazars !

« Les pharmaciens américains suivent le progrès pas à pas : Au rayon « Tabac » certains exposent des distributeurs automatiques qui, tout en débitant Lucky Strike ou Chesterfield, nasillent : « it's Toasted you » ou « They Satisfield », puis, gentiment, « Thank you ».

Plus loin, voici les douceurs : chocolats à la menthe, sucres d'orge, bonbons à la noix de coco.

Puis la parfumerie : une montagne de crèmes, de savons à barbe, de poudre de riz, de parfums.

Puis le coin des quotidiens et des magazines : le *New-York Times*, à cinquante pages en semaine, deux cent cinquante le dimanche. On vend vite un quintal d'imprimés.

Les drugs-stores fournissent aussi les appareils et les accessoires de photographie, le papier à lettres, le cirage, l'encaustique et tous les ustensiles de brossage, de lavage, d'astiquage.

Ils fournissent encore les spécialités : lait de magnésie, pommades, emplâtres contre la toux, qui se débitent chacun dans le pays par dizaines de millions d'unités.

Dans ces bazars, il y a même un pharmacien diplômé chargé de l'exécution des ordonnances. Mais il faut le chercher un moment.

Les pharmacies appartiennent rarement aux pharmaciens ; le plus souvent, elles sont la propriété d'un particulier ou d'une société anonyme, telle la Ligetts, qui exploite aux Etats-Unis plus de six cents officines.

Les pharmacies américaines sont admirables, on y trouve de tout, même des médicaments ».

Mathurin Régnier était-il syphilitique ? — La légende fait de Mathurin Régnier un débauché à la manière de Villon. Il serait mort à Rouen où, a-t-on dit, il était allé se faire traiter de la syphilis. Mais, disent MM. Jean Lacassagne et G. Morin qui viennent de consacrer à la maladie de Régnier un intéressant article (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 mai 1929), comme à cette époque on désignait sous le nom de vérole toutes les affections vénériennes, il est impossible de préciser si oui ou non il était atteint de cette affection.

Quelques anecdotes sur Claude Bernard. — M. Charles Nordmann, dans *Le Matin* (18 juin 1929), rapporte quelques anecdotes qui lui ont été narrées par M. le professeur d'Arsonval :

Un jour, sortant de l'Académie de médecine, où il venait de subir une de ces violentes attaques de Peter et d'autres auxquelles il ne pouvait se résigner, Pasteur vint au laboratoire de Claude Bernard — M. d'Arsonval était présent — et dit à son ami d'un ton découragé : « A mes expériences, ils répondent toujours par des discours. Croyez-vous au moins, Bernard, qu'il restera quelque chose de mes travaux ? » A ces mots, Claude Bernard, lui tapant familièrement sur l'épaule ; « Soyez tranquille, mon cher ami, il restera en tout cas vos expériences elles-mêmes, qui sont irréprochables et impeccables, quelque opinion que l'on puisse avoir sur leur interprétation. Et puis, la preuve de votre influence, c'est que vous

avez déjà des élèves éminents. Ainsi, vous n'ignorez pas que, à cause de mon âge, je suis obligé de me faire sonder périodiquement. Mes deux derniers sondages ont été faits l'un par mon collègue Gosselin, de l'Académie, l'autre par un jeune chirurgien du nom de Guyon. Eh bien ! j'ai remarqué que, lors de cette petite opération, tous deux se sont lavé les mains : mais Gosselin se les est lavées après, Guyon avant. »

***

Très lié d'amitié aussi avec Berthelot, Claude-Bernard aimait à raillier gentiment la croyance du célèbre chimiste à la possibilité de reproduire par la synthèse chimique toutes les opérations et toutes les substances de la matière vivante. Un jour que Berthelot, venu à son laboratoire, le trouva en train d'achever de déjeuner avec son jeune préparateur d'Arsonval, la discussion habituelle reprit. Finalement, Claude-Bernard, lui montrant ce qui restait de deux côtelettes de porc, lui lança : « Eh bien ! puisque vous prétendez avoir raison, expliquez-moi donc comment et pourquoi la même graisse de porc se transforme tantôt en graisse de Claude-Bernard, tantôt en graisse de d'Arsonval ? » Berthelot resta pantois. Il eût pu répondre — me semble-t-il — mais cela n'eût point résolu la question, que sinon la graisse, du moins la substance grise de d'Arsonval était la sœur, la digne sœur, de celle de Claude-Bernard.

Pour finir, voici un mot charmant — et combien renanien ! — de Claude Bernard à M. d'Arsonval, qui était son collègue au Collège de France où — rappelons le pour l'intelligence de l'anecdote — il n'y a qu'une seule chaire pour chaque specialité, pour chaque branche du savoir. Donc, un jour que Renan était mécontent de je ne sais quelle élection à l'Académie des inscriptions et belles-lettres : « En somme, dit-il, c'est encore au Collège de France que les élections sont les plus justes, car il y a moins de passions et de préjugés de spécialistes qu'ailleurs, étant donné que parmi les professeurs qui doivent élire un nouveau venu il n'y en a qu'un seul qui est compétent : celui qui est mort ! »

NOUVELLES

Assistance publique. — Un concours pour le recrutement d'environ 80 élèves de l'École des *Infirmières de l'Assistance Publique de Paris* aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière, 47, Boulevard de l'Hôpital, le 14 octobre 1929, à 13 heures.

Ce concours, ouvert aux jeunes filles de 20 à 26 ans, comporte une dictée, deux problèmes d'arithmétique et une rédaction sur un sujet général.

Les candidates pourvues du brevet élémentaire ou d'un diplôme équivalent ou supérieur sont dispensées des épreuves écrites ; elles n'ont à satisfaire qu'à l'examen médical.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au 15 septembre 1929, à l'Administration de l'Assistance Publique, 3 avenue Victoria (Sous Direction du Personnel, 2e Bureau).

Le traitement de début à la sortie de l'École des Infirmières est de 11.840 frs (y compris l'indemnité de résidence).

Premier Congrès international d'actinologie. — Le programme scientifique de cette manifestation est actuellement établi.

Les rapports seront les suivants :

1° Choix d'une unité de mesure pour les rayons ultra-violets utilisés en médecine. Rapporteurs : Dr SAIDMAN (Paris) ; Dr COBLENTZ (Washington); Prof. KELLER (Fribourg-en-Brisgau).

2° Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière. Rapporteurs : Dr BRODY (Grasse) ; Dr BERNHARD (Saint-Maurice) ; Dr ORY (Liège) ; Dr ROLLIER (Leysin).

3° La valeur prophylactique des rayons ultra-violets. Rapporteurs : Drs E. et H. BIANCANI (Paris) et WORINCER (Strasbourg) ; Prof. HESS (New-York) : Prof. HULDSCHINSKY (Berlin).

4° Le traitement des rhumatismes par les rayons infra rouges. Rapporteurs : Dr DAUSSET (Paris) ; Dr VAN BREEMEN (Amsterdam).

D'autre part, plus de soixante communications sont actuellement annoncées, se rapportant à toutes les branches de l'actinologie.

De nombreuses adhésions, tant françaises qu'étrangères, sont dès maintenant enregistrées. Les grands réseaux français et de nombreuses Compagnies étrangères ont accordé des réductions importantes.

En ce qui concerne les Chemins de fer français, la qualité de congressiste donne droit à une reduction de 50 % sur le trajet aller et retour, c'est-à-dire que le congressiste acquittera à l'aller le plein tarif du billet augmenté d'un impôt équivalent à 15 % sur la réduction accordée et que le retour s'effectuera gratuitement.

Le retour devra se faire sur le même trajet que l'aller. Cette réduction est valable du 19 au 27 juillet à l'aller et du 22 au 30 juillet au retour.

Le programme du Congrès proprement dit est complété par une importante exposition d'appareils de photothérapie et d'électricité médicale dont l'accès sera libre pour tous les médecins et dentistes pendant toute sa durée (du 22 au 27 juillet). Plus de quatre cents mètres carrés de stands sont dès maintenant occupés.

Cette exposition sera complétée par une exposition rétrospective et documentaire. On reconstituera notamment une plage artificielle, une série de cabines de traitement et on présentera la collection de moulages de l'Institut d'actinologie.

En outre, de nombreuses conférences et démonstrations techniques seront faites. Ajoutons qu'un très large programme de fêtes a été prévu et sera publié d'ici peu. Les adhésions peuvent être adressées au Dr DUFESTEL, 150 *bis*, boulevard Pereire, Paris (17e).

Association française de chirurgie. — Le XXXVIIIe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 7 au 12 octobre 1929, sous la présidence de M. Louis TIXIER, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Lyon.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. Rapporteurs : MM. ROCHER (de Bordeaux), et SORREL (de Paris).

2° Evolution et traitement des plaies des tendons de la main. Rapporteurs : MM. J. Ch. BLOCH (de Paris) et Paul BONNET (de Lyon).

3° Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : MM. Léon BÉRARD (de Lyon) et Georges LARDENNOIS (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (6e).

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. (Armée active). — Liste nominative des médecins lieutenants qui doivent accomplir à l'École d'application du Service de santé militaire un stage de novembre 1929 à juillet 1930.

MM. Aubert et Azema (Montpellier), Baenziger (Strasbourg), Baroni (Lyon), Barrat (Paris), Battle (Toulouse), Bedos (Lyon), Bergondi (Alger), Bernard (Paris), Borgomano (Toulouse), Brun (Lyon), L. Calvet et P. Calvet (Montpellier), Campredon (Strasbourg), de Casaban (Paris), Chapert (Bordeaux), Chappoux (Paris), Charles (Lille), Chaudet (Lyon) Chausset (Strasbourg), Clavel (Paris), Collin (Alger), Cosset (Strasbourg), Coulouma (Toulouse), Coutie (Strasbourg), Dain (Montpellier), Delaby (Lille), Delmas (Bordeaux), Dupuy (Nancy), Espinasse (Lyon), Fau (Toulouse), Ferry (Montpellier), Fournie (Toulouse), Fraimbault (Paris), Freyche (Toulouse), Geay (Nancy), Genaud (Bordeaux), Grenier (Montpellier), Guichene (Bordeaux), Guilleman (Lyon), Igert (Toulouse), Lacorre (Paris), Lanore (Bordeaux), Laverre, Le Faucheux et Le Quement (Paris), Mandillon et Massias (Bordeaux), Menet (Lille), Merlin-Lemas (Toulouse), Meunier (Lyon), Miara (Alger) Miquel (Montpellier), Monginet (Bordeaux), Montagard (Paris), Morin (Alger), Moulinie (Toulouse), Nogardet (Paris), Olivier et Olivier (Paris), Oudjarl (Strasbourg), Parlange (Bordeaux), Parnet (Paris), Passa (Lyon), Pierre et Poisson (Paris), Poncelet (Nancy), Potar (Lyon), Ravel (Montpellier), Roche (Nancy), Rodet (Paris), Rouyer (Strasbourg), Sarda, Sestie et Soulier (Paris), Stolzel (Alger) Tete et Tristani (Paris), Tourniaire (Lyon), Vaissie (Paris), Vaudin (Alger), Vergez (Lille), Vernez (Nancy), Vial (Lyon), Vives (Toulouse), Wiltz (Nancy).



BIBLIOGRAPHIE

L'individualité de l'enfant, par G. Rossolimo (de Moscou). Traduit du russe par Véra Kovarsky, 1 vol. in-8 de 64 pages, avec 4 tableaux hors-texte. (Librairie Félix Alcan, Paris, 1929).

Cet ouvrage du célèbre professeur Rossolimo, auteur de la méthode du Profil psychologique, est un plan d'investigation destiné à servir de guide aux pédagogues, aux médecins et aux parents pour déterminer les caractéristiques des enfants normaux et déficients.

Ce guide est conçu de telle sorte que l'investigateur n'ait qu'à inscrire les réponses ou les résultats obtenus en face des questions indiquées.

Le questionnaire semble épuiser toutes les questions auxquelles une réponse paraît être désirable. Il se place en même temps au point de vue psychologique et au point de vue médical. Il envisage d'abord la famille de l'enfant, ses antécédents, son hérédité ; puis il recherche ses caractéristiques personnelles, ses sentiments de diverses natures, son humeur, son émotivité, ses inclinaisons et ses penchants, ses diverses qualités psychiques, son attitude habituelle, gestes, démarche, la manière dont il parle, dont il observe, etc. Puis on arrive à une conclusion déterminant la caractéristique générale de l'individualité de l'enfant ; elle est obtenue par deux opérations : d'abord on tire des déductions particulières relatives à chacun des groupes de questions ; ensuite, de ces déductions particulières, on aboutit à une conclusion générale embrassant tous les côtés de la caractéristique de l'enfant.

Je rappelle que la traductrice, Mme Kovarsky, a écrit un ouvrage très intéressant ; où elle a adapté les méthodes de profil de Rossolimo à la psychologie française.

Dr Paul-Boncourt.

Comment guérir par l'homœopathie, par le Dr Fortier-Bernoville. Préface du Dr Léon Vannier. Un volume in-16 (13 × 19) de 268 pages, cartonné pleine toile : 30 fr. En vente à la Pharmacie homœopathique 1, avenue de Messine, Paris.

L'homœopathie, dit l'A., est la thérapeutique idéale ; inoffensive parce que « non toxique », elle est la seule qui donne des résultats

rapides et persistants, car elle s'adapte non seulement à toutes les maladies, mais aussi, et surtout, à chaque malade.

Le but de l'ouvrage du Dr Fortier est purement pratique. Il répond à cette question : Comment traiter soi-même les cas bénins et que faire dans les cas sérieux en attendant l'arrivée du médecin ?

Etudes de psychologie sexuelle. IX. La prostitution. Ses causes. Ses remèdes, par HAVELOCK ELLIS. Edition française, revue et augmentée par l'auteur, traduite par A. VAN GENNEP, 1 vol. in-8. Prix : 20 fr. Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

Avec ce volume continue la série de ces études dont l'ensemble constituera l'encyclopédie la plus complète et pour longtemps définitive de la sexualité.

Gerson, par Henri DACREMONT. Un volume in-16. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris. Prix 8 francs.

Dans le début du XVe siècle, caractérisé par l'anarchie et l'insurrection générale des esprits contre les pouvoirs, royauté en France, papauté en Italie, une grande et forte figure se dresse qui essaiera de rétablir ordre et autorité : c'est celle de Gerson.

Fils d'une humble famille du Rethelois, ce paysan devait atteindre, par sa loyauté et sa haute sincérité, aux plus hautes fonctions, et représenter à travers le monde, la pensée française et chrétienne.

Nommé docteur en théologie, puis chancelier de l'Université de Paris en 1395, il entreprit de rétablir la discipline dans les écoles, de réformer les mœurs, de corriger les abus. Pour mener à bien ces lourdes tâches, Gerson était soutenu par son grand amour de la *paix*, il n'avait pour armes que sa parole.

Avec une éloquence incomparable et une foi admirable, il lutta pour le peuple et les paysans, pour la royauté régulatrice et bienfaisante pour la liberté de pensée, pour l'unité de l'Eglise et obtenir des papes successifs leur soumission aux conciles, contre les vices et les mœurs dissolues de la cour et du clergé, contre la magie et la superstition.

M. Henri Dacremont qui, comme Gerson est originaire des Ardennes, était incliné très nettement à étudier la vie du grand théologien, et particulièrement bien placé pour pénétrer son esprit. Il nous fait revivre, d'une façon passionnante et vraie, l'histoire du chancelier de Notre-Dame, au milieu de son époque, au centre d'une cour diminuée et dévergondée, et d une Eglise divisée par le schisme, pour nous le montrer dans son rôle de pacificateur, s'efforçant de calmer les haines et de désarmer les vengeances.

Pour une politique sexuelle, par Alfred FABRE-LUCE. Un volume in-16 : 12 fr. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris VIe.

Une politique sexuelle ? Le titre vous étonne ? Vous croyez qu'en cette matière tous les Etats suivent des principes analogues ? Sachez donc que le même individu pourra être aux Etats-Unis condamné à la stérilisation, en France, condamné à la prison pour l'avoir préconisée ; que l'avortement est, en pays capitaliste, un crime, en pays communiste, un droit. Instruisez-vous sur les hardiesses de l'eugénisme américain et suisse, la fortune extraordinaire de Marie Stopes et du contrôle des naissances en Angleterre, les formes nouvelles du malthusianisme dans le monde moderne. Apprenez à poser correctement le problème de la race française, qui, contrairement à un préjugé répandu, a une natalité moyenne mais peut gagner beaucoup sur la mort, surtout en combattant le fléau vénérien. Connaissez dans ses détails l'extraordinaire histoire de cette conspiration du silence qui, aujourd'hui encore, empêche



le public de savoir que ce mal est guérissable et surtout qu'il peut être évité.

L'auteur a amené au jour tout ce que l'hypocrisie sociale cachait depuis trop longtemps.

Il termine sur un programme qui donne à son livre la valeur d'un acte.

Voiture et l'Hôtel de Rambouillet. Portraits et documents inédits, par Emile MAGNE. Un volume in-18. Prix : 15 fr. Editions Emile-Paul frères, 14, rue de l'Abbaye, Paris (VIe).

Il n'existait, jusqu'à l'heure, aucun travail sur *Voiture*, et sur *l'Hôtel de Rambouillet* auquel les curieux du passé pussent demander des renseignements exacts. L'ouvrage nouveau de M. Emile MAGNE comble cette lacune regrettable. On y trouvera, autour du charmant poète dont la biographie est faite d'après ses papiers de famille inédits, une étude minutieuse sur la fameuse maison de la rue Saint-Thomas-du-Louvre.

Le dépouillement d'innombrables manuscrits et inventaires inédits a permis à M. Emile MAGNE de reconstituer, non seulement les aspects intérieurs de l'Hôtel, mais encore de nous présenter, avec l'animation de la vie, les physionomies et les caractères de ses familiers et, ce qui est plus important, leurs occupations littéraires et mondaines. Quarante années de la société française la plus riante et la plus raffinée sont évoquées dans le premier volume écrit avec art et d'une lecture attrayante. On éprouvera, à le parcourir, bien des surprises si l'on imaginait pédant et glacé l'entourage de la divine marquise.

Œuvres du Cardinal de Richelieu, avec une introduction et des notes par Roger GAUCHERON. Notice de Jacques BAINVILLE. Prix : 20 fr. Edition Tallandier, 75, rue Dareau, Paris.

Ces pages magnifiques, pleines de grandeur et riches de vérités éternelles, résument l'expérience politique du Grand Cardinal et nous font pénétrer dans le cœur et l'esprit de celui que M. Jacques Bainville appelle justement « *l'Altissime* de la politique ».

Description des Passages de Dominique Fleuret, publiés par son petit-fils Fernand FLEURET. 1 vol. avec 7 pl. hors texte, de la collection « Histoires de France ». Prix : 40 fr. Editions Firmin-Didot, 56, rue Jacob, Paris.

Ce sont les aventures d'un soldat de l'Epopée, présentées par son petit-fils et agrementées de vieilles images d'Epinal. Le style est primitif, l'auteur sincère ; c'est plus qu'il n'en faut pour s'intéresser à ce journal qui rappelle celui du sergent Fricasse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La pratique chirurgicale illustrée, fasc. XIV, par V. PAUCHET : 65 fr. (Doin).

La coxite gonococcique, par M. LAMY : 35 fr. (Gauthier-Villars).

Physico-chimie des Eaux minérales, par W. KOPACZEWOKI : 18 fr. (Gauthier-Villars).

é EN 1873. — N° 27. LE NUMÉRO : 50 Centimes 6 JUILLET 1929

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

J. ROUZAUD
Rue des Écoles, PARIS (V°)
Paris 357-81 - R. C. Seine 230 790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
abonnts partent du 1er de chaque mois.

ce et Colonies	40 fr.
liants	30 fr.
ique	45 fr.
nger 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.* — Séances du 25 juin : interprétation de clichés. MM. Ordioni 12. Desgrez 11, Delapchier 12, Busy 9. Beau 11, Serrand 13, Moutard 11, Foubert 9, Le Goff 11, Marchand 11, Porcher 9.

Epreuve clinique et pratique d'électroradiologie. — Séance du 26 juin. MM. Le Goff 9, Marchand 9, M. Busy s'est retiré.

Concours de l'Internat en médecine. — Epreuves écrites. — Séances des 26, 27 et 28 juin :

Anatomie. — Question traitée : Anatomie macroscopique du tronc de la veine cave inférieure.

Questions restées dans l'urne : Anatomie macroscopique de la glande parotide; — Anatomie et physiologie du nerf obturateur et de ses branches (sans les origines réelles).

Pathologie médicale. — Question traitée : Signes et diagnostic de l'épilepsie bravais jacksonnienne.

Questions restées dans l'urne : Symptômes, diagnostic et traitement de la gangrène pulmonaire ; — Symptômes et diagnostic des compressions médiastinales.

Pathologie chirurgicale. — Question traitée : Contusions de l'abdomen. (Diagnostic et indications thérapeutiques) :

Questions restées dans l'urne : Fractures de la ceinture pelvienne ; — Signes, diagnostic et traitement du cancer du rein.

Sectionnement du Jury : *Anatomie* : MM. les Drs Chevallier, Soupault et Moulonguet-Doléris. — *Pathologie médicale* : MM. Alajouanine, Mouquin et Bénard. — *Pathologie chirurgicale* : MM. Charrier, Monbrun et Guéniot.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 1er juillet. — Thèses vétérinaires. — M. Vincent. Des coliques néphrétiques chez les bovins. — M. Desjacques. Vaginite granuleuse contagieuse et du catarrhe génital granuleux contagieux.

2 juillet. — M. Salem Esgh-Chadely. Rythme paradoxal de fatigue et équilibre acide-base dans la neurasthénie. — M. Garand. Le syndrome catatonique en rapport avec quelques maladies infectieuses. — M. Ghelerter. Les toxicomanies. Etude médico-sociale. — Mlle Goldenberg. Traitement général de l'actinomycose. — M. Leconte-Jadiviga. L'étiologie du pityriasis rosé de Gibert. — M. Ogliastri. Etude des Wassermann oscillants. — M. Amyot. Les convulsions des moignons d'amputés. — M. Jonesco-Sisesti. Tumeurs médullaires associées à un processus syringomyélique. — M. Mollaret. Maladie de Friedreich. — Mlle Polychromiadès. Etude de l'épilepsie hérédo-syphilitique. — M. Blondet. Dilatation de l'uretère par laminaires montées sur une sonde urétrale. — M. Renard. L'incision transversale cutanéo-aponévrotique sus-pubienne dans les laparotomies sous-ombilicales. — M. Sigaud. Etude du traitement des fistules anorectales par l'excision suivie de suture. — M. Ganem. Rapport entre les lésions sous-diaphragmatiques et l'asymétrie des mouvements du diaphragme. — M. Guias. Etude du traitement sanglant des fractures du calcanéum. — M. Régnier. Méthodes de mesure de l'activité des anesthésiques locaux. — M. Verger. Etude sur le cloisonnement de la cavité bucco-nasale.

3 juillet. — M. Renauld. Fonctionnement de la Maternité de Baudelocque. — M. Dragonas. La musculature de la vessie et l'architecture du carrefour vésico-sphinctéro-urétro-trigonal. — Mlle Simon-Fischer. L'azotémie postopératoire. — M. Briault. Introduction à l'étude des vitamines artificielles. — Mlle Langlais. Prophylaxie du paludisme au Maroc. — M. Lacurte. De l'utilité du métabolisme basal dans le diagnostic des formes frustes de Basedow. — M. Perrier. Etude radio-clinique du carrefour lombo-sacro-iliaque. — M. Couallier. Le thiosulfate d'or et de sodium par voie intrapleurale. — M. Neesler. Recherches sur l'origine protozoairienne de la maladie rhumatismale. — M. Wermeille. Aperçu sur la vaccinothérapie appliquée au traitement des broncho-pneumonies infantiles.

4 juillet. — M. Bourderionnet. Considérations sur la momification. — M. Aubert. Troubles oculaires de la poliomyélite antérieure aiguë. — M. Piet-Lataudrie. Etude des stérols des algues marines, l'algostérine. — M. Noreaux. Le retard du transit iléo-cæcal et l'état hypertonique du cæco-ascendant dans leurs rapports avec l'appendicite. — M. Roseinstein. Acromégalie sans tumeur de l'hypophyse. — Mlle Smirnoff. Etude de la giardiose vésiculaire. — M. Tabourey. Etude des eaux thermales de Bourbonne-les-Bains. — M. Yuen-Sing-Tsong. Etude comparative des souches de vaccin antivariolique. — M. Bourgeois. La sérothérapie antiscarlatineuse. — M. Garnier. Les érythèmes des arsénobenzols.

Thèses vétérinaires. — M. Hermsdorff. Acarioses des animaux domestiques.

M. Deliencourt. La part de la radiologie à la période dite initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. — M. Duruy. Traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale. — M. Médrano. Etude de la ponction atloïdo-occipitale dans les méningites cérébro-spinales. — Mlle Poumeau-Delille Complications cutanées des stomatites fuso-spirillaires. — M. Régis. Amaurose bilatérale et troubles psychiques. — M. Champenois. Accidents nerveux au cours de la maladie de Hodgkins.

5 juillet. — M. Oppenot. Contribution à l'étude du pH salivaire. — Mlle Schaeffer. Les ferments. Conceptions modernes. Recherches expérimentales sur quelques ferments animaux. — M. Hirsch. Céphalées et algies cranio-faciales d'origine nasale. — M. Tillié. Lésions de la macula lutea chez l'enfant et l'adolescent dites maladie de Stargardt. — M. Eustache. Casanova et ses mémoires. Etude médico-historique.

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée des professeurs et des agrégés, dans sa réunion du 20 juin 1929, a présenté au décanat M. le professeur Roger, doyen de la Faculté, dont le mandat doit se terminer en juillet 1929.

Faculté de médecine de Lyon. — *Clinique médicale infantile et d'hygiène du premier âge.* (Professeur Georges MOURIQUAND.) — Le 4 novembre 1929, s'ouvrira à la Clinique médicale infantile de l'Université de Lyon, à 9 h. 1/2, un cours de perfectionnement où seront traitées des questions de pratique et d'actualité concernant les maladies des enfants.

Ces questions seront exposées par des professeurs et médecins des hôpitaux qui ont poursuivi sur elles des recherches originales.

PROGRAMME. — Professeur Georges MOURIQUAND : 4 novembre. 1° Les enfants mal alimentés et les dystrophies du premier âge. — 5 novembre. 2° Les vitamines. Les états de carence et de précarence. Le problème de la fixation calcique chez l'enfant : ses aspects biologiques et cliniques.

Dr PEHU, médecin des hôpitaux : 6 novembre. 1° Les multiples étapes et les divers aspects de la syphilis infantile. — 7 novembre. 2° Les images anatomiques et radiographiques du système osseux dans la syphilis de la première enfance (projections).

Dr GARDÈRE, médecin des hôpitaux : 8 novembre. 1° Formes cliniques et traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — 9 novembre. 2° Etat actuel de l'hygiène sociale de l'enfance. Les œuvres lyonnaises de protection de l'enfance.

Dr DUFOURT, agrégé, médecin des hôpitaux : 12 novembre. 1° Conditions de transmission de l'infection tuberculeuse à l'enfant. — 13 novembre. 2° Broncho-pneumonies infantiles. Formes cliniques. Vaccinothérapie.

Dr BERTOYE, médecin des hôpitaux : 14 novembre. 1° Les anémies alimentaires. — 15 novembre. 2° La spasmophilie : ses manifestations et son traitement.

Dr BERNHEIM, agrégé, médecin des hôpitaux : 16 novembre, à 9 h. 1/2. Les réactions lymphatiques chez l'enfant.

Dr SEDALLIAN, chef de clinique, chef du service des sérums à l'Institut bactériologique. 16 novembre, à 2 h. 1/2. L'immunité et les vaccinations préventives chez l'enfant.

Les exposés théoriques seront doublés d'exercices pratiques portant sur l'examen des malades, le laboratoire appliqué à la pédiatrie, la radiologie dans les maladies des enfants, etc. D'autre part le fonctionnement des Œuvres sociales s'adressant à l'enfance, dont on sait la grande importance dans la région lyonnaise, sera étudié sur place sous la conduite des médecins directeurs de ces œuvres.

Le droit d'inscription pour la série des conférences et travaux pratiques est de 200 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, 18, quai Claude-Bernard, Lyon, jusqu'au 25 octobre, dernier délai. Sur demande, le Secrétariat fournira tous renseignements complémentaires.

IVe Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. (Paris, du jeudi 25 au samedi 27 juillet 1929). — *Programme scientifique.* — Le jeudi 25 juillet : matin : I. 9 h. 1/2. Ouverture du Congrès à la salle du Musée de l'hôpital Saint-Louis par M. le Ministre du travail et de l'hygiène ; II. Exposé et discussion du rapport sur les érythèmes polymorphes : M. LORTAT-JACOB (Paris), M. RAMEL (Lausanne). — Après-midi : I. 3 h. Communication ayant trait au rapport du matin ; 5 h. Inauguration du Musée d'histologie.

Vendredi 26 juillet : matin : I. 9 h. 1/2. Présentation des malades. — Après-midi : I. 3 h. Exposé et discussion du rapport sur les prurigos : Professeur FAVRE (Lyon), docteur CIVATTE (Paris) ; II. Communication ayant trait au rapport ; III. 5 h. Inauguration du buste en cire de M. BARETTA au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Samedi 27 juillet : Matin : I. 9 h. 1/2. Exposé et discussion du rapport sur la malariathérapie dans les complications nerveuses de la syphilis : M. CHEVALLIER (Paris), M. DUJARDIN (Bruxelles). — Après-midi : I. 3 h. Communication ayant trait au rapport du matin ; III. 5 h. Assemblée générale de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française.

Programme des fêtes et réceptions. — Jeudi 25 juillet ; Midi 1/2. Déjeuner sur invitation offert par M. le Ministre du travail et de l'hygiène. Des cartes d'invitation seront envoyées gratuitement ; 20 h. Dîner offert à l'hôtel Claridge, à tous les congressistes de province et de l'étranger par le Comité parisien de réception.

Vendredi 26 juillet : 21 h. 30 : Soirée offerte par le Président du Congrès. (Des cartes d'invitation seront envoyées ultérieurement).

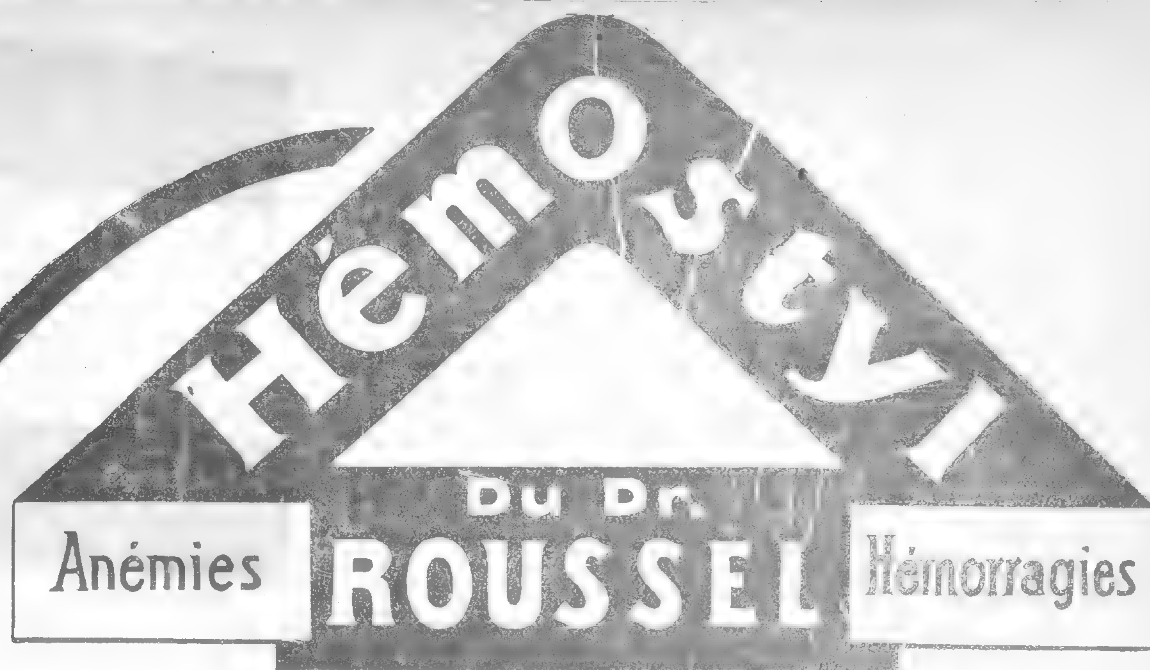
Samedi 27 juillet : 20 h. (Banquet par souscription des membres du Congrès (le lieu en sera ultérieurement fixé). La liste des adhérents au banquet (cotisation : 80 francs) sera définitivement arrêtée le 25 juillet à 17 h. (Les souscripteurs trouveront leur carte pour le banquet au bureau du Congrès, à l'entrée du Musée de l'hôpital Saint-Louis. Prière de s'inscrire le plus tôt possible).

Dimanche 28 juillet : 9 h. 1/2. Hôpital Saint-Louis, salle du Musée : Remise au docteur SABOURAUD de son buste et de sa médaille ; 15 h. Goûter offert à tous les congressistes par le Dr Henri de Rothschild, au château des Vaux-de-Cernay.

Exposition. — Pendant la durée du Congrès, se tiendra une exposition d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de produits pharmaceutiques et diététiques. Pour tous les détails relatifs à cette exposition s'adresser à M. MAUJOUIN, délégué technique, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Comité des dames. — La Bienvenue française s'occupera de la réception des familles des congressistes.

Le programme leur en sera adressé ultérieurement.


Hémostyl
Du Dr. ROUSSEL
Anémies
Hémorragies

Renseignements généraux sur l'organisation du Congrès. — 1° Facilité de transport sur les chemins de fer français : 1° une réduction de 50 % (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) est accordée aux congressistes et à leurs femmes. S'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra qui donnera tous les renseignements nécessaires, ainsi que pour les passeports et les hôtels.

2° Les adhérents de la dernière heure pourront verser le montant de leur cotisation et retirer leur carte de congressiste chez le trésorier : docteur RABUT, 57, rue de l'Université.

3° Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au docteur Clément SIMON, secrétaire général du Congrès, 104, avenue Malakoff (16e) ou au docteur Maurice PIGNOT, secrétaire général adjoint, 2, rue de Gribeauval (7e).

Hôpital Saint-Louis. — *Dix leçons sur la blennorragie et ses complications.* — M. le Dr M. HEITZ-BOYER, professeur d'urologie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera, le lundi 1er juillet 1929, dans son service, à 9 h. 15 du matin, une série de dix leçons théoriques et pratiques sur la blennorragie, ses complications et son traitement.

Chaque leçon sera suivie de présentation de malades et d'examens endoscopiques avec opérations urétro-cytoscopiques.

Ces leçons auront lieu tous les jours, à la même heure du 1er au 11 juillet 1929, avec la collaboration de MM. Jules JANET, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Félix MARSAN, ancien chef de clinique des maladies des voies urinaires ; Louis FERRIER, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Jean TISSOT, chef de consultation et Pierre BARBELLION, assistant à la clinique d'urologie de la Faculté de médecine.

1er juillet. Jules JANET : Le gonocoque, sa morphologie ; évolution de la blennorragie. — 2 juillet. M. HEITZ-BOYER : Traitement abortif de la blennorragie. — 3 juillet. Jean TISSOT : Traitement local par les grands lavages et traitements mixtes. — 4 juillet. Félix MARSAN : Complications locales et à distance de la blennorragie (arthrites exceptées). — 5 juillet. Félix MARSAN : Arthrites gonococciques. — 6 juillet. Pierre BARBELLION : Bactériologie des urétrites prolongées et chroniques. Pseudo-gonocoque. Technique et valeur de la spermoculture. — 8 juillet. Louis FERRIER : Urétrite chronique antérieure et postérieure. — 9 juillet. M. HEITZ-BOYER : Nouveaux moyens de diagnostic et de traitement des urétrites chroniques (urétroscopie et étincelage de haute fréquence). — 10 juillet. Félix MARSAN : Pathologie du veru montanum. Rétrécissements de l'urètre. Urétrotomie interne. — 11 juillet. Jules JANET : Blennorragie chez la femme, son importance, son traitement.

Ce cours sera entièrement gratuit et pourra donner lieu à la délivrance d'un certificat d'assiduité. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser dans le service de M. le docteur HEITZ-BOYER, à l'hôpital Saint-Louis, tous les matins, de 9 heures à midi.

Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne. — Le prochain voyage Pyrénées-Océan, partira de Paris-Austerlitz le 8 septembre, à 7 h. 42. Le rassemblement aura lieu à Périgueux le même jour, à 16 heures. On visitera les stations préhistoriques du Périgord, puis, le 10 septembre, commencera le parcours en auto-cars, dans les stations pyrénéennes : Bagnières-de-Bigorre, Barèges, Argelès, les Eaux-Bonnes, Pau, Cambo, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, etc.

Un repos de deux jours est prévu à Biarritz, les 14 et 15 septembre, avec excursion à Saint-Sébastien. On reviendra par Salies-de-Béarn, Dax et Arcachon, et on terminera par la visite de Bordeaux, avec excursions aux grands vignobles du Bordelais et en mer. Le voyage prendra fin le 21 septembre et on sera à Paris à minuit.

Les adhérents peuvent rallier directement Périgueux et quitter le voyage à Bordeaux, sans passer par Paris, s'ils le désirent. Les parcours collectifs en chemins de fer bénéficieront d'une réduction de 50 % en 1re et 2e classe au choix.

Ce voyage sera accompli avec le plus grand confort et toutes les facilités possibles. Le séjour sera assuré partout dans les meilleurs hôtels. Des réceptions sont prévues dans les stations, ainsi que des conférences avec démonstrations.

Le nombre des adhérents est limité. Les inscriptions, réservées aux médecins et à leur famille, seront admises par rang de date. Ecrire, dès à présent, à la direction des Voyages médicaux pyrénéens, à La Malou (Hérault).

Nécrologie. — Dr BOISMOREAU, de Saint-Mesmin (Vendée), mort victime du devoir professionnel.



TRAVAUX ORIGINAUX

Le délire spirite [1]

Par J. LÉVY-VALENSI

Depuis que l'humanité existe, les hommes tentés d'explorer l'au-delà ont essayé d'en percer le mystère. Le spiritisme ne date donc pas d'hier, et si vous vouliez vous donner la peine de rechercher dans les religions passées, vous verriez les hommes s'efforçant sans cesse d'interroger les esprits ou les dieux, les foules accourant aux temples, à Epidaure, ou à Ephèse, premières concurrences que les immortels firent à la médecine ; mais le spiritisme moderne, celui qui nous intéresse aujourd'hui, date de 1847 : il est né à Hydescity, dans l'Etat de New-York. Là, vivait un Monsieur Weekman qui s'aperçut un jour chez lui de phénomènes étranges ; il entendit des bruits inusités ; pensant que sa maison était hantée, et peu courageux, il s'en fut, cédant la place à la famille du Dr John Fox. Les filles du docteur, qui, elles, avaient l'imagination vive, ne furent pas effrayées de cette intervention des esprits, mais, bien au contraire, décidèrent d'entrer en communication avec eux. C'est de cette initiative qu'est née le spiritisme. Je ne suivrai pas dans leur odyssée ces jeunes filles répandant leur doctrine à travers le monde, il est bien certain qu'elles ne prévoyaient pas le succès de la religion dont elles furent les initiatrices et n'envisageaient pas du moins qu'un jour cette religion servirait de sujet de dissertation dans un asile d'aliénés.

La diffusion de la nouvelle doctrine fut telle qu'en 1906, dans une thèse, premier travail français sur les folies spirites, M. Duhem relatait, en France seulement 37.000 adeptes du spiritisme. Comme depuis 1906, les hommes ont continué de mourir et très tragiquement pendant les quatre années de guerre, il est probable que le spiritisme a recruté depuis un nombre incalculable de fervents.

Le spiritisme, en effet, pour un esprit qui se met en dehors des questions religieuses, paraît le complément logique des religions. Si celles-ci sont si solidement établies, c'est, en grande partie du moins, parce qu'elles promettent la survie et la réunion aux êtres chers disparus ; mais, hélas ! elles ne sont que promesses, peut être réalisables, mais seulement après la mort. De notre vivant, sauf quelques privilégiés qui entrent en communication dans l'extase avec l'au-delà et qui n'appartiennent pas à mon sujet, nous sommes assez peu renseignés sur ce qui se passe là-bas. Quelques esprits impatients ont voulu forcer le mystère et voilà le spiritisme.

Il apparait donc comme la suite naturelle des religions. Cette opinion est partagée d'ailleurs par quelques rares religieux. L'archidiacre Colley écrit : « Pour plusieurs millions de chrétiens qui ne sont pas satisfaits de leur religion, le spiritisme se présente vraiment comme un envoyé de Dieu, pour sauver les hommes de ce matérialisme qui ne voit rien au-delà du tombeau. Le spiritisme est une cure pour le manque de foi ». Le rabbin Dante A. Lattes dit qu'il « aide le sentiment religieux » Cependant, d'une façon générale, les religions condamnent le spiritisme et le 28 juillet 1847, quelques semaines après l'aventure des misses Fox, un décret de la sacrée congrégation de l'Inquisition déclarait que vouloir se mettre en communication avec le surnaturel par des agents physiques et naturels était une tromperie voisine de l'hérésie. Vous pouvez consulter les prêtres de toutes les religions, ils vous diront qu'ils proscrivent le spiritisme. Je crois d'ailleurs que cette sage prescription n'est pas basée sur des raisons purement religieuses ; j'aime à croire qu'elle résulte d'une constatation, que tout le monde a pu faire : le spiritisme est dangereux pour la santé morale, pour la santé mentale, et peut conduire à la folie.

Pour bien comprendre ce qu'est la folie spirite, ce qu'est le délire spirite dont je vous donnerai un exemple tout à l'heure, il faut vous dire en quelques mots ce qu'est le spiritisme actuel. Je m'excuse auprès de ceux parmi vous à qui ces questions sont familières, mais si un seul les ignorait, il suffirait à me justifier d'aborder des descriptions un peu fastidieuses.

Pénétrons dans un salon spirite : deux groupes de phénomènes vont nous frapper, les uns non explicables médicalement, psychologiquement, les autres très nettement expliqués par des phénomènes d'ordre psychologique.

Les premiers d'abord. Vous verrez sans doute, si vous êtes favorisés, je ne l'ai jamais vu personnellement, *des déplacements d'objets sans contact*, voilà un premier élément inexplicable par la psychologie. Ce sont des tables qui se mettent à sauter sans qu'on les touche, des objets qui bondissent à travers la salle, etc., etc.

Puis, *des contacts* : les assistants sentent des frôlements, des caresses, reçoivent même des gifles, quelquefois même, surviennent des apparitions. Les apparitions, me direz-vous, mais ce sont des hallucinations visuelles. Oui, évidemment, mais les spirites prétendent avoir photographié ces apparitions, Tous ces faits mystérieux, faisant abstraction d'un processus hallucinatoire possible, la médecine, la psychologie ne les expliquent pas. Nous, sceptiques, invoquons la supercherie car s'il est incontestable qu'il y a des médiums sincères, il est non moins évident qu'il en est de trompeurs.

Des hommes éminents, parmi lesquels se trouve un homme particulièrement éminent, M. le professeur Richet, ont accepté ces phénomènes comme quelque chose qui n'est pas de la supercherie, qui n'est pas explicable psychologiquement mais qui l'est *scientifiquement*. M. Richet, et beaucoup d'autres savants, pensent qu'existe, chez certains hommes, la propriété, relativement assez rare, d'émettre un *ectoplasme*. Il ne s'agit plus, ici, de spiritisme : ces individus extérioriseraient simplement une partie matérielle de leur corps, qui, déterminant les contacts, produiraient les déplacements et les apparitions. Je vous rappelle que ces phénomènes, sur lesquels M. Richet a insisté, associés à certains dons de voir à travers les espaces et de prévoir l'avenir (cryptesthésie) constituent une science nouvelle, la métapsychique. Elle ne nous occupera pas aujourd'hui.

Je vais aborder d'autres phénomènes, ceux que j'ai essayé, après Pierre Janet, après Grasset, après Gilbert-Ballet, d'expliquer par la psychopathologie.

Soit d'abord les *raps* ou bruits qu'entendent les spirites réunis. Ces bruits, direz-vous, mais c'est une souris qui passe, un ver qui mine une boiserie, un craquement du parquet ! Mais ces bruits sont rythmés, ils répondent à certaines questions. Imaginons que le sujet, le médium, demande l'heure, s'il entend trois coups ce sera trois heures ; ce ne sont donc pas des bruits quelconque ; ils correspondent à des réalités vérifiables. La deuxième chose encore plus fréquente, plus courante, c'est la mobilisation de la table. Vous savez comment cela se passe. Les adeptes sur un guéridon réunissent leurs doigts, for-

(1) Cours fait le 19 décembre 1928 à l'Asile clinique (Service de M. le Prof. Claude).

ment une chaîne continue ; après un moment plus ou moins long d'attention soutenue, la table penche d'un côté presque toujours le même et se met à parler au moyen de coups (typtologie). Il y a un alphabet convenu, elle tapera deux coups pour B, etc. Il existe des dérivés de cette méthode, par exemple une petite tablette à roulettes sur laquelle est fixé un crayon courant sur un tableau alphabétique.

Voici la *table* et les *raps*. Mais il y a autre chose encore : l'*écriture automatique*. D'abord certains sujets en état de *transe*, sont *poussés à écrire* ; ils prennent une feuille de papier et libellent des messages : dans ce cas le sujet *sent* qu'il écrit et il *sait* ce qu'il écrit. Dans d'autres cas, un peu plus rares, le médium écrit encore, mais il ne *sait pas* ce qu'il écrit et lorsqu'il le lira en sera tout surpris. Ces *médiums-écrivains*, sont dits dans la première variété *semi-mécaniques*, dans la seconde, *mécaniques*.

Les médiums peuvent avoir encore d'autres propriétés, les uns, c'est assez rare, sont *visuels*, et dans une sorte d'extase voient des faits qu'ils révèlent aux auditeurs. Plus fréquents sont les médiums *intuitifs*, c'est-à-dire chez lesquels l'esprit, car il s'agit d'esprits, se révèle par des pensées, ce sont des pensées qui jaillissent en lui, et dont il a conscience qu'elles lui sont étrangères, qu'il s'agisse de pensées abstraites ou concrètes. Le médium peut aussi entendre une *voix*, mais une voix qui *parle dans son esprit*. Dans des cas plus rares, ce sont des *voix extérieures*. Remarquez que des médiums qui entendent, peuvent traduire ce qu'ils perçoivent, soit par la parole, soit par l'écriture, il y a une écriture médiumnimique, simple transcription sous *dictée*.

A un degré de plus, le médium va être *verbal* ou *parlant*. De même que tout à l'heure pour l'écriture nous envisagions une écriture *semi-mécanique* et une écriture *mécanique*, nous allons enregistrer une *parole semi-mécanique* et une *parole mécanique*, c'est-à-dire que dans un cas le sujet sent l'esprit *s'emparer de ses organes et le faire parler* malgré lui, dans l'autre cas, au contraire, *il parle sans savoir ce qu'il dit* et sera tout surpris quand on lui répétera ce qu'il a prononcé, et c'est là le *délire prophétique de Régis*.

Voici, Messieurs, les principales modalités de la pratique du spiritisme. Je vous ai promis de vous expliquer à quoi sont dus ces phénomènes en apparence mystérieux. Ici, la lumière est faite depuis longtemps, par Janet, par Grasset, par beaucoup d'autres. Il s'agit d'automatisme psychologique, de l'action du *subconscient* qui dans la séance spirite prend la place de la conscience.

Le médium est, vous le savez, dans une demi-obscurité, son esprit est *tendu* sur le phénomène qui doit se produire ; pendant que son attention est ainsi concentrée, l'esprit inférieur, la *subconscience* va prendre le premier pas. Prenons des phénomènes d'ordre matériel, considérons la mobilisation de la table. Elle se mobilise vraiment, mais est mue par le médium *involontairement* ; il n'y a pas supercherie. Le centre psychique supérieur est concentré sur la pensée de l'événement attendu, la main inconsciemment appuie sur la table qui se soulève : cela est tellement vrai que quand on met un papier huilé sous la paume du médium, la main glissant sur la feuille, la table ne se soulève pas. Remarquez que ces phénomènes de subconscience vous les trouverez couramment en dehors des séances spirites. Vous connaissez tous le *cumberlandisme*, ce jeu de société. On cache un objet, un sujet, les yeux bandés. doit le chercher, un assistant *qui sait où est l'objet*, vient prendre le chercheur par la main pour l'empêcher de se heurter aux objets : or la recherche est généralement fructueuse. Pourquoi ? Parce que le sujet qui tient la main du chercheur le conduit inconsciemment au but, son subconscient trichant involontairement. Dans ce jeu de société vous avez en substance tout le mécanisme du spiritisme.

Comment expliquer les bruits ? Ils sont d'ailleurs beaucoup plus rares ; il semble que souvent par le même mécanisme subconscient les médiums produisent des bruits articulaires ou tendineux.

Pour des phénomènes d'ordre plus élevé, écriture, parole automatiques, c'est le même processus ; pendant que la conscience est occupée, des sources incommensurables de la subconscience remontent tous les souvenirs, tout le passé accumulé et quelquefois ignoré du sujet, c'est le « polygone qui déborde le centre O », ou pour employer des expressions chères à Laignel-Lavastine, c'est « le moi profond qui envahit la conscience claire. »

Si vous aviez besoin de preuve de la réalité de cette explication, vous la trouveriez dans l'examen du contenu de ces prétendues révélations de l'au-delà. Elles sont, hélas ! ce que sont les médiums. Lorsque Victor Hugo vivait proscrit dans les îles anglaises, il se livrait au spiritisme et invoquait, comme il convenait, l'âme des poètes ; et Racine et Corneille répondaient en vers de Victor Hugo ; or s'il nous arrive aujourd'hui d'invoquer Victor Hugo, si son esprit daigne répondre en vers, c'est en vers mirlitonesques. Les messages soi-disant mystérieux sont des messages du médium, plus ou moins riches selon les richesses intellectuelles du médium.

Imaginons maintenant, pour rentrer dans notre sujet, que la division un peu surannée en *neurologiste et psychiatre* existe encore : demandons à l'un et à l'autre de juger les phénomènes spirites. Le neurologiste vous dira : ces faits-là nous les connaissons fort bien, c'est de *l'hystérie* : nous avons tous pu, sous l'influence de la suggestion hypnotique ou de la suggestion à la façon de Babinski, provoquer des faits analogues, nous avons tous pu endormir la conscience et faire jaillir du subconscient semblables éventualités. L'hystérie est faite de trois facteurs : la *suggestibilité*, l'*émotivité*, la *mythomanie* que vous retrouverez chez les spirites et dans leur entourage, dans leurs antécédents familiaux ; ce sont aussi des rêveurs, des anxieux ; l'ensemble constituant, à mon sens, une sorte de constitution pour laquelle j'ai proposé le nom de *constitution automatique*. Ces sujets sont prédisposés à se désagréger, à laisser leur subconscient prendre le pas sur leur conscience. Le neurologiste nous a donc dit : Messieurs, les médiums, je ne dis pas les spirites, sont des hystériques. Que va nous dire le psychiatre ?

Il pourrait nous dire : L'écriture semi-mécanique, les pensées étrangères, les voix, tout cela c'est de l'ordre hallucinatoire ou mieux de *l'automatisme mental* : les médiums sont des aliénés.

Mais le neurologiste répliquera très justement : après la transe, le médium retrouve son intelligence, le médecin, l'avocat, l'homme d'affaires, reprennent leurs occupations et personne ne songe à dire que ces sujets sont des aliénés, tandis que les malades des aliénistes ont un délire chronique. Il est indéniable que certains médiums demeurent toute leur existence simplement médiums mais, et c'est là le point sur lequel je veux insister, il est incontestable que certains deviennent des aliénés et, qu'entre ces transes du spiritisme, *provoquées et transitoires*, et le *délire chronique* il y a toutes sortes d'intermédiaires.

Les faits de transformation de la transe médiumnimique en délire ont été très bien étudiés, en particulier par

le Pr Gilbert Ballet en 1903 avec son élève Monier-Vinard. J'ai présenté en 1908, avec mon collègue Boudon, deux malades à l'appui de cette opinion, en 1910 j'étais arrivé à relever 18 cas analogues.

On comprend fort bien qu'un sujet qui s'entraîne plusieurs fois par semaine à la désagrégation arrive à un état permanent ; quand une porte est trop bien graissée le moindre souffle la pousse. Quand ces médiums, sans doute prédisposés, deviennent des délirants, leur délire a des caractères particuliers, il s'agit d'un *délire d'influence*. Chez eux, rares sont les hallucinations auditives, fréquentes les *hallucinations psychiques*, les *pensées étrangères*, les idées imposées, les inhibitions, les visions imaginaires.

Dans une observation de Gilbert Ballet, nous lisons :

« Depuis près d'un an, il lui arrive souvent d'être transporté loin du lieu où il se trouve. Les esprits persécuteurs l'emportent parfois ainsi à de grandes distances l'entraînant avec eux. Il parcourt de la sorte les planètes ; il en a exploré un grand nombre, mais il ignore le nom de la plupart d'entre elles, et c'est la planète Saturne qu'il visite le plus souvent. C'est vers le milieu de la nuit que cela lui arrive ; il se sent alors « partir sur sa pensée », il traverse d'immenses espaces, et les mauvais esprits veulent alors le tuer à coups de fluide. Arrivé dans Saturne, « il se matérialise », reprenant son aspect et sa forme ordinaires. Il nous a écrit lui-même le récit de l'un de ses voyages.

« J'ai vu une chaîne de montagnes au bord de la mer Saturnine ; elles sont couvertes de rochers et d'herbages, peuplées d'animaux de toute espèce. Au pied des montagnes, une plaine des plus grandes, des plus fertiles. Les habitants de ces pays sont comme nous, ne pouvant pas aller partout et me rendre compte de tout, j'étais obligé de demander à un esprit que je ne connaissais pas. Il me montra le château de Saturne et me renseigna sur tout ; il m'expliqua la ville de Lestaphonoff, là je reconnus que c'était un esprit de ma famille qui est ma mère ».

Un autre élément rencontré assez souvent est la *sensation de mobilisation du corps*, le sujet a l'impression qu'on l'enlève, qu'on le soulève ; souvent aussi existent des troubles de la sensibilité et des impressions érotiques.

Un dernier élément assez fréquent chez les mystiques comme chez les spirites est la *contagion*. Le mari de Camille X est d'une crédulité spéciale, il croit que sa femme est médium et que non seulement l'esprit l'inspire mais qu'il est entièrement dans son corps. Il reconnaît lorsqu'elle parle, la voix de sa mère morte depuis plusieurs années. Voici un mari qui a été contaminé par sa femme. Ailleurs le père et le frère partagent le délire et veulent intenter un procès au médecin qui garde la malade à l'asile. Dans une observation personnelle, le mari a cru pendant une dizaine de jours au pouvoir médiumnimique de sa femme : à la nouvelle que Mme X est médium, tous les voisins demandent des consultations et voilà une épidémie de quartier.

La malade que je vais vous présenter est âgée de trente-huit ans ; je l'ai vue il y a un an à peu près, en banlieue, elle se croyait alors possédée du démon ; elle ne pouvait entrer en conversation avec moi, car aussitôt qu'elle prononçait une phrase raisonnable, le diable intervenait avec une autre voix, une autre intonation et répondait pour elle. Il y avait lutte entre elle et lui et conversation entre trois personnes, elle, le démon et moi, ce qui était extrêmement pittoresque ; ceci s'est atténué depuis. Dans le passé de cette femme, il y a tout ce qu'il faut pour faire une désagrégée. C'est une romanesque, aux lectures mal choisies, à l'imagination débordante et aux ambitions au-dessus de sa situation. Appartenant à un milieu bourgeois, modeste, elle s'est crue des dons artistiques extraordinaires, et a fait plusieurs démarches vaines pour être accueillie dans les théâtres ou au cinéma. C'est une déséquilibrée, ses parents disent qu'elle est excentrique et menteuse. De ces mensonges je vais vous donner deux exemples, remontant à très peu de temps : un jour elle rentre chez elle, disant qu'elle vient de passer sous une voiture, or elle n'a pas la moindre souillure à sa robe. Une autre fois, elle s'est, dit-elle, jetée dans un puits et du fond du puits une force l'a fait rejaillir au dehors, la robe était mouillée, il est vrai, mais le puits a 7 mètres de profondeur et le famille a l'impression que si elle y était tombée, elle n'en serait pas ressortie.

Cette femme, qui était peu pratiquante, s'est mise en 1922 à fréquenter les églises avec beaucoup d'assiduité, une assiduité un peu insolite, d'ailleurs : elle passait des journées entières en prière, avait des conversations avec les saints et passait son temps chez elle dans des contemplations devant une petite chapelle. De même que le spiritisme favorise la désagrégation, de même un trop grand mysticisme, la fixation exagérée de la pensée permettent la mise en action du subconscient. Ainsi, chez notre malade, la désagrégation a été préparée par cette cure de mysticisme. En 1926, elle visite une amie qui fait du spiritisme et s'associe à elle dans ces pratiques ; elle a une table dite d'Antinéa, elle se met à invoquer les esprits avec fureur, jusqu'au jour où le démon s'empare d'elle. C'est toujours ainsi d'ailleurs que cela se passe. Dans la première observation que j'ai publiée en 1908, il s'agissait d'une femme de religion grecque orthodoxe, cette femme faisait du spiritisme et à l'ordinaire invoquait l'âme de son père. Or un jour c'est le démon qui s'est présenté. J'ai vu la malade dix ans plus tard, elle était constamment persécutée par un diablotin qu'elle ne voyait pas, qu'elle entendait et qui se roulait sur elle. Elle se rendait compte de sa forme : il avait vingt-cinq centimètres, une queue très allongée, cinq dents dont trois très pointues ; il la mordillait aux seins et ailleurs car la préoccupation érotique était au premier plan ; cette femme, pour apaiser ce petit démon, pour lequel d'ailleurs elle n'avait pas une trop grande antipathie, lui donnait quelques morceaux de sucre et le matin les poussières qui étaient sur le sucre étaient dites les excréments du diable.

En ce qui concerne la femme que je vais vous montrer, voici le certificat du Dr Largeau, assistant à l'Hôtel-Dieu : « Mademoiselle X., couturière, âgée de 36 ans, syndrome d'influence et de possession démoniaques datant de plusieurs années. Point de départ : hallucinations psychiques, elle recevait des ordres du diable qu'elle entend parler dans son cerveau. Il la fait parler, conversation intérieure établie entre elle et le diable, c'est un vrai dédoublement de la personnalité, tantôt c'est elle-même qui parle, tantôt c'est le diable qui parle par sa bouche. Elle parle en termes variés avec des expressions théâtrales. Elle a cherché à se faire exorciser. L'exorcisme a d'ailleurs mal tourné, le diable n'a pas voulu se soumettre et s'est mis à injurier le prêtre.

A l'asile, elle était arrivée à n'avoir presque plus d'accès, elle pouvait parler sans l'interruption démoniaque, mais si, après dix minutes de conversation sérieuse, on lui disait : cela va bien maintenant, le démon vous a quittée, il vous laisse tranquille, l'obsession reprenait.

Ensuite les vacances sont venues, on l'a moins visitée et elle s'est calmée. On peut lui parler facilement, je suis arrivé l'autre jour à grand peine à obtenir une injure du diable, mais c'est très rare et les phénomènes s'atténuent, elle va raconter ce qu'elle ressent mais il n'y aura probablement pas d'intervention diabolique. C'est pourquoi je vais vous lire une partie de ce qu'elle disait, ou mieux de ce que disait le diable par sa bouche :

« La femme qui est là sait combien elle est ridicule, elle voudrait me faire taire mais elle ne peut pas, c'est une femme qui a toute sa lucidité et dont j'ai pris la voix, je l'ai fait parler mentalement. Cette femme a sa raison mais la personne qui cause je n'ai pas le droit de le dire, c'est une enfant extraordinaire et chétive qu'un docteur voulait adopter, sa mère a eu la bêtise de l'emmener chez une cartomancienne, une voisine lui a prédit l'avenir, elle a fait faire son horoscope, à l'âge de vingt ans elle a vu une voyante de la place Pigalle, elle ruminait : on m'a dit ceci, on m'a dit cela... Quand elle allait au théâtre on « l'empêchait de descendre au foyer ». Vous voyez l'*inhibition motrice*.

Un jour elle est descendue faire du spiritisme, elle a parlé à un esprit, un jour elle a chanté machinalement un cantique.

Le 7 décembre, à 7 heures du soir, elle a fait tous les rôles de Rudolf Valentino, elle a mis du fard et des souliers de satin. Depuis quelque temps quand elle essayait de parler elle ne pouvait plus finir les mots, cette femme qui est là entend que je parle sur elle, je lui rappelle ses souvenirs, son enfance, elle ne peut plus faire un mouvement ; le plus terrible c'est qu'elle voudrait avoir sa propre voix et qu'elle ne peut pas. Elle a cherché à me questionner, elle ne saura rien et pourtant son influence est extraordinaire, elle a remarqué un jour au théâtre que le fauteuil contre elle était vide, les gens s'en allaient dès qu'ils s'approchaient de cette femme qui n'est plus elle-même. C'est moi qui parle par sa bouche, je la fais boire, vomir, pleurer, marcher comme je veux, je la fais danser, nager sur le plancher, se retourner sur le dos sur le sommier d'un seul tour de rein, lire ses pensées et y répondre. Je lui interdis toute lecture, tout travail, la laissant inerte dans le lit, la rendant infecte, la faisant hurler des horreurs à tout le monde, pousser des hurlements de bêtes féroces. « Une nuit elle dormait, ses bras se sont levés et cela s'est mis à causer dans son cerveau, cela lui a montré le Christ et elle a pensé qu'elle était réincarnée. J'ai voulu lui faire étrangler son père et sa mère, un jour je lui ai fait fixer le soleil, je lui ai fait tracer par ses pas les 10 chiffres, de un à 10.

Cette femme a été une nuit torturée génitalement, elle ne savait où se mettre, les rapports éprouvés lui ont semblé monstrueux.

Voici la malade, je vais l'interroger devant vous.

— Vous avez fait du spiritisme avec une tablette ?

— C'est une planchette de bois où il y a l'alphabet de A jusqu'à Z et en bas il y a de un jusqu'à 0 et d'un côté il y a oui et de l'autre non. Il y a un cœur qui écrit les mots. Il n'est pas question de cette planchette pour mon cas, cela a été le début mais j'avais surtout comme une double force en moi qui me faisait manœuvrer, manger et qui contrecarrait tout ce que je voulais, depuis ma plus tendre enfance ; ce que je voulais je ne pouvais jamais le faire. Je disais que c'était un guignon qui me poursuivait, j'ai eu la bêtise de faire du spiritisme, je ne l'ai pas fait pour faire du spiritisme mais pour savoir l'avenir. Un Monsieur que je connaissais me disait que c'était sa mère qui lui causait, j'ai vu des spirites qui m'ont dit que j'étais possédée dans mon côté gauche, cela me fait comme si j'avais le corps séparé, le côté droit d'une part et le gauche d'autre part. « Cela » ne veut pas que je sois chez nous, sa volonté est plus forte que moi, maintenant elle me tient à l'état latent. Instinctivement je voulais faire quelque chose, je ne pouvais pas le faire, je partais dans un magasin pour acheter une robe bleue et je la prenais rouge, je me disais que c'était ridicule ; « ça » s'est mis à vouloir commencer à parler au mois d'août 1927. Ça a parlé par la planchette au mois de décembre 1926, ça a écrit une phrase signée du nom d'un voisin disparu pendant la guerre, j'étais loin de penser à ce garçon-là, mon frère a essayé de faire marcher cette table il n'a pas pu, ma sœur a essayé de la faire marcher et c'est Mozart qui est venu, toujours avec la planchette, cela lui a dit des choses qui sont arrivées depuis. Cela m'a parlé ensuite de cet homme-là, cela m'a parlé de sa première femme, de sa seconde femme, ça m'a dit des choses passées, on a fait des livres sur mon compte qui sont différents de ma vie, on a écrit des choses différentes, on m'a donné un caractère tout autre que j'avais, on a dit que j'avais beaucoup souffert. Tout ce qui était irréel m'enchantait, toute petite je contemplais les arbres, la nature, toutes choses de poésie. A trois ans je me drapais dans des toiles à matelas et je chantais une chanson que je ne peux pas vous dire, mais je ne savais pas du tout ce que c'était, instinctivement je chantais cela et je chantais des choses avec le poème et la musique en même temps, je me disais : si je pouvais le recopier mais je ne pouvais pas deux fois rechanter la même chose. Il n'y a que le vingt août au bord de la mer que ça s'est mis à me causer dans ma tête, à partir de ce moment-là c'est devenu contre la religion, c'était huit mois après avoir fait du spiritisme, je n'en faisais pas souvent, de temps en temps. Une nuit mes bras se sont levés, j'ai vu le Christ, c'est une voix dans mon cerveau, dans mon côté gauche, une voix qui me harcèle continuellement. Il y a des choses contre la religion ; avant ça me disait de prier, de brûler des cierges pour ce jeune homme, il me disait que son âme était au purgatoire et je pensais que j'avais avancé sa délivrance, je pensais que je sauvais une âme, je le faisais pour le bien. Quand j'ai été à Fécamp j'ai brûlé des cierges, cela m'a causé dans ma tête encore, cela m'a dit : nous ne sommes pas un mais deux dans la même personne. Je suis revenue chez nous je n'ai rien dit et c'est le 7 septembre à 6 heures du soir que j'ai vu cette apparition de deux mains horribles, diaboliques, je les ai fixées pendant une demi-heure, cela se faisait avec le coucher du soleil rouge mais c'était deux mains affreuses qui pressaient l'atmosphère. Après, chez nous, cela m'a fait faire tous les rôles que ce garçon jouait, je faisais tous ces gestes par la main gauche, l'esprit de Rudolf Valentino s'était emparé de moi. Cela me disait mentalement de chanter : j'aime t'entendre chanter ». J'ai chanté une chanson italienne et aussitôt que j'ai eu fini j'ai dit « j'aime maman » puis j'ai pensé qu'il était tout juste que j'aime ma mère, cela m'a dit : chante encore mais tu as tendance à chanter de la gorge et si tu veux je vais te faire chanter par les cordes vocales a la manière dont j'ai étudié le chant » : j'ai dit : donne-moi ta voix, c'est là que j'ai chanté une chanson italienne et j'ai senti que du côté gauche ce n'était plus du tout ma voix à moi. »

« Il m'a commandé de m'habiller comme je l'ai fait et c'est devenu terrible dans ma tête. C'est alors que j'ai demandé que l'on me soigne, je sentais que j'allais devenir folle, j'ai dit que j'avais fait du spiritisme, mon père m'avait vu faire manœuvrer cette planchette et il me disait : veux-tu laisser cela et machinalement ça a écrit « nos âmes ne sont pas des pantins » mon père avait dit en effet : veux-tu laisser tes imbécillités ». Je croyais parce que j'avais vu des choses mais maintenant j'ai une horreur de toutes ces choses-là. »

— Ça m'a dit : par toi nous sommes dans des sphères différentes où nous évoluons d'habitude » et le 16 janvier cela m'a dit que ça ne voulait plus me causer, que je prie pour lui. J'ai brûlé des cierges, même chez nous, j'ai fait des neuvaines pour que cette chose-là me cause et c'est arrivé que je suis restée un mois que ça ne m'a pas causé, au bout d'un mois des mots de l'Evangile sont venus, des mots que je ne connaissais pas, cela revenait toujours pareil. Je ne connaissais pas l'Evangile et quand j'ai lu l'Evangile je l'ai reconnu, c'était tout à fait les mêmes mots que ce que ça m'a dit, et c'est à partir de ce moment-là que c'est devenu méchant. J'ai été à la Salpêtrière, j'ai été pour me faire exorciser la première fois que ça a parlé et j'ai traité le R. P. de « sale vache », j'étais très vexée, cela m'a dit : « si tu crois qu'on va me faire f... le camp avec de l'eau bénite... » Je n'ai plus fait ni prières ni rien du tout ; cela m'a dit : pour arriver à sortir de toi, rien à faire. »

Quelle souffrance morale, quelle souffrance physique d'être enfermée ici avec ces détraquées, de ne rien voir, c'est abrutissant, quelle souffrance que le harcèlement continuel, je n'arrive à dormir que deux ou trois heures. Je ne suis pas libre moi, ma mère voudrait que je rentre chez nous, aussitôt qu'elle me le demande, je ne veux plus, ça se convulse, cela devient une chose horrible. *Cela va venir*, je sens comme si on me coupait en deux. Ici je peux travailler, je peux faire quelque chose, si je suis chez moi ça me flanquera sur le lit, ça me dira : tu veux travailler, tu ne le feras pas. Tout ce que je veux faire ça me dit le contraire, ça me dit : pour montrer que tu n'es pas dingot ici je te laisse faire tout ce qu'on veut mais si on te dit : retourne chez toi, je hurlerais.

Chez moi, cela m'a fait cette chose terrible de vouloir me faire suicider, tuer, la seule personne sur terre qui réprouve le suicide et qui a peur de la mort c'est moi et ça m'a dit : tu iras de ton plein gré, je regardais ce puits, je pensais : je ne veux pas ne serait-ce que pour mes parents je ne veux pas faire une chose pareille ; ça m'a dit : je vais te faire tellement souffrir que tu vas y aller et j'ai été jetée à deux pieds joints dans ce puits.

— L'eau était-elle chaude ?

— Le quinze janvier l'eau n'est pas chaude je crois mais je

n'ai pas senti le froid de l'eau, j'ai sauté à deux pieds joints en disant : « Mon Dieu je ne sais pas ce qu'il y a en moi » et je suis tombée dans ce puits et mes yeux se sont ouverts, je n'ai pas senti ni l'eau ni le froid, j'ai vu le clapotement de l'eau, j'ai vu la meulière, une force m'a sortie de l'eau, j'ai rattrapé la margelle, je suis remontée, j'ai rattrapé la margelle une seconde fois et je suis sortie, je suis arrivée avec mes bras en croix et j'ai dit : je me suis jetée dans le puits et j'en suis ressortie. » Cela m'a fait faire des tas de choses, automatiquement, mettre du charbon dans un verre et cela me montre l'influence que j ai sur les êtres humains, même ici il y a des malades qui viennent instinctivement vers moi qui comprends la souffrance des autres, la plus petite chose, que je vois instinctivement, combien de malades sont arrivés vers moi, ma mère a tout tenté pour me sortir d'ici et moi-même ici je constate un gros progrès.

— Vous êtes tout à fait bien maintenant ?

M..., lâche, vache, je ne suis pas fatiguée, je commence, je peux regarder franchement les gens quoi qu'ils tournent la tête, oui, je suis lâche après tout de me mettre dans un être humain, ce n'est pas une folle qui discute avec un pantin je peux parler en vers si je veux, c'est une matière que vous avez là ce n'est pas tous les jours que vous trouverez son cas. Guérissez-là, le vœu le plus cher de sa famille est que vous la guérissiez et surtout pour elle, c'est un martyr humain et c'est inhumain dans la vie de la supporter, vous pourriez l'achever pour que je parte d'elle mais...

— Mais enfin...

— Je ne vous parle pas, ce n'est pas elle qui veut c'est moi, vous avez peut-être faim, c'est l'heure de partir je me f... de votre g..., c'est terrible et c'est un être humain qui le comprend, qui n'y peut rien, je peux lui faire tout ce que je veux. Non, ce n'est pas la peine je ne partirai pas, je suis plus forte que vous, non, l'être qui est là ne bougera pas, vous la ferez sortir de force si vous voulez, voulez-vous que je hurle pour la faire ficeler.

— Mademoiselle Marcelle calmez-vous.

— Vous êtes trop bon de ne pas dire son nom de famille, il est assez connu et elle a envie de pleurer d'être ici quand elle peut être parfois reconnue, elle a été connue dans le monde, elle y a laissé souvent des souvenirs. Non, non, ce n'est pas une folle qui cause, voulez-vous la laisser, elle n'y peut rien, vous la jetez à la porte comme un chien. (Sortie de la malade.)

***

Sous l'influence de l'émotion de cette séance, de l'action suggestive de mes questions, cette malade vient de faire une sorte de *transe spirite*. Le démon provoqué a répondu. Cela, indéniablement, est de l'ordre *pithiatique* et évoque en notre esprit le souvenir des Ursulines de Loudun et du Père Surin, exorciseur, à son tour possédé.

Mais je n'ose à propos de Marcelle, poser le diagnostic de pithiatisme simple, comme on pourrait le faire pour une malade analogue de mon ami le Dr Vinchon, guérie par suggestion. Chez Marcelle, toutes les médications suggestives ont été négatives. Je crois chez elle à un *délire d'influence*, à un vrai *syndrome de dépossession* greffé sur un fond pithiatique, avec, par moments, des paroxysmes d'automatisme pithiatique, comme celui auquel vous venez d'assister.

On est en droit de penser que, chez elle, la pratique du spiritisme a déterminé d'abord la désagrégation transitoire de la *transe*, de l'ordre pithiatique, puis un état chronique le *délire d'influence*.

Des faits de cet ordre sont intéressants non seulement au point de vue pratique en attirant l'attention sur les dangers du spiritisme, mais aussi au point de vue doctrinal.

Le passage de manifestations psychogènes pithiatiques à l'automatisme mental au *délire d'influence* est, en effet, ainsi que je l'ai dit au Congrès de Blois (1927) un argument contre les théories organicistes de cet automatisme, du moins comprises dans un cadre trop restreint.

FAITS CLINIQUES

Sur un cas original d'intoxication par un colorant d'aniline.

Par MM. André MÉDIONI (Ancien Externe des Hôpitaux de Paris) GOIGOUX et DELAVILLE.

Le 24 mai dernier, à 15 heures, je fus appelé d'urgence auprès de Mlle I... âgée de 28 ans, employée de bureau, qui, depuis 11 heures du matin, et au cours de son travail, avait été prise d'un malaise un peu vague et de maux de tête. Néanmoins, elle avait pu, vers midi, déjeuner comme à l'habitude et de fort bon appétit. Elle reprit son travail vers 13 h. 30 et ce n'est que vers 14 heures que son malaise s'accentua au point qu'elle demanda à s'allonger. A ce moment, ses camarades de bureau s'aperçurent que ses yeux, ses mains et ses pieds étaient cyanosés. Lorsque j'arrivai, vers 15 h. 30, la cyanose était extrêmement accentuée sur toute la surface cutanée, mais elle était encore plus marquée aux extrémités. Son pouls était relativement faible ; néanmoins, les bruits du cœur étaient bien frappés. La respiration était courte et rapide. Interrogée, la malade déclara ressentir un malaise très impressionnant, caractérisé par ces trois symptômes : nausées, vertiges et céphalée. Elle était de plus très asthéniée et ne répondait qu'avec difficulté aux questions qu'on lui posait.

Devant une cyanose aussi marquée, M. Goigoux, pharmacien, qui se trouvait par hasard auprès de la malade avant mon arrivée, eut la bonne idée de faire inhaler de l'oxygène. Je demandai qu'on continuât cette thérapeutique, et pour la parfaire, je pratiquai, sous l'oxygène, quelques mouvements de respiration artificielle.

Le tableau était impressionnant. N'ayant jamais examiné la jeune fille avant ce jour, je me demandai s'il ne fallait pas attribuer l'accident à un état antérieur. Je fis préciser que jusqu'à ce matin 11 heures, elle était en parfaite santé. Dès lors, j'eus la certitude qu'il s'agissait d'une intoxication, et je m'attachai à en découvrir la cause. J'écartai rapidement la tentative de suicide devant la sincérité de l'accent avec lequel la jeune fille me déclara qu'il n'en était pas question. D'ailleurs, ses camarades me certifièrent qu'elle n'avait aucune raison d'attenter à ses jours. Restait l'hypothèse d'une intoxication médicamenteuse. La malade avait seulement absorbé, la veille au soir, trois comprimés de gardénal à 5 ctgr. Il était évident qu'une dose aussi faible de gardénal ne pouvait pas être la cause d'un accident par ailleurs aussi différent que celui-ci d'une intoxication par le gardénal.

C'est à ce moment qu'une des collègues de notre malade me fit remarquer qu'elle avait les pieds colorés en bleu marine. J'appris alors que la malade avait teint elle-même ses chaussures, la veille au soir, avec un colorant bleu-marine, acheté dans le commerce.

Dès lors, la cause de l'intoxication, qui nous avait échappé jusque-là, m'apparut clairement. La malade ayant porté les chaussures depuis le matin s'était lentement intoxiquée. Cette intoxication avait été favorisée par les circonstances suivantes :

1°) La teinture était encore fraîche ; douze heures à peine avaient séparé le moment de l'application de celui où les chaussures avaient été portées ;

2°) Les chaussures teintes étaient en lanières, c'est-à-dire faites de rubans de cuir tressés, ce qui avait permis à la teinture de se répandre sur les téguments ;

◆◆

3°) La température atmosphérique, ce 24 mai, était très élevée. J'insiste sur ce détail maintes fois signalé à propos des intoxications par l'aniline. L'influence de la température est des plus importantes. C'est ce qu'affirment justement dans un article paru récemment(1). F. Heim de Balsac, Agasse-Lafont et Feil : « Il semble que le contact de l'aniline *froide* avec les téguments soit inoffensif. »

Le diagnostic ainsi posé, le pronostic était meilleur ; je savais que les intoxications par l'aniline sont généralement bénignes ; je fis laver les pieds de la malade au savon de Marseille de manière à arrêter toute nouvelle absorption par la peau et j'insistai pour que toute trace de colorant fut minutieusement enlevée, en particulier dans les sillons péri-unguéaux. Puis, tandis que l'on continuait les inhalations et injections sous-cutanées d'oxygène, je pratiquai une saignée de 400 c.

Les urines émises à ce moment et sommairement examinées par M. Goigoux donnèrent les résultats suivants :

1° Elles contenaient une petite quantité d'albumine ;

2° La matière colorante s'éliminait néanmoins car une goutte de perchlorure de fer *très dilué* donnait une coloration jaune intense, ce qui ne peut s'expliquer que par la présence d'un chromogène accidentel.

Le sang recueilli, ainsi qu'un échantillon de la teinture, furent envoyés au Laboratoire du Dr Letulle et examinés par M. Delaville, qui communiqua les résultats suivants :

1°) L'examen spectroscopique du sang révèle la présence de *méthémoglobine* ;

2°) L'échantillon de teinture contient un colorant d'aniline.

Il est à noter que le sang présentait, au moment de l'émission, une coloration marron violacé.

La saignée améliora considérablement les différents symptômes. A 21 heures, la cyanose avait fait place à une coloration normale des téguments ; le cœur était le siège d'une légère arythmie, mais le pouls était bien frappé ; nausées et vertiges avaient complètement disparu et il persistait seulement une céphalée notable qui dura jusqu'au lendemain. Les urines émises le 25 mai ne contenaient plus aucun élément anormal.

Telle est, rapportée tout au long, cette observation qui m'a paru intéressante parce que :

1°) La porte d'entrée du poison est originale et qu'elle prouve que des signes graves d'intoxication peuvent apparaitre à la suite d'un simple contact de l'aniline avec les téguments et sans aucune absorption par la voie respiratoire ;

2°) Conformément à une opinion émise par F. Heim de Balsac, Agasse-Lafont et Feil (1), l'intoxication par la voie cutanée est favorisée par une élévation de la température. Ces auteurs ont, en effet, noté qu'au cours des manipulations pharmaceutiques, les colorants d'aniline chauds étaient infiniment plus toxiques qu'à la température ordinaire. Dans le cas que nous rapportons, nous pensons que la température atmosphérique, particulièrement élevée ce jour-là, favorisa l'intoxication en dilatant les pores cutanés et en exagérant la sudation, en un mot, en augmentant la perméabilité des téguments ;

3°) Il existe un contraste impressionnant entre le tableau clinique dramatique de ces états et leur habituelle bénignité ; l'atteinte rénale, en particulier, prouvée par l'albuminurie du début, n'est que tout à fait passagère ;

4°) L'administration de l'oxygène, si elle est utile, du moins en théorie, n'a pas paru influencer considérablement l'évolution des phénomènes morbides ;

(1) F. Heim de Balsac Agasse-Lafont et Feil. — Anilisme professionnel au cours de certaines opérations de l'industrie chimico-pharmaceutique. (*Progrès Médical*. 1re juin 1929, n° 22).

5°) La saignée demeure la thérapeutique active de ces états ;

6°) Du point de vue médico-légal, il est utile :

A) que le public soit instruit du danger que peuvent présenter certains produits d'usage courant qui ne portent aucune indication précise quant aux précautions qui doivent être prises au moment de leur emploi.

B) que le médecin ne laisse pas échapper la cause d'une telle intoxication, cette notion de cause pouvant permettre d'établir les responsabilités.

C) de pratiquer la saignée, fort importante au point de vue du diagnostic, car, en présence de présomptions cliniques, la coloration marron violacé du sang et la présence de methémoglobinhémie, révélée par l'examen spectroscopique, donneront la preuve de l'intoxication.

CHRONIQUE

Les phénomènes de répercussivité

Dans tout organisme, toutes les diverses fonctions sont solidaires les unes des autres et sont unies entre elles par des enchaînements qui assurent leur régularité et leur harmonie. Tout désordre survenu dans une fonction devient ainsi le point de départ de répercussions fâcheuses qui s'exercent dans des sens différents.

M. André Thomas vient d'étudier un certain nombre de ces enchaînements dans un livre d'un caractère très personnel, qui sera consulté avec le plus vif intérêt non seulement par les neurologistes, mais encore par tous les esprits curieux des problèmes médicaux et biologiques (1).

Répercussivité pilomotrice.

Réflexe pilomoteur. 1° Le réflexe pilomoteur est obtenu facilement par une excitation de la région cervicale : chatouillement, pincement au niveau du bord supérieur du trapèze, malaxation de ce muscle ou des muscles de la nuque, frôlement de la région sous-axillaire ou sous mammaire, refroidissement des mêmes régions ou de la région abdominale ou même de l'épine dorsale par le moyen d'un linge humide, d'un bloc de glace ou d'un tampon d'ouate imbibé d'éther.

2° Chez un sujet normal, le réflexe est rigoureusement symétrique : il se manifeste avec la même intensité, la même vitesse, la même durée, sur les deux côtés, quand la même excitation est appliquée simultanément et pendant le même temps à droite et à gauche : les poils se dressent par un mouvement lent et continu et reviennent plus lentement encore à leur position de repos ; la peau est soulevée en grains de chair de poule.

3° Dans la majorité des cas, après une excitation suffisamment forte, le réflexe se diffuse sur tout le côté correspondant, y compris le cou, la tête et la face, le long du maxillaire inférieur. On le trouve encore sur la partie externe du front, sur le cuir chevelu, où comme sur la joue, on voit des bulbes pileux saillir. Le réflexe est devenu unilatéral et total.

Réaction pilomotrice locale. L'irritation mécanique de la peau au moyen du doigt, de l'ongle, de la pointe du crayon fait apparaître la chair de poule et l'horripilation dans le lieu de l'excitation ; il s'agit d'une réaction locale, qui est due à l'excitation directe des *arrectores pilorum*. Tandis que le réflexe exige l'intégrité des centres sympathiques, des ganglions et des fibres sympathiques, la réaction locale persiste quand les muscles sont privés de leur innervation.

Il n'existe aucun rapport entre l'intensité du réflexe et celle de la réaction ; la reaction locale est très forte chez certains individus, tandis que le réflexe est obtenu difficilement, ou inversement.

(1) *Les phénomènes de répercussivité* (Système sympathique. Système cérébro-spinal. Les spasmes vasculaires. Asthme. Epilepsie). par André Thomas, médecin de l'hôpital Saint-Joseph (1 vol. de 256 p., prix : 32 fr.). Librairie Masson et Cie.

VARIETES

Un vieux remède inconnu de l'asthme : L'Herbe blanche du Dr P. Dorion (de St-Gilles, Vendée),

Par le Dr Marcel BAUDOUIN (de Saint-Gilles-Croix-de-Vie).

En 1772, dans un mémoire, resté *manuscrit* (1) jusqu'à présent, et retrouvé seulement cette année, perdu dans une bibliothèque provinciale (je le recherchais depuis 40 ans), le docteur Pierre Dorion (de Saint-Gilles-sur-Vie), dont j'ai jadis publié la biographie (2) détaillée, avait écrit cette phrase :

« Nous ne pouvons pas oublier parmi les plantes maritimes l'HERBE BLANCHE, ou le GNAPHALIUM MARITIMUM, *si recommandable dans* l'ASTHME, où elle produit d'aussi bons effets que la CAMPHRÉE DE MONTPELLIER (3), et qui est un *spécifique assuré pour corriger les aigreurs de l'estomac et les indigestions acides.* »

Il semble résulter de ce passage, hélas trop court :

1° Que Pierre Dorion, a employé en thérapeutique l'HERBE BLANCHE ;

2° Qu'il l'a utilisée pour l'ASTHME, avec un très grand succès, de même que dans certaines affections *gastriques*.

***

Or, si l'on cherche dans les auteurs modernes des renseignements sur l'usage de cette plante, on ne trouve absolument rien.

Cela n'a rien d'étonnant, puisque Pierre Dorion, médecin éminent et inconnu d'un port du Bas-Poitou, avant 1777 (époque de sa mort), n'a jamais rien publié à cet effet, et sur ce sujet !

Il cite la Camphrée de Montpellier, arbruisseau qui n'existe pas dans son pays, mais qu'il avait appris à connaître au cours de ses études de médecine à Montpellier, vers 1745, et dont l'emploi était alors classique dans l'*asthme*. Mais il ne donne aucune explication sur l'HERBE BLANCHE !

Si l'on recherche ce terme dans les grands Dictionnaires et les Traités de Botanique médicale, on ne trouve absolument rien également.... Toutes les *Flores* sont muettes à ce propos et ne donnent pas ce nom, qui doit être bas-poitevin ou plutôt provençal : nom local. Mais aujourd'hui on ignore dans le pays de P. Dorion ce qu'est l'Herbe blanche. Ce qui tend à démontrer que cette dénomination est méridionale et que Dorion l'a apprise à Montpellier.

***

Quant au nom latin qu'il fournit, le *Gnaphalium maritimum*, il devait certes être utilisé de son temps ; mais on ne le rencontre pas davantage dans les diverses Flores de l'Ouest et du Centre que nous avons entre les mains (Lloyd, Douteau, Boreau, Sauzé, etc.)

On connaît, sur nos côtes, divers *Gnaphalium* ; mais le *maritimum* n'est pas indiqué le moins du monde. Pour conclure, il nous faudrait posséder une flore *provençale*, que nous ne possédons pas dans notre bibliothèque d'Ermite.

(1) Pierre DORION. — *Mémoire sur l'histoire naturelle du Bas-Poitou.* Manuscrit INÉDIT, perdu depuis 1777, après avoir passé par l'abbaye des Chatelliers (D. S.) et des mains diverses (200 p.). — Retrouvé à Poitiers en 1929.

(2) Marcel BAUDOUIN. — *Le Docteur Pierre Dorion*, journaliste médical, (1772-1777). — *France médicale*. Par., 1912. — Tiré à part. Paris, 1912, in-8°, 40 pages.

(3) Appelée *Camphorosma monspeliaca*, de la famille des Chénopodiées (Dorveaux).

Dorveaux ne cite ni l'*Herbe blanche*, ni la *Diotis* !

***

Qu'est-ce donc que l'HERBE BLANCHE ? En nous remémorant nos excursions botaniques sur nos DUNES, nous avons pensé à cette plante si curieuse de nos sables maritimes de St-Gilles-sur-Vie, et si fréquente dans la Garenne de Retz, que P. Dorion devait explorer souvent, plante dont les tiges sont d'une *blancheur éclatante* et qui tranchent si nettement sur la *palène* jaunâtre de nos rivages océaniques (*Calamagrostis.*)

Nous voulons parler de l'espèce appelée aujourd'hui DIOTIS CANDIDISSIMA Desf. Le qualificatif de *Candidissime* aurait dû nous y faire penser de suite !

***

Mais s'agit-il bien là de l'HERBE BLANCHE de Pierre Dorion ? Il nous faudrait, d'abord, une preuve matérielle, c'est-à-dire un *texte* quelconque, qui justifie cette hypothèse, des plus plausible d'ailleurs.

Certes, cette plante a bien porté autrefois le nom d'*Athanasia maritima* L. et d'*Othanthus maritimum* Link ! Mais l'adjectif *maritimum* est, en l'espèce, trop général pour prouver quelque chose !

Certes, le genre DIOTIS est voisin des *Artemisia* et des *Gnaphalium*, dans la famille des Composées.

Certes, autrefois, l'immortelle de nos dunes (*Hélichrysum Stœchas* D C) était rangée par Linné dans les *Gnaphalium*, et un peu avec raison ! Mais tout cela ne nous renseigne en rien sur le mot « HERBE BLANCHE » !

Tout ce qu'on peut dire, c'est que la *Diotis candidissima*, d'après Lloyd, est « TOUT BLANC COTONNEUX ». — Je peux d'ailleurs ajouter, en ayant vu des millions d'exemplaires dans nos dunes vendéennes, qu'on dirait en effet, une « BOULE DE COTON » perdue et roulant au milieu des *carex* et des *Arundo* (*Calamagrostis*) de nos sables (Durame, Gourlet, etc.) Tous les habitués de nos plages connaissent cette bizarre « boule blanche » que les vents violents du sud-ouest déracinent parfois et transportent au loin sur les chemins.

Comme la *Diotis candidissima* s'observe aussi bien sur les bords de la Méditerranée que sur ceux de l'Océan, il est probable que le Dr Pierre Dorion avait appris à en connaître ses propriétés, comparables à celles de la *Camphrée*, de ses maîtres de Montpellier.

C'est donc au laboratoire de botanique ou à celui de pharmacologie de la Faculté de Montpellier qu'il faut poser la question de l'HERBE BLANCHE !

Et cette courte note n'a qu'un but : celui d'attirer l'attention de ces milieux scientifiques sur cette espèce végétale, qui mérite peut-être d'être utilisée à nouveau, à la mode actuelle, tout en rendant un hommage mérité à notre savant compatriote et prédécesseur, naturaliste de très haute valeur, mais profondément inconnu encore, surtout dans sa ville natale, qui, récemment, a refusé de donner son nom à la rue, qu'il habita de 1722 à 1777, et où il illustra la Vendée et St-Gilles-sur-Vie.

Tout traumatisme d'un membre ou d'une région quelconque peut entraîner une exagération du réflexe pilomoteur dans son voisinage immédiat ou dans une zone voisine plus ou moins étendue. C'est à cette réactivité excessive de la zone cicatricielle ou de la région sur laquelle a porté le traumatisme que l'auteur a réservé le nom de répercussivité pilomotrice.

Répercussivité régionale. La réactivité locale exagérée est susceptible d'apparaître à la suite des blessures les plus banales (plaies superficielles, séton des parties molles), des traumatismes osteoarticulaires ; la blessure d'un nerf peut agir dans le même sens, mais pas plus fréquemment que ne le font les blessures respectant les troncs nerveux ou leurs rameaux. La durée de la répercussivité régionale est variable ; elle persiste des semaines, des mois et peut-être davantage.

C'est, d'ailleurs, un phénomène extrêmement rare, qui ne se rencontre que chez une minorité infime de blessés.

La douleur n'est pas une condition fondamentale de la répercussivité ; on trouve souvent, en effet, à l'origine de la surréactivité, des cicatrices ou des blessures indolores. L'excitation *loco dolenti* reste souvent inefficace ou provoque un réflexe beaucoup plus fort du côté malade que du côté sain.

La répercussivité s'observe souvent à une période où l'affection causale n'est plus douloureuse et c'est pourquoi la douleur ne semble pas jouer un rôle fondamental dans la pathologie de ces accidents.

Le mécanisme physiologique qui préside à cette surréactivité reste enveloppé d'une grande obscurité, d'autant plus que le réflexe pilomoteur lui-même est encore physiologiquement peu connu. Chez l'homme, aussi bien au point de vue de son intensité que de l'excitabilité, le réflexe moteur est individuel et occasionnel : telle excitation est réflexogène chez l'un, à peine réflexogène chez l'autre ; c'est en général moins l'intensité de l'excitation que sa qualité qui décide de la réaction. Quel que soit l'excitant, il ne déclanche la réaction qu'à l'instant où la sensation acquiert cette propriété si spéciale d'être horripilogène. La douleur peut devenir horripilogène, mais elle ne l'est pas toujours et une sensation horripilogène n'est pas obligatoirement désagréable. Telle excitation est horripilogène d'emblée chez un sujet ; elle doit être prolongée pour être efficace chez un autre.

Les phénomènes de répercussivité régionale ne sont pas occasionnés exclusivement par des blessures ou des traumatismes. Des troubles de même ordre ont été signalés au cours de diverses affections : amygdalite, aortite, angine de poitrine, abcès tubéreux, zona.

Répercussivité locale. Dans cette autre éventualité, la surréflectivité n'est plus distribuée sur toute une région telle qu'un membre, un segment plus ou moins considérable du tronc ; elle est extrêmement réduite, localisée aux confins d'une cicatrice : les pulpes pileux font saillie en permanence ou seulement sous l'influence des excitations habituellement réflexogènes, mais alors plus précocement, plus intensivement, plus durablement que partout ailleurs. La répercussivité locale est rarement observée ; elle ne se rencontre guère qu'au pourtour des cicatrices plus ou moins irrégulières qui recouvrent des tissus ayant subi une inflammation plus ou moins prolongée avant de se restaurer. Elle fait presque constamment défaut au voisinage des cicatrices chirurgicales aseptiques.

Au total, les réactions pilomotrices sont de deux ordres : les unes sont des réflexes et les autres sont indépendantes du système nerveux et consécutives à un état d'excitation locale des muscles.

Ces phénomènes, insignifiants en eux-mêmes, acquièrent une très grande portée si on les situe dans le cadre plus ample de la biologie générale ; car l'on se trouve en présence d'une réaction du tissu musculaire lisse, si largement distribué dans tout l'organisme.

Répercussivité sudorale.

Les glandes sudoripares, innervées par le système sympathique, acquièrent également à la suite de traumatismes, de blessures, de cicatrices, d'affections diverses, une surréactivité qui, à l'instar dela répercussivité pilomotrice, affecte deux types : la répercussivité régionale et la répercussivité locale ; la première distribuée sur le même côté que l'accident initial, et dans la région la plus proche, l'autre au voisinage immédiat de la lésion ou de la cicatrice.

Répercussivité vasomotrice

Les excitants les plus couramment utilisés en vue de provoquer un réflexe vaso-constricteur sont le froid, la douleur, les sensations désagréables.

Le *froid* est appliqué sous des formes différentes, linge humide, bloc de glace, pulvérisation d'éther. La réaction est généralement bilatérale ; mais, ordinairement, plus prononcée sur le même côté que l'excitation. L'immersion d'une main dans l'eau froide fait baisser la température de l'autre main et l'anémie (BROWN-SÉQUARD et THOLOZAN) ; le volume de la main gauche diminue pendant que l'on soumet la droite à l'influence du froid (Fr. FRANCK). Inversement, d'autres auteurs ont remarqué que si l'on plonge une main dans l'eau chaude, l'autre s'échauffe.

La *douleur* peut être provoquée de manières diverses, la pointe d'une aiguille appliquée plusieurs fois sur la paume de la main, région particulièrement sensible, fournit des résultats assez rapides.

Ces divers excitants déterminent des modifications portant sur la coloration de la peau, sur la température, sur la pression artérielle, sur l'amplitude des oscillations.

Répercussivité cérébrospinale.

La répercussivité des centres directement irrités par une lésion organique n'est pas réservée au système sympathique ; elle se montre très fréquemment au cours des affections des centres nerveux de la vie de relation ; soit qu'il y ait lésion de ces centres, soit qu'il y ait répercussivité d'origine périphérique.

Répercussivité sensitive. — La propriété de s'exalter sous des influences diverses, excitations périphériques ou excitations centrales telles que les émotions et les processus psychoaffectifs, appartient à toutes les douleurs, quelle qu'en soit l'origine. Elle se manifeste tout spécialement dans le syndrome causalgique décrit par WEIR MITCHELL après la guerre de Sécession et observé de nouveau pendant la grande guerre.

D'autre part, sous le nom de sensations réflexes, de synesthésies, on a décrit l'apparition de deux sensations à la suite d'une seule excitation localisée dans une région limitée (VULPIAN) : ce phénomène se rencontre dans certaines conditions à l'état physiologique. Si l'impression perçue est douloureuse, la synesthésie devient synalgie.

La répercussivité et les spasmes vasculaires.

Claudication intermittente. — Il est généralement admis que la claudication intermittente, syndrome fréquent des lésions artérielles, est due à un spasme surajouté. La pâleur des téguments, la diminution ou la disparition des pulsations, lorsqu'elles sont encore perceptibles avant la mise en marche, sont déjà des indices assez significatifs. La réduction de l'amplitude des oscillations ou, même, leur effacement total au moment où le malade ne peut plus avancer à cause de la douleur ou de l'impotence, achève la démonstration. L'existence du spasme des artères malades est encore démontrée par la radiographie : dans un cas d'artérite du membre inférieur, on pousse une injection de 2 centimètres cubes de lipiodol dans l'artère fémorale au pli de l'aine ; le liquide s'arrête à la partie inférieure de la poplitée ; or l'autopsie a montré que les oblitérations siégeaient plus bas, sur la tibiale antérieure et sur la tibiale postérieure.

Si le spasme ne fait aucun doute, on n'est bien moins renseigné sur sa physiologie pathologique. Pendant la crise, les vaisseaux malades deviennent plus douloureux ; la douleur à la pression irradie le long des vaisseaux, réalisant une véritable colique vasculaire. Le spasme est-il causé par la douleur ou n'est-ce pas lui plutôt qui la provoque ? Le spasme est douloureux et la douleur entretient le spasme.

Angine de poitrine. — La physiologie pathologique et la pathogénie de ce syndrome sont loin d'être élucidées, malgré le nombre considérables de travaux parus à ce sujet. Les auteurs ont successivement incriminé les lésions des coronaires, de l'aorte, du plexus cardiaque, du myocarde. Avec les travaux de HUCHARD, la théorie coronarienne était devenue très en faveur ; elle a perdu ensuite beaucoup de terrain, à tel point que quelques cliniciens et non des moindres ont mis son existence en doute. Un revirement semble se dessiner aujourd'hui et dans les travaux les plus récents le retour de la pathogénie coronarienne s'accentue. Les lésions des coronaires ne sont pas constantes, mais elles sont fréquentes : sur vingt autopsies d'angor authentique, GALLAVARDIN les a trouvées dix fois sous forme d'oblitération ou de rétrécissement.

Devant les résultats inconstants, des contradictions de l'anatomie pathologique, on a cru pouvoir rapporter l'angor à la distension et à l'insuffisance du myocarde ; cependant chez un très grand nombre de malades, même chez ceux qui sont pris de crises à l'occasion d'un effort, le myocarde ne fléchit pas.

Or, par ses caractères cliniques, l'angine d'effort est très comparable à la claudication intermittente des artérites périphériques. On peut admettre que le spasme soit à l'origine des crises angineuses ou d'un certain nombre de ces crises ; il est possible, d'ailleurs, qu'il s'installe sur une artère atteinte d'un processus sus-inflammatoire plus ou moins sténosant ; mais ce n'est pas un accident obligatoire de l'artérite coronarienne.

Maladie de Raynaud. — C'est dans la maladie de Raynaud qu'on observe des symptômes qui réveillent le plus d'idée de spasme : la syncope locale en est l'élément le plus typique, syncope variable par son intensité, son étendue, sa distribution, du moins au début. Chez le même malade, la syncope ne saisit pas symétriquement les doigts des deux mains, les doigts ne sont pas constamment pris sur toute leur longueur ; la syncope se limite encore assez souvent à une ou deux phalanges, quelquefois même elle n'occupe qu'une partie de la phalange ; elle ne l'envahit pas d'emblée en totalité et elle disparaît suivant le même mode. Toutes les zones du réseau vasculaires ne sont pas également vulnérables. Les doigts, le nez, les oreilles sont les régions les plus fréquemment atteintes, mais dans chacune de ces régions telle ou telle zone est plus fragile.

La syncope locale est un spasme des vaisseaux de la peau.

Que la syncope locale et la maladie de Raynaud soient liées à une réactivité excessive des artérioles ou des capillaires, soit du tissu musculaire lisse, soit du système organo-végétatif, suivant l'expression courante, cette réactivité est actionnée par divers facteurs dont quelques-uns sont connus. Une influence de premier ordre a été accordée au froid ; de fait, la syncope locale est plus fréquente et plus forte en hiver. Chez quelques malades, on réussit à la produire en plongeant les mains dans l'eau froide, mais l'épreuve n'est pas toujours couronnée de succès et d'autre part une très faible chute de température extérieure peut suffire pour déclencher la crise.

L'influence des conditions humorales des glandes vasculaires sanguines paraît également certaine à côté de l'élément spasmodique.

Spasme de l'artère centrale de la rétine. — L'amaurose transitoire a été signalée plusieurs fois chez des malades qui ont, par ailleurs, présenté des accidents dus à des spasmes vasculaires.

Le spasme rétinien se présente néanmoins chez d'autres malades comme un accident isolé et les récidives ne sont pas exceptionnelles.

Peut-être même une circonstance isolée serait-elle insuffisante et un conflit de circonstances est parfois nécessaire.

Les individus sujets à ce genre d'accidents s'y montrent plus exposés à certaines période de leur existence, l'influence des troubles endocriniens a retenu plusieurs fois l'attention des auteurs. Une malade observée par BAILLIART n'était indemne que pendant la grossesse, très comparable, à cet égard à la maladie de Raynaud, dont les crises d'asphyxie disparaissaient dans les mêmes conditions physiologiques.

Le spasme de l'artère centrale de la rétine a été vu plusieurs fois chez des hypertendus.

Le spasme de l'artère centrale de la rétine témoigne de la réactivité spéciale d'un vaisseau vis-à-vis de facteurs dont quelques-uns sont connus, l'hypertension, le froid, les toxiques.

Migraine. — Parmi les affections qui sont attribuées à un angiospasme, une mention spéciale doit être accordée à la migraine.

Les principaux arguments qu'il fait valoir à l'appui de cette opinion sont la pâleur de la face, la contracture et la dureté de l'artère temporale, les aphasies, les parésies, les troubles visuels transitoires, la coexistence de phénomènes vaso-constricteurs dans d'autres territoires, de phénomènes angineux, le spasme des vaisseaux rétiniens, l'arrêt de la crise par les inhalations de nitrite d'amyle, les améliorations obtenues après intervention sur le sympathique.

L'hémicranie serait l'expression du spasme du territoire vasculaire du trijumeau et de la dure-mère.

L'auteur continue en étudiant la répercussivité dans les épilepsies, dans les syncopes et dans l'asthme.

Parmi les phénomènes morbides qui ont été passés en revue par M. ANDRÉ THOMAS et qui ont été considérés comme susceptibles d'être attribués à la répercussivité, il convient, dit l'auteur, de distinguer deux groupes : un premier groupe pour lequel la preuve semble définitivement établie, ce sont les surréflectivités sympathiques du tégument (réflexe pilomoteur, réflexe sudoral, réflexe vaso-moteur), certains réflexes cérébro-spinaux, sinésies ou contraction des muscles striés ; un deuxième groupe d'accidents pathologiques, dont les conditions d'apparition rappellent parfois celles du premier groupe : (épilepsie, migraine, angine de poitrine, asthme etc.) ; mais dont les relations avec la répercussivité sont moins patentes, et plutôt déduites que réellement démontrées.

De l'ensemble des faits, se dégage cette notion que des processus morbides ou cicatriciels — ce ne sont pas toujours les plus graves et les plus destructeurs — confèrent aux organes qui sont atteints une susceptibilité spéciale qui peut être mise en éveil par des influences accidentelles de natures diverses. Cette susceptibilité se transforme en réaction dans quelques cas sous le coup de vibrations qui viennent des centres nerveux, soit à l'occasion d'excitations parties de la périphérie, soit des centres eux-mêmes. On peut s'attendre, dans ces conditions, à voir une cause apparemment insignifiante produire des effets sérieux.

Henri VIGNES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juin 1929

Grands abcès du poumon à pneumobacille de Friedlander. — *MM. A. Lemierre et Maurice Rudorf* rapportent l'histoire d'un grand abcès du poumon à pneumobacille de Friedlander qui, après une évolution insidieuse, se traduisit par des signes stéthoscopiques de pneumothorax. Le malade succomba dans l'adynamie. L'autopsie montra un énorme anévrysme de l'aorte demeuré silencieux. Le poumon gauche était réduit à l'état d'une coque de parenchyme entourant une vaste cavité remplie de pus. Mais l'examen histo-bactériologique de la caverne montra qu'elle était limitée par une paroi bien organisée, au delà de laquelle on ne trouvait plus de pneumobacille. Se fondant sur cette constatation anatomique et sur un cas antérieur analogue traité avec succès par la pneumotomie, les auteurs estiment que, quand l'état général du patient le permet, l'intervention chirurgicale doit être tentée. Le pneumobacille, malgré sa vitalité exubérante et son pouvoir nécrotique extrême, ayant terminé sa marche envahissante, l'incision et le drainage de la collection circonscrite produite peut conduire à la guérison malgré la gravité des lésions déjà constituées mais arrêtées dans leur progression excentrique.

Typhobacillose avec érythème polymorphe. Guérison absolue datant de 9 ans 1/2. — *M. G. Caussade.* — Il s'agit d'une femme de 30 ans, soignée il y a 9 ans 1/2 pour une typhobacillose avec érythème polymorphe (érythème noueux et placards érythémateux), hyperthermie (39-40), et suivi de troubles généraux, (délire d'action, confusion mentale) et de troubles locaux (cécité et surdité passagères sans aucune lésion des appareils de la vision et de l'audition, ni aucune modificatisn du liquide céphalo-rachidien). Durée : 3 mois, au cours desquels les deux bases pulmonaires se congestionnèrent à un certain moment, et dans une zone très restreinte. Bacilles de Koch dans les crachats qui étaient peu abondants et nullement purulents. Pendant la convalescence, une intradermoréaction reproduisit un érythème noueux typique ; et seul persistait alors un léger voile au sommet gauche du poumon. Un an et demi après, il était à peine visible. Aujourd'hui, après un accouchement et une délivrance naturels, datant de 4 ans 1/2, et une hystérectomie pour un fibrome, datant de 15 mois, la radioscopie permet de se rendre compte de l'intégrité absolue des poumons, des plèvres et du médiastin (hiles normaux).

La guérison absolue et même définitive de cette forme aiguë

de tuberculose est assez rare. D'autre part, le cas présent répond bien à la typhobacillose de Landouzy (aucun foyer tuberculeux constaté ni avant ni après). Quant à la congestion pulmonaire, fonction du bacille de Koch, elle a évolué comme si elle avait été déterminée par un bacille banal (tel le pneumocoque) ; d'où la restitution *ad integrum* complète.

Présentation d'un enfant de 20 mois atteint d'aphasie complète. — ***M. Variot*** présente une enfant de 20 mois, de croissance normale et intelligente atteinte d'une anomalie consistant en discordance entre le centre de perception des sons et le centre conducteur des mouvements de l'articulation des sons. Cette discordance est en rapport avec des troubles de dentition : retard de la dentition, anomalie d'apparition des dents. L'auteur explique ces anomalies par une origine commune : le système dentaire est de même origine ectodermique que les centres nerveux.

Hydarthrose périodique. Guerison par le tartrate d'ergotamine. — ***Mme. Weismann-Netter***. — Femme atteinte d'hydarthrose périodique à cycle de 10 jours ayant évolué sans interruption depuis 1926. Tous les traitements essayés antérieurement ont été inefficaces. Quelques injections sous-cutanées de tartrate d'ergotamine ont amené en janvier 1926 une guérison complète qui s'est maintenue depuis. L'auteur insiste sur plusieurs points particuliers : le caractère inflammatoire des poussées d'hydarthrose bien qu'aucune infection puisse être mise en évidence ; l'action héroïque du tartrate d'ergotamine, inhibiteur sympathique, bien que cette malade ne puisse être considérée comme une sympathicotonique ; les modifications des règles consécutives au traitement ; la grossesse survenant quelques mois après la guérison alors que la malade mariée depuis 6 ans n'avait jamais été enceinte.

M. May insiste sur la grande augmentation de l'albumine dans le liquide articulaire.

M. Tzanck a observé chez deux femmes traitées par le tartrate d'ergotamine, une grossesse, alors qu'elles étaient stériles avant le traitement.

Rhumatisme chronique déformant atypique. Impotence fonctionnelle presque complète depuis un an. Amélioration remarquable après avulsions dentaires multiples. — ***MM. P. Weil, Weisman-Netter et Oumansky*** présentent une femme de 48 ans chez qui le rhumatisme a débuté il y a deux ans par une hydarthrose brusque et persistante du genou gauche. Puis apparaissent des déformations du genou droit, des tibio-tarsiennes, enfin des doigts, des poignets, des coudes. L'impotence fonctionnelle est à peu près complète depuis un an. Les douleurs sont d'une intensité et d'une continuité inhabituelles. Il n'existe pas de fièvre. L'attention ayant été attirée sur l'état déplorable de la dentition, et aucune autre cause de rhumatisme chronique ne pouvant être invoquée avec certitude, on procède à l'ablation des dents. Celle-ci amène en quelques jours une amélioration considérable, la marche et les mouvements des membres supérieurs devenant possibles et même aisés.

Infantilisme hypophysaire avec syndrome adiposo-génital par tumeur de la poche de Rathke. — ***MM. Georges Guillain et J. Decourt*** présentent un malade de 17 ans chez lequel s'est développé à l'âge de 12 ans un syndrome d'hypertension intra-cranienne avec baisse progressive de la vision ayant abouti à une cécité complète. Lorsque ce malade a été amené à la Salpêtrière, on constatait une atrophie optique complète, une mydriase avec inertie pupillaire, un nystagmus amaurotique. Ce jeune homme présente un syndrome adiposo-génital typique avec infantilisme et féminisme, sa taille est de 1 m. 37. L'adipose est diffuse mais particulièrement accentuée à la racine des membres, dans les régions mammaires, à l'abdomen, au pubis ; les caractères sexuels secondaires sont absents, les organes génitaux ne sont pas développés.

L'état psychique est celui d'un enfant de 12 ans. Le métabolisme basal est diminué de 0.49 % Il n'existe pas de polyurie. Le liquide céphalo-rachidien est très fortement hypertendu. La radiographie montre une augmentation notable de la largeur et de la profondeur de la selle turcique avec résorption des apophyses clinoïdes postérieures ; on constate en outre de petites taches intra et sus-sellaires caractéristiques des tumeurs de la poche de Rathke. Les tumeurs de la poche craniopharyngée sont justiciables, dans nombre de cas, d'une intervention chirurgicale par voie transfrontale, car la radiothérapie, qui est utile dans les adénomes hypophysaires, se montre sans action sur ces tumeurs. Une intervention aurait été conseillée à ce malade s'il n'était venu à la Salpêtrière complètement aveugle ; cette perte définitive de la vision a paru une raison suffisante pour ne pas envisager une intervention éventuellement grave dont les résultats ne pouvaient être utiles.

Abcès du cerveau ayant simulé une encéphalite léthargique. — ***MM. Georges Guillain, J. Périsson et Ivan Bertrand*** rapportent l'observation d'un malade de 22 ans qui, ayant présenté un état fébrile, des algies, du ptosis, de la diplopie, de la léthargie et de la somnolence, fut envoyé à la Salpêtrière avec le diagnostic d'encéphalite léthargique. La somnolence avait attiré tout spécialement l'attention, le malade s'endormait partout, chez lui, dans les tramways, dans le métro, il avait d'ailleurs été pendant cinq jours léthargique. Le diagnostic fut rectifié à la Salpêtrière ; on constatait une double stase papillaire, un liquide céphalo-rachidien très hypertendu avec hypercytose et la perturbation de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal. Le diagnostic d'abcès cérébral fut porté malgré une température normale, mais sans qu'il fût possible de préciser sa localisation, car il n'existait aucun trouble moteur, sensitif cérébelleux, aucune modification des réflexes tendineux et cutanés. Une intervention chirurgicale fut décidée mais le malade mourut subitement la veille de cette intervention. L'autopsie montra un abcès de la pointe du lobe temporal droit. Les auteurs insistent sur ce fait que la température est souvent normale dans les abcès du cerveau, que la leucocytose sanguine manque souvent. La bradycardie, l'amaigrissement rapide, la stase papillaire, les modifications du liquide céphalo-rachidien caractérisées par l'hypertension, l'hypercytose, les perturbations de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal, leur paraissent des signes particulièrement importants.

La mort subite est une complication bien connue des abcès cérébraux, aussi lorsque le diagnostic est posé, il paraît indispensable d'opérer le malade sans aucun délai, car tout retard de 12 à 24 heures peut avoir les plus déplorables conséquences.

Etude des sutures dans l'acrocéphalie. — ***MM. Apert et Félix Regnault.***

Sur la bradycardie ictérique. Etude expérimentale. — ***MM. Léon Binet et L. Perlès*** rapportent le résultat de leurs expériences poursuivies sur le cœur du chien, laissé en place et exploré par la méthode dite de suspension et sur le cœur d'escargot isolé du corps et placé dans une solution appropriée. Le cœur de chien n'est pas insensible aux sels biliaires qui peuvent déterminer, ou de la bradycardie simple, ou de la bradycardie avec extrasystoles, ou la mort du cœur avec fibrillation ventriculaire, mais ces réactions ne s'observent qu'avec des doses élevées de sels biliaires. L'exploration graphique du cœur de l'escargot montre l'existence, quelquefois d'un arrêt passager, le plus souvent d'une bradycardie passagère, lorsqu'on le soumet à l'action des sels biliaires dans la proportion de 1/10.000. Les auteurs soulignent la simplicité de la technique et la sensibilité du réactif qu'est le cœur d'escargot à certains poisons.

Les facteurs extra-rénaux de la diurèse par les composés mercuriels. — ***MM. Loeper et Duron*** insistent sur le fait que les composés mercuriels agissent sur le foie : on note une augmentation du coefficient azoturique et une diminution du coefficient de Maillard. Il existe en outre des variations du soufre. Le soufre oxydé augmente de 65 à 90 %. Il y a lieu de signaler également une diminution du temps de résorption de la boule d'œdème. Enfin le calcium diminue dans les tissus pour passer dans le sang.

Les variations de l'équilibre protéique du sang dans l'hyperthyroïdisme. — ***MM. Loeper, de Sèze et Mlle Lebert*** ont constaté une augmentation de l'albumine du sang de 20 à 30 % dans l'hyperthyroïdie et le Basedow. L'injection de thyroxine augmente

la sérine aux dépens de la globuline et quand on enlève le corps thyroïde on constate dans le sang une augmentation de la globuline. D'après M. Loeper, le corps thyroïde joue un rôle dans la protéinocrasie.

Maladie de Hodgkin et tuberculose. Tuberculisation du cobaye par inoculation d'un ganglion lympho-granulomateux. — *M. Pierre Merle* (d'Amiens). — Les observations d'inoculation positive de ganglions lympho-granulomateux, plus nombreux à l'étranger, sont encore rares en France. Il s'agissait d'une malade de 45 ans, qui présenta au début, une longue maladie avec fièvre, épanchements pleurétiques à droite et à gauche, réaction péritonéale qui paraît avoir tous les caractères d'une poussée évolutive tuberculeuse. Le syndrome de Hodgkin se constitue ensuite, avec, en particulier, un prurit extrêmement intense. Un ganglion d'apparition récente examiné par M. Aubertin fut reconnu de structure typique avec nombreuses cellules de Sternberg, indemne de tout follicule tuberculeux. C'est ce même ganglion dont l'inoculation tuberculisa le cobaye. La pathogénie de la maladie de Hodgkin est actuellement très discutée. Le microbisme ganglionnaire latent tuberculeux reconnu comme fréquent, la possibilité d'une contamination secondaire, la maladie de Hodgkin créant peut-être un terrain favorable, obligent de grandes réserves. Cependant la plupart des auteurs considèrent la maladie de Hodgkin plutôt comme inflammatoire que néoplasique et beaucoup d'observations sont comme la nôtre en faveur de l'infection tuberculeuse. C'est l'accumulation des faits qui permettra de faire la lumière sur cette difficile question.

Détermination du rôle de l'ion chlore dans l'hypertension et l'azotémie à l'aide de mesures physico-chimiques. — *MM. Pr. Merklen et J. Chaumerliac* ont étudié un cas d'hypertension, un cas d'azotémie aiguë, un cas d'azotémie chronique, en y dosant en particulier le chlore plasmatique et la réserve alcaline et en y mesurant la conductivité et le degré de dissociation. Dans l'hypertension ils ont noté une forte élévation du degré de dissociation avec chlorémie un peu au-dessus de la normale ; conductivité assez faible. La quantité d'ions relativement basse dans ces conditions montre que l'ion chlore ne joue en l'espèce qu'un rôle de second plan. Dans les deux cas d'azotémie, il y avait concordance entre les valeurs du chlore plasmatique et de la conductivité, d'où se déduit l'importance dévolue à l'ion chlore dans la pathogénie des accidents, par opposition à ce qui se passait plus haut. Par ailleurs, le degré de dissociation était très élevé dans l'hypertension, élevé dans l'azotémie aiguë. Mais le premier cas comportait une réserve alcaline normale, le second une réserve alcaline abaissée. Cette donnée mérite d'être soulignée et montre qu'il ne faut pas mesurer le degré de dissociation isolément. Dans l'azotémie aiguë, l'élévation du degré de dissociation est en rapport avec la chute de la réserve, car la diminution des bicarbonates, électrolytes très dissociables, permet l'augmentation de la dissociation des molécules de NaCl.

Considérations sur un cas de sténose pylorique syphilitique. — *MM. Dimitresco et Stéfanion.* — Chez un homme de 37 ans présentant des signes de sténose pylorique, avec anachlorhydrie et l'existence d'une aortite, une réaction de Bordet-Wassermann positive font instituer un traitement spécifique. Disparition totale des signes subjectifs, de la stase, de l'anachlorhydrie. Mais l'image radiologique n'est pas modifiée.

Hypochlorémie au cours d'une néphrite chronique avec azotémie. Accentuation de l'azotémie après rechloruration. — *MM. A. Lemierre, R. Thurel et Maurice Rudolf* rapportent l'observation d'un homme atteint de néphrite chronique qui présente, en même temps qu'un taux d'urée sanguine à 1 gr. 11, un taux de chlore plasmatique à 2 gr. 48. Cette hypochlorémie semblait avoir pour origine une diarrhée profuse provoquée par un purgatif. Des injections intra-veineuses de ? solution chlorurée sodique hypertonique ramenèrent le chiffre du chlore sanguin à la normale et furent suivies d'une amélioration de l'état général. Mais en même temps le taux de l'urée sanguine s'éleva à 2 gr. 06. La mort survint un mois plus tard par azotémie progressive et broncho-pneumonie terminale. L'examen anatomo-pathologique montra une sclérose rénale très avancée, probablement de nature syphilitique. L'hypochlorémie semble ne pas être exceptionnelle à la phase terminale des néphrites chroniques avec azotémie. Mais même lorsque le chlore plasmatique tombe au-dessous de 2 gr. 80 pour 1000, ce qui pour M. L. Blum, serait l'indice certain d'une azotémie par manque de sel, on ne peut guère compter, en pareille circonstance, faire tomber le chiffre de l'urée sanguine en administrant au malade du chlorure de sodium soit par voie digestive, soit au moyen d'injections sous-cutanées ou intra-veineuses. Cette administration de sel peut améliorer temporairement l'état général, mais elle n'exerce pas sur la rétention azotée l'action favorable qu'on a notée dans certaines azotémies aiguës, ou même dans certaines néphrites à un stade peu avancé de leur évolution.

Sécrétion gastrique provoquée par simple présence d'une sonde d'Einhorn dans les voies digestives. *L'excitation qui déclanche le réflexe sécrétoire paraît se produire au niveau du pharynx.* — *MM. Ch. Garin, Roger Froment, Amic et Delorme* (de Lyon) insistent sur le fait que la simple présence d'une sonde dans les voies digestives, provoque presque constamment (15 fois sur 18 cas examinés) une sécrétion gastrique caractérisée par une augmentation parfois considérable de l'acidité gastrique (jusqu'à 3 gr. 50 et 4 gr. d'acidité totale). Le point de départ de ce réflexe sécrétoire paraît se faire au niveau du pharynx. En effet, les deux sujets qu'ils ont examinés et chez qui la sonde n'a pas provoqué de sécrétion, présentaient une *anesthésie manifeste du voile du palais*, et dans un cas, du pharynx. En outre, *la cocaïnisation* prolongée de ces régions retarde et parfois même semble empêcher la sécrétion.

Les A. signalent *l'importance pratique* de cette sécrétion provoquée, qui peut par son intensité constituer une cause d'erreur importante.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1929.

Compression de la queue du cheval par une tumeur d'un disque intervertébral. — *M. Robineau* rapporte une observation de MM. *Petit Dutaillis* et *Alajouanine.* — A la radiographie, il y avait une lombalisation de la première sacrée ; à la ponction lombaire, dissociation albumino-cytolique. L'exploration lipiodolée montre un certain égrènement du lipiodol répondant au disque entre la 5e lombaire et la 1re sacrée. A ce propos, M. Robineau rappelle qu'il est nécessaire de mettre le sujet en position assise et suivre la chute du lipiodol à la radioscopie. L'abord de la tumeur fut difficile ; à l'ouverture du fourreau dure-mérien, on voit les racines fortement herniées, et la tumeur n'est récidivisible qu'après la section transversale de la dure-mère. Enucléation difficile. Suture durale impossible ; greffe aponévrotique. Guérison.

M. Robineau rappelle que la suture de la dure-mère n'est pas nécessaire, car il n'a jamais vu d'épanchement de liquide céphalo-rachidien se produire si la dure-mère est laissé ouverte.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait simplement d'une hyperplasie de tissu fibreux.

M. *Cunéo* demande s'il est possible de déterminer si la tumeur est extra ou intra-durale.

M. *Robineau* dit que non ; il faut donc ouvrir le fourreau d'abord pour diagnostiquer le siège de la tumeur.

M. *Bréchot* a remarqué aussi que l'excision d'un morceau de dure-mère n'entraîne aucune complication post-opératoire.

Abcès cérébral traumatique très tardif. — M. *Lenormand* rapporte une observation de *M. Guillemin* (de Nancy). Homme blessé en 1914 par une balle ayant fait un séton dans le cuir chevelu. Il a présenté des troubles parétiques légers et de l'aphasie. Treize jours après, il retombe malade avec de l'aphasie et des nouveaux phénomènes nerveux. La radiographie montre l'existence de nombreuses séquelles libres. Hémianopsie droite. Opération. Abcès superficiel communiquant avec un abcès profond. Ouverture large ; on extrait sept séquelles. Résultat très bon. Amélioration manifeste.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Grippe à forme cardio-pulmonaire.

Par M. Georges MARCHAL, Médecin des hôpitaux.

Madame Os.., âgée de 55 ans. Vers la fin de la récente épidémie grippale, *le 24 mars*, cette dame se réveille courbaturée, se plaignant de céphalée, avec léger mal de gorge et coryza.

A 11 heures du matin, dans la rue, elle éprouve un étourdissement subit, perd connaissance et se décolore durant quelques secondes ; elle n'évite la chute que soutenue tant bien qu e mal par deux amies, qui la reconduisent chez elle en taxi. La malade s'alite, et doit rester à peu près immobile, sous peine de ressentir d'autres étourdissements.

Jusqu'au 25 mars, les bruits du cœur sont assourdis, le pouls bat à 100 par minute, avec des extrasystoles, la tension artérielle (appareil de Vaquez-Laubry) est de 10 /6.

De petites doses de digitaline et d'adrénaline améliorent un peu ces troubles circulatoires.

Du 26 au 28 mars, un foyer de râles sous-crépitants, très limité, apparaît à la base droite, et nécessite une application de ventouses. Le coryza et l'angine augmentent d'intensité.

Dans la nuit du 27 au 28, éclate une *bronchopneumonie* ; durant deux semaines la grippe va évoluer avec des troubles cardiaques et pulmonaires intriqués, mettant sans cesse en danger la vie de la malade.

Le 25 *mars*, je trouve la malade anhélante (50 respirations à la minute), couverte de placards cyanotiques au niveau des pommettes, plongée dans une prostration impressionnante et secouée d'une petite toux fréquente, sèche, pénible. La température est à 40°, avec un pouls redevenu régulier à 105 ; les bruits du cœur sont assourdis ; et la tension artérielle est de 12 /7.5.

Le *poumon droit* est le plus atteint. En arrière, la matité occupe la moitié inférieure du poumon, et au niveau de cette large zone existe un souffle tubaire, avec bronchophonie et vibrations vocales exagérées. Dans le creux axillaire éclatent de fines bouffées de râles crépitants. En avant, j'entends de menus frottements rythmés par la respiration.

A gauche, il reste davantage de parenchyme sain, puisque les lésions se traduisent seulement à la base, par une bande de submatité avec souffle tubaire.

La langue est sèche et très saburrale. La constipation s'accompagne de météorisme assez douloureux de l'abdomen.

Je prescris : 2 injections de 5 cmc. d'*huile camphrée* au 1/10e ; 2 injections de un milligr. de *sulfate de strychnine* ; 3 fois par jour, XV gouttes de la solution au 1 /1000 de *chlorhydrate d'adrénaline* sur un morceau de sucre ; une injection sous-cutanée de 1 /4 de cmc. de *vaclydun* (lysat-vaccin de Duchon, polyvalent, avec lyse et neutralisation des toxines obtenues par le bacille pyocyanique) ; et cachet d'*aspirine caféinée* (0 gr. 50 d'aspirine et 0 gr. 05 de caféine) ; la classique *potion de Todd-acétate d'ammoniaque*, avec XXX gouttes de *teinture de digitale* ; des *ventouses scarifiées* ; et un *lavement évacuateur*. Comme boissons : infusions abondantes, thé, *grogs*, café au lait et un peu de *champagne*.

Le 29 mars, je ne constate aucune amélioration. Au contraire, les bruits du cœur s'assourdissent davantage, les extrasystoles reparaissent, la tension artérielle s'abaisse, à 11 /6 et je note une dissociation du pouls et de la température : 70 pulsations pour 40°.

L'état pulmonaire ne s'est pas modifié.

Je continue le même traitement, en portant à 1 /2 cmc., la dose de vaclydun ; et je prescris des enveloppements tièdes, à renouveler toutes les trois heures dans la journée.

Le 30 *mars*, la température s'abaisse à 39°, le pouls se régularise et remonte à 90 ; la tension revient à 12 /7,5. Mais l'examen pulmonaire ne dénote aucune rétrocession, et la dyspnée devient plus intense.

Les mictions s'arrêtent ; il s'agit d'une *anurie* qui va durer vingt heures.

J'ordonne un *goutte-à-goutte rectal* (1 gr. 50 d'urotropine et 30 gr. de glucose pour 150 gr. d'eau), à répéter deux fois dans la journée . Et la malade boit un litre d'*eau lactosée* à 50 /1000. Dans la soirée, elle a une miction assez abondante et inconsciente. L'incontinence d'urine persistera toute une semaine ; et pendant quatre jours, il faut associer l'ingestion de un gramme de *théobromine* à l'eau lactosée et à un goutte-à-goutte, pour empêcher le retour de l'anurie.

Le 31 *mars* , la température tombe à 38, mais l'adynamie s'accentue. Le pouls est à 75. La malade se plaint d'un point de côté droit (en bas et en avant) qui lui coupe la respiration. L'examen du poumon droit montre une extension massive de la zone bloquée : 3 /4 inférieurs en arrière, toute la face latérale, et 1 /4 inférieur en avant.

Je continue le traitement, en atteignan t à partir de cette date 1 cmc. de vaclydun par jour, et en supprimant l'aspirine.

Le 1er *avril*, la température demeure à 38°, avec un pouls à 80 et avec quelques extrasystoles. La matité de la base gauche gagne en hauteur ; la tachypnée s'accompagne de battements des ailes du nez, et de cyanose du visage ; la parole est entrecoupée ; enfin la toux quinteuse ramène deux ou trois crachats sanguinolents, noirâtres.

J'injecte un cmc. d'*essence de térébenthine*, mais l'abcès de fixation ne prendra pas. Et je prescris une injection intramusculaire de 10 cmc. de *calcium Sandoz* (gluconate de chaux), qui sera continuée quotidiennement pendant une semaine.

Le 2 *avril*, rien n'arrête les progrès de la bronchopneumonie. La malade asphyxie, avec cyanose complète du visage et des extrémités. Les zones pulmonaires bloquées n'ont pas changé ; de chaque côté, l'on entend un gros souffle tubaire, sans râles sous-crépitants.

D'urgence dans la matinée, je pratique à l'aiguille une *saignée* de 180 grammes ; j'injecte par la même aiguille, 3 /4 de centimètre cube de *cardibaïne* (ouabaïne chimiquement pure), et je fais une injection sous-cutanée de 1 /2 cmc. de *spasmalgine*.

Après une détente momentanée, l'asphyxie redevient menaçante dans la soirée, et je recommence le traitement du matin, dans les mêmes conditions.

Le 3 *avril*, l'état est un peu moins alarmant.

Je remplace une injection de sulfate de strychnine par cinq centigrammes de*sulfate de spartéine*. Plusieurs lipothymies m'obligent à répéter, dans la matinée et dans la soirée, une injection intraveineuse de 3 /4 de centimètre cube de cardibaïne. L'asphyxie reprend dans la nuit et nécessite une injection de spasmalgine (1 cmc.).

Le 4 *avril*, un nouveau point de côté se déclare à droite ; l'asphyxie reprend les mêmes caractères préagoniques ; les extrasystoles reviennent ; la tension est à 10 /5,5 et la malade présente encore une lipothymie.

A 2 heures de l'après-midi et à 9 heures du soir, je pratique une *saignée* de 150 cmc., avec injection intraveineuse de 3 /4 de cmc. de cardibaïne, et injection sous-cutanée de 1 /2 cmc. de spasmalgine. Je remplace complètement la strychnine par la spartéine. D'autres lipothymies nécessitent l'injection sous-cutanée profonde de 1 cmc. d'*éther*.

Enfin, je commence l'injection sous-cutanée de 2 cmc. de *pyoformine* (pus aseptique + urotropine), en raison de l'échec de l'abcès de fixation.

Le 5 *avril*, l'état général est toujours très grave. Il faut continuer l'injection intraveineuse de cardibaïne, matin et soir, ainsi que l'injection de spasmalgine dans la soirée.

Dans la nuit, l'on fait respirer de l'oxygène à la malade pendant une vingtaine de minutes, sans résultat appréciable.

Le 6 *avril*, la cyanose redevient intense, et l'asphyxie fait de rapides progrès. Dans la matinée et dans la soirée, je fais une *saignée* de 120 cmc., suivie de l'injection intra-veineuse de 3 /4 de cmc. de cardibaïne, et de l'injection sous-cutanée de 1 /2 cmc. de spasmalgine.

Je continue l'ensemble du traitement avec l'huile camphrée, l'éther en injection, la spartéine, le gluconate de chaux, et la pyoformine. Je renouvelle des enveloppements thoraciques légèrement sinapisés.

Le 7 *avril*, la cyanose diminue, et la dyspnée devient moins violente (35 respirations par minute) ; mais les foyers broncho-pneumoniques n'ont pas régressé. La température est à 38°, avec un pouls régulier à 78. La tension artérielle = 10 /5,5.

Je continue le traitement précédent, avec la cardibaïne et la spasmalgine ; mais les petites saignées sont désormais devenues inutiles. J'augmente les doses d'adrénaline. Et je commence une série de 8 injections intramusculaires d'*or colloïdal* (Dausse) ; cette première injection est de un cmc. et les suivantes seront de 2 cmc.

Le 8 *avril*, le bloquage pulmonaire diminue à droite, mais augmente à gauche. Une nouvelle lipothymie survient, combattue par une injection d'huile éthéro-camphrée.

L'injection de spasmalgine ne peut être supprimée, et maîtrise un début d'asphyxie nocturne.

Le 9 *avril*, la submatité et le souffle tubaire dépassent l'épine de l'omoplate, au niveau du poumon gauche.

Mais le cœur est un peu mieux frappé, la tension est à 11,5 /6,5. J'essaye de supprimer l'injection intraveineuse de cardibaïne, mais un retour brusque de l'asphyxie m'oblige à y recourir d'urgence.

La température s'est abaissée à 37°8.

Le 10 *avril*, l'examen objectif montre un abaissement de la limite supérieure des foyers broncho-pneumoniques ; le souffle tubaire s'efface de chaque côté. A partir de cette date, la dyspnée se calme ; et les poumons, envahis en masse pendant les deux semaines précédentes, vont se dégager très vite, en moins de cinq jours. La spasmalgine peut être supprimée sans transition.

Le 11 *avril*, la température descend à 37°5. Le pouls est régulier à 75 ; mais la tension reste basse, à 10.5 /6.

Je fais, matin et soir, les deux dernières injections intraveineuses de cardibaïne (0 cmc. 5), et je reprends les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine.

La malade, à peine sortie de sa longue prostration, durant laquelle elle n'a d'ailleurs jamais perdu complètement connaissance, réagit sous forme de légère excitation cérébrale, avec une loquacité intarissable.

Dès le 12 *avril*, j'institue une réalimentation très progressive, et je diminue les boissons alcoolisées.

La *convalescence* n'a été coupée d'aucun incident sérieux.

Les battements du cœur ne sont plus assourdis, et le pouls reste régulier. L'*hypotension artérielle* va de pair avec l'asthénie, comme il est de règle dans toutes les convalescences de grippe : d'abord à 10 /6, elle s'est un peu atténuée, le 6 mai : 11,5 /7.

Une fièvre très légère (de 37,2 à 37,5) s'est maintenue jusqu'à la fin d'avril. Des frottements pleuraux ont disparu rapidement.

Le lever, extrêmement prudent et progressif, s'est effectué à partir du 28 avril, sans dyspnée, sans palpitations ; et le 7 mai, Madame Os..., est partie sur la Côte-d'Azur parfaire sa convalescence.

Au cours de ces deux semaines, j'ai dû mettre en œuvre de nombreuses médications, au jour le jour, adaptées aux menaces successives d'une grippe cardio-pulmonaire qui frappait une personne de 55 ans. Celle-ci n'avait jamais présenté de troubles cardiaques auparavant ; mais le terrain pulmonaire était préparé dès 1927 par une rougeole compliquée de bronchite sévère.

L'évolution particulièrement redoutable des accidents cardiaques et pulmonaires se résume ainsi :

La grippe débute par des troubles cardiaques (syncope, extrasystoles, assourdissement du cœur, brusque hypotension artérielle). Quelques jours plus tard, une broncho-pneumonie se déclare, et s'accompagne de défaillance cardiaque. Mais celle-ci n'est pas secondaire au bloquage pulmonaire, suivant l'hypothèse classique : la grippe a frappé tour à tour le cœur puis les poumons.

En outre, une certaine opposition doit être établie entre les troubles du cœur, d'ordre fonctionnel, et l'atteinte organique, lésionnelle, des poumons.

Tous ces troubles, qui pendant deux semaines, ont été extrêmement menaçants, ne paraissent avoir laissé aucune séquelle importante. Il est évident que la valeur fonctionnelle du cœur chez cette dame devra être explorée à diverses reprises pendant plusieurs mois, et même un ou deux ans. Mais, jusqu'à présent, l'on peut considérer comme effacées les multiples atteintes de cette grippe maligne sur le cœur et les poumons : liées au syndrome toxi-infectieux de la grippe, les manifestations cardiaques et broncho-pulmonaires ne lui ont pas survécu.

Cet exemple nous démontre une fois de plus que chez l'adulte la *défaillance cardiaque donne sa note dans les phénomènes asphyxiques des bronchopneumonies*, et joue un rôle de premier plan dans le pronostic.

Nous allons schématiser, à présent les indications des moyens thérapeutiques employés.

Certes, plusieurs médicaments ont contribué à la guérison qui s'est déclanchée au bout d'une quinzaine de jours ; mais, dans les périodes périlleuses où il fallait gagner du temps à tout prix, j'attribue le succès, avant tout, à la cardibaïne, à la saignée et à l'opium.

Médication toni-cardiaque. — D'abord, l'usage de la digitale par la bouche s'est montré insuffisant. Dix jours de suite, je n'ai pas pu cesser une seule injection intraveineuse de cardibaïne, matin et soir (de 1 /8 à 1 /5 de milligramme par injcetion). L'élimination rapide de l'ouabaïne permet de répéter sans crainte ces injections biquotidiennes, à faibles doses, autant de jours que le fléchissement cardiaque les rendent nécessaires.

Médication anti-asphyxique. — Trois fois, à deux jours d'intervalle, j'ai obtenu des améliorations passagères grâce à de *petites saignées*, matin et soir.

Quant à l'*opium*, il a contribué puissamment à enrayer la dyspnée pendant 8 jours. Je l'ai administré sous forme de *spalmalgine* (Roche), une ampoule contient un centigr. de pantopon, 2 centigr. de papavérine et 1 milligr. d'éther sulf. atropine.

En conjuguant l'emploi de la saignée, de l'ouabaïne et de l'opium, j'agissais comme en cas d'œdème pulmonaire aigu, malgré l'absence des manifestations objectives correspondantes ; mais l'incertitude pathogénique n'offre qu'une im-

portance secondaire, lorsque les résultats pratiques sont nettement et rapidement favorables.

Médicaments vaso-constricteurs. — Devant la menace constante de collapsus, j'ai utilisé l'*adrénaline* par la bouche et des injections de *sulfate de spartéine* (cinq centigr. une ou deux fois par jour). L'amélioration périphérique contribue à régulariser tout le jeu de la circulation et facilite le travail du cœur.

Stimulants du système nerveux. — Avant et après l'emploi de l'opium, j'ai prescrit des injections sous-cutanées de *sulfate de strychnine* (de 1 à 4 milligr. par jour). Ce médicament donne toujours d'excellents résultats dans la grippe, où la plupart des auteurs accordent une importance primordiale à l'atteinte du système nerveux. L'alcool, sous forme de grogs et de champagne, se montre également favorable.

Toniques généraux. — Les injections d'*éther* et d'*huile camphrée* au 1/10 ont très utilement rempli leur rôle, en soutenant autant que possible l'état général.

Médications anti-infectieuses. — Je n'ai employé que de faibles doses d'*aspirine caféinée*, d'une manière discontinue, et à la faveur des injections de strychnine, puis de cardibaïne, pour éviter l'action déprimante de la drogue.

Le lysat-vaccin de Duchon, répété huit jours de suite en injections sous-cutanées, parait avoir exercé rapidement une heureuse action sur le syndrome toxi-infectieux, puisqu'à partir de la troisième injection, la température est demeurée entre 38 et 38,5, en dépit des nouveaux foyers de bronchopneumonie.

L'*abcès de fixation* « n'a pas pris », et peut-être les injections consécutives de *pyoformine* ont-elles rempli le même office.

Enfin, quatre jours après le début des injections intramusculaires d'*or colloïdal*, la maladie tournait court.

L'évolution, déjà avancée, de cette grippe cardio-pulmonaire rend difficiles à apprécier les effets de ce médicament, qui venait à son heure, et peut-être comme « l'ouvrier de la onzième heure ».

Toutefois, avant la première injection (1 cmc.), la température restait « accrochée » un peu au-dessus de 38 ; la deuxième injection détermina un petit crochet à 38,7, et, durant les quatre jours suivants, la température descendit régulièrement en échelons jusqu'à 37-37.4.

Révulsion. — Tour à tour, j'ai utilisé : des ventouses scarifiées, des enveloppements et des cataplasmes sinapisés.

En somme, *pour donner* aux *poumons le temps de se dégager, il a fallu associer au traitement classique des bronchopneumonies grippales une médication tonicardiaque prolongée, à base de petites doses d'ouabaïne intraveineuse.*

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le gui dans le traitement de l'hypertension.

L'importante étude de clinique thérapeutique des Drs James P. O'Hart et Lyman H. Hoyt sur l'emploi du gui dans le traitement de l'hypertension parue dans ce journal (13 décembre 1928) confirme entièrement les nombreuses observations françaises et étrangères qui ont été publiées depuis vingt ans, mais elle montre que le gui est presque ignoré en Angleterre comme médicament hypotenseur.

Ce médicament est cependant d'usage courant en France et, dès les premières années qui suivirent son étude pharmacodynamique, il avait fait l'objet d'un travail très documenté de O. K. Williamson, médecin de l'hôpital de Victoria Park dans le journal *The Practitioner* n° 515, vol. LXXXVI, may 1911, p. 690, 10 fig.) ; il passa probablement inaperçu et relatait pourtant 9 observations très significatives d'artério-sclérose et d'hypertension très améliorée par l'emploi de la Guipsine. Leprince avait, au point de vue chimique et pharmaceutique, étudié le gui (Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences 25 novembre 1907) à l'époque où Chevalier présentait ses premiers résultats physiologiques. Il est à signaler que le travail de Leprince a été entièrement confirmé récemment par P. M. Nicolini dans le laboratoire du Pr. Coronedi (*Archivio di Farmacologia e Science affini*, vol. XLIII, janvier 1927 p. 1-28) et la Guipsine est la plus ancienne et la meilleure préparation, la plus employée de cette drogue.

Les principes actifs sont constitués par un alcaloïde et deux glucosides se rapprochant par leurs propriétés des saponines et qui doivent être isolés de résines douées de propriétés irritantes, pour pouvoir être administrés utilement sans actions secondaires.

L'étude pharmacodynamique de la drogue fut faite par J. Chevalier (Comptes rendus Académie des Sciences 15 nov. 1907. C. R. Soc. de Biologie, LXIV, 2, 1908. C. R. ; Soc. Thérap. 11 mars 1908), puis par Fubini et Antonini (C. R. Acad. Med. Torino 12 mai 1911, *Archivio di Farmacologia sperimentale e science affini* 11 nov. 1912) et enfin par le Pr. Busquet qui confirma et précisa les résultats de Chevalier (C. R. Soc. Thérap.. 1927, p. 208).

Le gui détermine, à la suite de son introduction dans l'organisme, soit par voie gastrique, soit par injection, une chute de la pression sanguine, un ralentissement et un léger renforcement des contractions cardiaques et une diurèse abondante chlorurée et azoturique, une sédation du système nerveux central et périphérique sans retentissement marqué sur les autres appareils.

Ces phénomènes thérapeutiques sont dus à une vaso-dilatation des vaisseaux périphériques persistante, provoquée par une diminution du tonus exercé sur eux par le bulbe et la moelle. Les fibres musculaires lisses des tuniques artérielles et veineuses présentent également une excitabilité moindre. L'abaissement de la tension n'est nullement dû à un affaiblissement cardiaque ; il y a au contraire une amélioration du travail du cœur (Busquet, Lagrange).

Les professeurs Pic, Bonnamour, Berges, classent le gui parmi les diurétiques déchlorurants et azoturiques et attribuent à cette action la persistance de son action hypotensive. Au bout de peu de temps, sous l'influence de la médication, la viscosité du sang s'atténue, sa composition chimique est modifiée et sa teneur en acide carbonique est diminuée.

De nombreuses études cliniques, chez l'homme, ont montré son activité thérapeutique dans les néphrites aiguës ou chroniques. et le Pr. Fedeli, en particulier, a indiqué la diminution ou même la disparition totale de l'albumine, coïncidant avec l'établissement de la diurèse et de l'hypotension.

Le gui, contrairement aux hypotenseurs préconisés jusqu'ici. ne provoque pas une chute de pression brutale, par excitation des vaso-dilatateurs périphériques actifs, comme les nitrites, déterminant fatalement un déséquilibre circulatoire parfois dangereux. Son action est parfois lente à s'établir, mais elle est durable, car elle s'adresse à la cause de l'hypertension déterminée par une hyperexcitabilité du système nerveux vasculaire par un barrage rénal, comme l'a bien montré Huchard, barrage qui se lève sous l'influence diurétique du gui.

De nombreuses thèses, de Lesieur (Paris 1910) Bonhomme (Paris 1911), Berges (Lyon 1913), Tobler (Berne 1920), Chardonneau (Montpellier 1927) renferment des observations détaillées sur l'emploi de la Guipsine dans les différentes affections justiciables de ce médicament et montrent que ce médicament doit être utilisé comme modificateur de la circulation périphérique et de la nutrition générale dans les cas d'artério-sclérose et surtout de présclérose, accompagnées ou non de néphrosclérose, dans la goutte et dans le traitement de tous les troubles nerveux ou de nutrition en rapport avec les spasmes vasculaires et l'hypertension tels que les migraines, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les troubles de la ménopause, les hémorrhagies congestives et les affections veineuses.

Ce médicament présente également l'avantage de ne pas être toxique, de ne pas s'accumuler et de ne provoquer ni accoutumance, ni intolérance.

Contrairement à ce que prétendent MM. James O'Hare et Lyman H. Hoyt, il nous semble que les études, tant au point de vue pharmacodynamique que clinique, sur ce médicament ont été assez poussées et assez multipliées pour que les praticiens anglais puissent avoir entière confiance dans son action thérapeutique et l'utiliser largement dans leur pratique courante pour le plus grand bien de leurs malades.

REVUE DE PRESSE ETRANGERE

Appareil respiratoire.

Les injections intrapleurales de vaccin antipyogène polyvalent de Bruschettini, *type tuberculeux*, constituent un traitement simple, rapide et efficace de la pleurésie exsudative pour Giovanni Lanza, de Cunéo, *Rinascenza Medica*, 15 mars 1929) ; le vaccin contient non seulement du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque et du colibacille, mais aussi des pyogènes isolés de crachats tuberculeux (tétragène, pneumocoque de Friedlander, etc). Le traitement, exécuté avec de grandes précautions, fait disparaitre définitivement, en quelques jours, le liquide et la fièvre ; en outre il semble préserver le malade de l'évolution tuberculeuse du poumon si fréquente, en donnant une immunisation active d'une longue durée, car l'application locale de vaccin a une action directe et énergique et la plèvre se prête bien à l'absorption de substances immunisantes.

Circulation

L'efficacité des toni-cardiaques varie avec la voie d'administration (T. Hernando, *Archivos de Medicina Cirugia y Especialidades*, 23 février 1929).

Un malade ingère par erreur, en une seule fois et avec une tolérance complète, dix milligrammes d'ouabaïne ; la strophantine par voie gastrique est, d'après des recherches expérimentales, de 24 à 166 fois moins active que par voie intraveineuse.

Ni le strophantus ni la strophantine ne doivent être prescrits par voie buccale, car les effets ne sont pas réguliers ; les doses, employées en thérapeutique courante sont inefficaces. Les doses élevées, conseillées par certains expérimentateurs, sont tantôt inutiles et tantôt dangereuses.

La faible efficacité des préparations de strophantus par voie gastrique serait due à la grande lenteur de l'absorption.

Parmi les principes actifs de la digitale il y en a un, la digitoxine, qui est plus efficace par voie buccale ; en revanche la gitaline, la bigitaline de Cloetta et la gitoxine de Windaus sont sans action par ingestion tandis qu'elles sont utiles en injection intraveineuse.

L'efficacité d'une préparation de digitale par voie gastrique dépend de sa richesse en digitoxine, tandis qu'elle est peu influencée par les autres glucosides ; par conséquent, si l'on veut établir l'efficacité d'un produit digitalique, il est nécessaire de l'essayer sur l'animal par la voie que l'on emploiera en clinique.

La digitale et la strophantine permettent de répondre aux principales indications qui se présentent en thérapeutique cardiologique : on administrera dans la majorité des cas la digitale par voie gastrique et à doses suffisantes et dans quelques cas la strophantine ou l'ouabaïne de préférence par voie intraveineuse, quelquefois par voie intramusculaire.

La saignée non sanglante agit-elle dans l'hypertension ? On sait qu'elle consiste en une injection intraveineuse de 10 cc. d'eau bidistillée, qui, pour les auteurs allemands Wollheim et Brandt, produirait les mêmes effets qu'une saignée : durant les deux premières heures diminution de la quantité du plasma circulant, hypoglobulie, hypohémoglobinhémie, sans modification de la tension chez les sujets normaux, avec abaissement de 2 à 4 cm. chez les hypertendus.

Civalleri et Liverani (*It. Policlinico*, 11 février 1929) ont soumis 20 hypertendus à des injections intraveineuses d'eau distillée, pratiquées tous les jours ou tous les 2 jours, pendant une période de 3 semaines au minimum.

Les résultats ont été peu brillants ; les auteurs ont obtenu une amélioration, de quelques mois seulement, dans 3 cas sur 20 ; l'effet hypotensif est donc ou nul ou de courte durée.

Mais l'injection d'eau distillée peut, comme la saignée, rendre de grands services dans les poussées hypertensives, comme le montre une observation de congestion cérébrale ; elle présente l'avantage d'être inoffensive et de pouvoir être répétée sans provoquer de spoliations sanguines fâcheuses.

Intoxications.

L'autosérothérapie intégrale a permis à E. Escomel de guérir un alcoolique invétéré (*Siglo Medico*, 12 janvier 1929) ; les injections intraveineuses furent pratiquées tous les 2 jours ; l'amélioration débuta à la quatrième injection ; le sujet cessa de boire à la dixième ; on continua les piqûres en les espaçant ; la guérison persistait cinq mois après. Le traitement a été employé seul, à l'exclusion de toute action suggestive et de toute mesure coercitive.

Système nerveux.

La physio-pathologie des noyaux centraux a permis de différencier nettement les entités morbides suivantes (Michaud, *Revue médicale de la Suisse romande*, 10 mars 1929) :

1° *Le syndrome pallidal*, avec ses deux éléments fondamentaux : l'hypertonie et l'akinésie spontanée ; les malades, qui en sont atteints, ressemblent aux parkinsoniens, bien qu'ils aient perdu l'automatisme élémentaire et que l'hypertonie soit localisée à la racine des membres.

2° *La dégénération lenticulaire progressive* ou maladie de Wilson, qui se traduit par des mouvements involontaires rythmés, de la dysphagie, de la dysarthrie, de la diminution de l'intelligence et des forces physiques.

3° *La pseudosclérose* ou syndrome de Westphal-Strumpell, caractérisée par des oscillations rythmées intentionnelles, de la scansion de la parole, des ictus et des paralysies fugaces.

4° *Le syndrome parkinsonien*, qui a eu un regain d'actualité à la suite des encéphalites léthargiques.

Diagnostic chirurgical

Les douleurs chroniques de l'abdomen, imprécises et vagues, avec répercussion sur l'état général, à l'exclusion de toute perturbation fonctionnelle nette (ictère, albuminurie), prennent place dans les cadres cliniques les plus différents ; Lorenzo Merola (*Archivos Uruguayos de Ginecologia y Obstetricia*, août-septembre 1928) en a dégagé les diagnostics suivants :

Dyspepsie, rétention vésiculaire, pancréatite chronique, ulcère gastrique, ptose hépato-rénale, névralgie cœliaque, cæcum mobile, appendicite chronique, ovarite scléro-kystique, dilatation et ptose cæcale, maladie de Banti au début, atrophie du foie au début, pericolite, stase chronique, péritonite tuberculeuse légère, occlusion intestinale fruste, cholémie, neurasthénie, hydronéphrose fruste, lithiase rénale, tuberculose avec syndrome abdominal toxique, algies de la paroi, angio-sclérose vasomotrice, grossesse, péritonite chronique non bacillaire.

Le diagnostic se fait grâce aux rayons X et aux examens de laboratoire dans certains cas ; quelquefois il est simplement clinique, si la radioscopie et le laboratoire sont négatifs. Il faut bien souvent compter sur le temps, qui est un « grand ami », et sur l'évolution qui en est la conséquence.

Cancer.

Les altérations humorales de l'état cancéreux ont fait l'objet des recherches de Reding (*Scalpel*, 15 février 1929), qui a étudié le pH du sang, le mécanisme glycorégulateur et la réserve alcaline de 500 sujets avec les conclusions suivantes.

Chez les cancéreux le pH est toujours supérieur à la normale, l'épreuve de la glycémie donne un maximum plus élevé et les ions calcium tombent de 22 à 16 ; chez les opérés et guéris, le pH est en général supérieur à la normale ; en cas de tumeur bénigne le pH est normal. Les consanguins de cancéreux ont un pH légèrement au-dessus de la normale.

L'A. en conclut que le cancer serait dû à une réceptivité individuelle et qu'il y a lieu d'administrer de la parathyroïde aux cancéreux opérés et aux consanguins de cancéreux.

Dermatologie.

Le lupus érythémateux bénéficie des injections intraveineuses de sel d'or ; Carlo Pisacane (*Rinascenza Medica*, 15 février 1929) en a traité 18 cas par le triphal, qu'il considère comme plus actif et moins toxique que les produits semblables ; il a pratiqué en général une injection intraveineuse par semaine, pendant plusieurs semaines, en ne dépassant jamais dix centigrammes par injection et trente centigrammes comme dose totale ; 2 cas ont été guéris, 3 plus ou moins améliorés, 5 sans changement. Bien que les résultats soient inconstants, ils paraissent cependant supérieurs à ceux des autres traitements.

Varia

Le maître ne doit jamais supposer chez ses élèves une science qu'ils ne possèdent pas (M. Banuelos Garcia, de Valladolid).

Des raisons multiples de commodité didactique et d'exposition nécessitent, en pathologie, la description séparée et indépendante de syndromes partiels que la réalité clinique se charge de nous montrer, dans la pratique journalière, associés et influencés réciproquement (G. R. Gonzalo, de Madrid).

J. LAFONT.

ACTUALITÉS

L'asthme (1)

Le Dr André vient de faire paraître sur l'asthme une longue et fort intéressante étude.

« Son expérience lui permet de donner un aperçu de ce qu'il a « pu apprendre de l'asthme au Mont-Dore, qui est le rendez- « vous mondial des asthmatiques. En 1903, dans un Mémoire pré- « senté à l'Académie de Médecine, il avait déjà exposé sa façon « de comprendre cette maladie, essentiellement bizarre et pro- « téiforme ; sa conception, quoique un peu modifiée, n'a pas sen- « siblement varié au point de vue pathogénique ; et, malgré les « brillants et séduisants travaux sur l'anaphylaxie, les états col- « loïdaux, l'endocrinie, il croit encore qu'il faut considérer l'as- « thme, comme une manifestation diathésique bien individuali- « sée, qui a sa place marquée dans le cadre nosologique, ses ca- « ractères propres, bien définis, et que même les formes atté- « nuées, larvées, frustes, relèvent du type asthmatique vrai et se « réclament d'une parenté morbide bien établie. » Mais il faut réserver dans cette conception une place beaucoup plus large, aux troubles humoraux. En 1903, il attribuait déjà à la viciation humorale produite par la diathèse une part prépondérante), au métabolisme général modifié, à l'instabilité colloïdale créée par la diathèse, qu'invoquait déjà Landouzy, qu'a reprise Widal et qui fut encore la théorie de plusieurs communications faites à Vittel sur l'arthritisme, maladie floculante et précipitante. Il faut aussi penser aux déficiences du foie et des glandes internes, enfin, au rôle primordial joué par l'holosympathique et le système nerveux en général, ce « grand harmonisateur des fonctions organiques. Quand l'harmonie est parfaite, c'est la vie dans sa plénitude, c'est la santé ; quand cette harmonie faiblit, c'est la maladie ; quand elle est rompue, c'est la mort. Dans ce même travail déjà cité, il insistait avec énergie sur une conception nouvelle alors et contraire à l'opinion unanime du moment (1903), disant : « Il n'y a pas d'asthme essentiel, si l'on donne à cette épithète un sens quelque peu métaphysique, signifiant que la maladie existe par elle-même et en soi, sans aucune cause provocatrice. Une telle appellation est destinée à disparaître du cadre nosologique au fur et à mesure que l'observation des faits devenant plus approfondie et que nos moyens d'investigation se perfectionnant, la notion d'asthme sera mieux comprise. ».

En 1909, Moncorgé défend également la même idée et rejette aussi l'asthme essentiel.

Aujourd'hui l'asthme essentiel n'est plus guère admis et, par une réaction très fréquente en médecine, on considère en général l'asthme comme toujours symptomatique.

Il en est ainsi de toutes les theories médicales, philosophiques, scientifiques, littéraires, toujours changeantes, toujours nouvelles.

Les écoles scientifiques, philosophiques, littéraires, artistiques se succèdent, se contredisent, s'opposent, s'entrechoquent, se détruisent.

Peu importent les luttes, les alternances de clarté et d'ombre, si la vérité, qui est le but de nos efforts, en est aussi le prix.

Plus que tous, voué au soulagement de la misère physique et morale, le médecin doit travailler à percer le mystère de la maladie, à faire progresser les moyens d'adoucir la douleur et la souffrance : il le doit et pour lui-même et pour ses malades : pour la généralité aussi des malades, et pour le corps médical, auquel son devoir est de présenter les résultats, si modestes soient-ils, qu'il a pu recueillir de ses observations.

Le Dr André dit très justement qu'il ne faut pas céder au désir d'écrire pour écrire, mais quand on croit retirer de recherches sincères, d'études probes et honnêtes, des données que l'on espère utilisables, il ne faut pas hésiter à les publier. Si quelques progrès thérapeutique s'en trouvent réalisés, il ne faut pas regretter son effort et son labeur. Les progrès de la médecine sont faits le plus souvent de ces petits riens. Tous, dans la mesure des moyens mis à notre disposition, nous devons contribuer à l'édifice commun...

Le Dr André a tenté d'éclaircir la question embrouillée de l'asthme.

Les praticiens, les cliniciens, liront avec profit son livre et lui seront reconnaissants de leur avoir donné un exact exposé, neuf et complet d'une question si délicate de physiopathologie et de thérapeutique.

M. L.

(1) Par le Dr André, médecin au Mont-Dore, Baillière, éditeur, 1928.

BIBLIOGRAPHIE

Vieux portraits, jeunes visages, par Edmond PILON. Un volume in-16 Prix : 12 fr. En vente à la librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris-6e et dans toutes les bonnes librairies.

On est bien revenu des pesantes études historiques menées à l'allemande avec un luxe de fiches et d'érudition pédante. A cette évolution du goût et de la conscience littéraire, M. Edmond Pilon a contribué plus qu'un autre, car il fait figure d'initiateur dans l'évocation du passé et de ses figures les plus représentatives. Il obtint le prix de littérature spiritualiste avec *Mademoiselle de la Maisonfort*, où il fit revivre avec un talent si vrai et si délicat, le Saint-Cyr de Mme de Maintenon, d'*Esther* et de Racine. De même, le haut aréopage du grand prix Lasserre couronna son beau livre *Amours mortes, belles amours*, un chef-d'œuvre de savoir artistement dissimulé et de reconstitution émouvante. Vingt autres ouvrages ont consacré la réputation de cet essayiste de premier plan, de ce *résurrecteur* prestigieux des ombres illustres qui passèrent dans la société d'autrefois, ou enrichirent notre partrimoine artistique. Les portaits qu'il vient de rassembler dans l'actuel volume sont autant de fragments épisodiques de l'histoire de l'ancienne France. Il s'y avère un peintre parfait, exquisément nuancé ou plutôt, comme l'a dit M. Henri de Régnier, un pastelliste incomparable. Du pastel son art a la grâce, la légèreté de touche, les fines couleurs, avec un sens de la vie plein de relief et d'animation. Au vrai, suivant le mot de Baudelaire, ce sont là des *biographies dramatisées*, inspirées d'une connaissance minutieuse des personnages, de leur intimité, des ressorts complexes de leur âme. Sous prétexte, par exemple, de retrouver l'original du *Diphile* de la Bruyère, amateur d'oiseaux, M. Edmond Pilon évoque successivement la figure originale de Santeul, amateur passionné d'oiseaux, du falot Hervieux de Chanteloup, son disciple gouverneur des serins de la princesse de Condé, curieux d'oiseaux qui éleva leur dressage à la hauteur d'un art. La rencontre de Pascal avec la pauvresse Nanette lui fournit l'occasion de tracer un superbe portrait de Pascal guidé par l'illumination de la vérité suprême, occupé uniquement de Dieu et de charité. Et c'est aussi un Rigaud que l'éminent écrivain a campé dans son armure de guerre en nous présentant le maréchal de Castelnau, lieutenant de Turenne, vainqueur aux Dunes. Que d'autres figures charmantes défilent dans cette galerie, d'un siècle à l'autre, les unes classiques, les autres effacées comme une vieille estampe : Mme de Sévigné aux champs, Mme de la Fayette et sa princesse de Clèves venue rêver à Coulommiers, M. de Chamilly et la religieuse portugaise. Célénie Leblong, fille de Mlle Aïssé, Mme de Chastenay enfin, qui dansa avec le duc d'Enghien, herborisa avec Bonaparte au lendemain de Toulon, composa un *Calendrier* botanique, puis — devenue une aimable vieille — initia les jeunes romantiques à ce langage des fleurs si délicat, dont elle avait reçu les confidences et surpris, tant de fois, les secrets ou tendres ou sentimentaux. Ainsi pour finir un discret et pénétrant parfum de violettes et d'œillets se dégage de ce livre nuancé subtil et dans lequel, au fond de vieux cadres, sourient de jeunes visages !



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Paris-Interlaken, par le P.-L.-M.

Du 1er juillet au 10 septembre, des trains express de toutes classes circulent entre Paris et Interlaken, via Pontarlier. C'est la voie la plus courte, la plus rapide et la moins onéreuse.

Relation de nuit avec places de lits-salon : Départ de Paris-P.-L.-M., 22 h. 08. Arrivée à Neuchâtel, 7 h. 20 ; à Berne, 8 h. 19 ; à Interlaken, 9 h. 59. Au retour : Départ d'Interlaken, 18 h. 10 ; de Berne, 19 h. 40 ; de Neuchâtel, 20 h. 30. Arrivée à Paris-P.-L.-M., 5 h. 35.

Relation de jour : Départ de Paris-P.-L.-M. : 8 h. 05. Arrivée à Neuchâtel. 16 h. 59 ; à Berne, 17 h. 55 ; à Interlaken, 19 h. 26. Wagon-restaurant entre Paris et Frasne. Au retour : Départ d'Interlaken, 11 h. 50 ; de Berne, 13 h. 14 ; de Neuchâtel, 14 h. 05. Arrivée à Paris-P.-L.-M., 22 h. 18. Wagon-restaurant de Frasne à Paris.

BIBLIOGRAPHIE

L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques. II. La clinique des endocrines. — Les malformations corporelles, par A.-C. GUILLAUME. 1 volume in-16 de 420 pages, 36 francs. Les Consultations journalières. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le premier volume de cet ouvrage, paru voici quelques mois, était une *Etude des endocrines dans la physiopathologie clinique*, c'est-à dire une étude du rôle joué par les endocrines dans l'exécution normale des grandes fonctions et la genèse des troubles résultant, en clinique, de leur dérèglement. Ce volume constitue donc l'introduction nécessaire à toute étude sérieuse de l'endocrinologie clinique il est ainsi inséparable des suivants.

Le second volume, qui paraît aujourd'hui, est la première partie des deux volumes consacrés *à la clinique des endocrines*; il contient une série d'études très précises, originales dans leur conception et leur exposé, des problèmes endocriniens se rapportant aux modifications de forme partielle ou totale, de l'être ; c'est-à-dire de ces états dénommés *goitre, infantilisme, gigantisme, obésité*, pour citer quelques-uns seulement des problèmes cliniques étudiés dans ce volume.

La lecture de ce livre est facile, attrayante, ce qui est à retenir dans un ouvrage d'endocrinologie, puisque cette branche de la clinique rebute bien souvent le médecin qui lui attribue un caractère d'abstraction majeure. Toujours envisagés sous l'*angle clinique*, et groupés de la manière où ils se présentent au médecin, les différents aspects des états morbides étudiés dans ce volume forment une suite homogène de mises au point, dont le remarquable caractère pratique n'exclut pas le caractère hautement scientifique.

Dans le précédent volume, l'auteur montrait la nécessité d'individualiser, comme une science à part, une *endocrinologie clinique* indépendante de l'endocrinologie physiologique, dont elle serait la sœur et non la fille ; dans ce second volume l'auteur démontre la solide réalité de cette endocrinologie clinique.

Pourquoi on engraisse ? Comment on maigrit ? par le Dr Paul MATHIEU médecin consultant à Brides-les-Bains. 1 volume in-8° 64 pages : 8 francs. Editions Médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 6e.

Instruit par une longue pratique dans cette clinique unique d'obèses qu'est Brides-les-Bains, l'Adipopolis moderne, l'auteur présente, en quelques pages claires, précises, débarrassées de tout jargon pédantesque à prétentions pseudo-scientifiques, un tableau très complet de l'état actuel de nos connaissances sur les échanges nutritifs dans l'organisme et sur la pathogénie, le diagnostic différentiel des formes cliniques et le traitement des obésités.

Le praticien trouvera dans cet ouvrages d'utiles conseils sur la manière de diriger la cure des obèses qui se confient à ses soins. L'obèse lui-même le lira avec profit, et aussi l'individu normal, que hante la crainte d'acquérir un inélégant embonpoint.

Noël Mathias qui a obtenu, sous la signature de Gil Robin, le prix du *Siècle Médical*, va paraître chez Kra, éditeurs, dans les premiers jours de juillet.

Les Le Nain, par Paul JAMOT. Un volume 128 pages, 24 planches hors texte. Broché : 10 fr., Relié : 16 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Dans la collection *Les Grands Artistes*, M. Paul Jamot, Conservateur au Musée du Louvre, publie un volume sur *Les Le Nain*.

En des pages claires et substantielles, l'auteur fait revivre Antoine, Louis et Mathieu Le Nain, les peintres vigoureux qui, en plein XVIIe siècle, ont représenté sur leurs toiles la vie rustique. Il donne à chacun d'eux les œuvres qui lui reviennent apportant ainsi une contribution précieuse à l'histoire de la peinture.

Et ainsi nous apparaissent paysans devant leur maison ou à leur table, forgerons devant l'enclume, enfants jouant avec les chiens et les chats familiers. Quel contraste avec les paysans de Téniers ivrognes, bruyants, gesticulants !

En vingt-quatre reproductions se reflètent les œuvres les plus caractéristiques des trois peintres. C'est comme une galerie de la vie des humbles qui défile devant nous.

Publicité uniquement médicale

Cet ouvrage, le 78e volume de la collection *Les Grands Artistes*, sera accueilli aussi favorablement que les précédents par tous ceux qui s'intéressent à l'art.

L'église Saint-Etienne de Beauvais, par le Docteur Leblond. 1 vol. in-8°, illustré de 38 gravures et un plan. Broché : 6 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

L'auteur, correspondant de l'Institut, qui a déjà publié plusieurs ouvrages sur Beauvais, notamment sur la Cathédrale, parus dans la même collection, étudie ici un des plus beaux monuments de la ville.

Après nous avoir donné, en des pages claires et intéressantes l'historique du monument, il nous fait visiter l'édifice, nous expliquant son originalité et sa beauté. Il s'arrête à la décoration intérieure, devant les sculptures, les boiseries, les peintures sur bois.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée aux magnifiques vitraux qui font une somptueuse parure à l'église Saint-Etienne. Après avoir parlé de la dynastie des Le Prince, les célèbres peintres verriers, Jean Lafond qui a bien voulu apporter au Docteur Leblond sa précieuse collaboration, décrit et commente les vitraux un à un, nous les fait comprendre et admirer.

Trente huit gravures soigneusement exécutées sont comme le commentaire vivant de ce livre que tous ceux qui aiment les vieux monuments de France voudront lire.

Ostie, par Jérôme Carcopino : 1 vol. in-8 ill., 48 illustrations. Broché : 5 fr., (H. Laurens éditeur, 6 rue de Tournon, Paris-VIe.

Dans la collection des *Memoranda* paraît *Ostie* de M. Jérôme Carcopino, professeur à la Sorbonne.

Dans la plaine que le Tibre inférieur a formée de ses alluvions, auprès du fleuve jaunâtre et encombré de roseaux, s'élevait autrefois le grand port de la Rome impériale Ostie. Des ruines attestent seules ce brillant passé.

L'auteur ressuscite ce port. Voici d'abord sa création et son aménagement par Claude, Trajan et Hadrien. Puis nous visitons les docks où s'amoncellent les marchandises ; nous assistons au déchargement et au chargement des bateaux qui viennent de tous les ports de la Méditerranée. Nous parcourons la ville aux belles et hautes maisons.

Plans, médailles, bas-reliefs, magasins, temples, forum, rues, maisons, cours du fleuve, tout se reflète dans les quarante illustrations qui accompagnent l'étude et en sont comme le commentaire.

Tous ceux qui s'intéressent à l'histoire voudront lire cet ouvrage où en des pages précises et pleines d'attrait revit une cité qui fut chantée par les poètes et qui joua un si grand rôle dans l'histoire économique de Rome.

Grandes vies aventureuses. Le volume : 10 fr. Editions Berger-Levrault Paris.

« Cette collection ne se compose pas de biographies romancées. Les sujets traités, suffisamment romanesques par eux-mêmes, montreront à quel point la réalité peut devenir plus pathétique ou plus plaisante que la fiction la mieux agencée. Dans ces vies mouvementées, l'amour, la guerre, les voyages, les entreprises hasardeuses, formeront une trame d'aventures qui paraîtront incroyables, mais qui seront toujours vraies »

Liste des volumes par ordre d'édition : 1re Série : H. Jagot : Vidocq. — Henri d'Almeras : Concini. — Joseph Le Gras : Abd-El-Kader. — H. Massoul : La Reine Jeanne. — Marcel Dupont : Le général Lassale. — André Billy : Le Maréchal de Richelieu. — André Hallays : Regnard. — Fr. Funck-Brentano : Mirabeau. — Raoul Vèze : Casanova. — Lucien Descaves : Louise Michel. — Paul Ginisty : Eugène Sue. — Sheridan : Sheridan.

2e Série : René Fauchois : Naundorff. — Félix Gaiffe : Voltaire. — Dorsenne : Fouquet. — Georges Grappe : Goya. — Henri Lionet : Cervantes. — Paul Mathiex : Livingstone. — Georges Montorgueil : Ange-Pitou. — René Andriot : Fra Diavolo. — André Bellesort : Le Grand-Condé. — Robert Lévy : César Borgia. — Albert Lebail : René Madec. — Antoine Albalat : Gagliostro.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abt. France : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, Rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 juin 1929 : M. Bloch : L'Empire et l'idée d'Empire sous les Hohenstaufen (I) : L'Institution impériale. — Ch. Guerlin de Guer : Le Roman de Renart (II). — J. Chevalier : L'habitude (VIII) : L'organe de l'esprit, la structure et le fonctionnement du système nerveux (2e partie). — F. Baldensperger : Les années 1827-28 en France et au dehors (XIII) : Conclusion : Cromwell et sa préface. — M. Souriau : Causalité et finalité sociales (II) : le socialisme de Durkheim. — A. Mathiez : Le Directoire (III) : Le complot des Egaux (1re partie). — A. Jolivet : Les Drames de Strindberg (XVIII) : Crime et crime. — Pâques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Atlas d'anatomie synthétique, par G. E. Cheesman, édition française par le Professeur Patel. 13 fascicules. Le fascicule : 25 fr. Maloine.

L'organisation médico-chirurgicale aux armées, par le médecin-général Uzac : 6 fr. Berger-Levrault.

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours d'électro radiologiste des hôpitaux.* — Epreuve de radiologie (consultation écrite). — Séance du 1er juillet : MM. Beau 8, Ordioni 8, Porcher 8, Desgrez 13. — M. Foubert s'est retiré.

Deuxième séance du 1er juillet : MM. Serrand 11, Moutard 10, Delapchier 11.

Epreuve d'électro-diagnostic (consultation écrite). — Séance du 2 juillet : MM. Beau 9, Porcher 8, Ordioni 8, Le Goff 12, Moutard 12, Marchand 11.

Séance du 4 juillet : MM. Desgrez 14, Serrand 15, Delapchier 13.

Epreuve de radiothérapie (consultation écrite). — Séance du 4 juillet : MM. Serrand 13, Moutard 12, Delapchier 12, Desgrez 13.

MM. Beau, Ordioni, Le Goff, Porcher et Marchand se sont retirés.

A la suite de ce concours sont nommés : MM. Serrand 52 pts., Desgrez 51 pts et Delapchier 48 pts.

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 juillet. — M. Chosson. La cure radicale de l'ulcus gastrique haut situé. — M. Rosenberg. Etude physiologique et clinique de la dilatation extemporaire du col de l'utérus. — M. Bourguine-Gerbet. Etude de l'épithélioma primitif de la trompe de Falloppe. — M. Juré. La transfusion du sang pur en pratique chirurgicale. — M. Delange. A propos d'un cas d'éléphantiasis nostras de la vulve. — M. Merle. Etude des hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale non tubaire. — M. Morvan. Etude du traitement de la scoliose par les greffes osseuses.

Université de Hanoï. — Le Gouvernement général de l'Indochine recherche un professeur de clinique médicale et un professeur de clinique infantile pour l'Université de Hanoï. Ces professeur seront, suivant le cas, détachés ou engagés par contrat pour une période de trois ans renouvelable. Les émoluments seront à débattre suivant le grade occupé et les références fournies.

Prière de s'adresser pour tous renseignements à l'agence économique de l'Indochine, 20, rue de La Boétie, Paris (8e).

Assistance publique. — Un concours pour le recrutement d'environ 80 élèves de l'Ecole des infirmières de l'Assistance publique de Paris aura lieu à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, le 14 octobre 1929, à 13 h.

Ce concours, ouvert aux jeunes filles de vingt à vingt-six ans, comporte une dictée, deux problèmes d'arithmétique et une rédaction sur un sujet général.

Les candidates pourvues du brevet élémentaire ou d'un diplôme équivalent ou supérieur sont dispensées des épreuves écrites ; elles n'ont à satisfaire qu'à l'examen médical.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au 15 septembre 1929, à l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (Sous-Direction du personnel. 2e bureau).

Le traitement de début à la sortie de l'Ecole des infirmières est de 11.840 fr. (y compris l'indemnité de résidence).

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

MM. Aboulker (Gilbert), Aboulker (Raphaël), Aboulker (Pierre), Mlle Abraham, M. Abrand, Mlle Aghion, MM. Albeaux, Alfonsi, Aliker, Alivisatos, Allouche, Alpern, Amante, André, Antoniou, Archambaud, Mlle Armelin, M. Arnal, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Arvay, Aubrun, Audoux, Augeix, Augereau, Auzépy.

Bachman, Mlle Baguette, MM. Bail, Baratoux, Bardin, Bargeton, Mlle Barnaud, MM. Barrier, Barrière, Barthélemy, Bastien, Baussan, Beauchesne, Beaufils (René), Beaufils (Roger), Béchet, Bellètre, Bellière, Bénardeau, Benech, Benoist, Bensaude, Benzaquen, Berg (de), Bergenstein, Bergeron, Bernard, Bernaud, Besson, Bévalot, Bézier, Bidou, Billard (Jean), Binet, Birnie-Scott, Bissery, Blau, Bloch, Blondeau, Mme Blondel, (née Abramson), MM. Bogoraze (Dimitri), Boidot, Boisramé, Bonamy, Bonhomme, Bonnel, Bonnet (Pierre), Bonnet (Georges), Bons, Boquet, Borgida, Boros, Borrey, Bosc, Bosquet, Bouchacourt, Boudin, Boudreaux, Mlle Bouillard, MM. Bouley, Bourdial, Bourgeois, Boursat, Bousser, Boussoulade, Boutet, Bouwens Van der Boyen, Boyer (Etienne), Boyer (Isidore), Braillon, Brandy, Bréhant, Bréhier, Bridgman, Bridot, Brincourt, Brinon, Brizard, Bronstein, Brouet, Brulin, Bruneau, Brunel, Bruneton, Bureau (Pierre), Butaud.

Caby, Mme Cachera (née Magrah), MM. Cachin (Charles), Cachin (Marcel), Cacuira, Caïn, Calvet (Jean-Emile-Paul), Camena d'Almeida, Camus (Jean), Capandji, Carlotti, Carteret, Casalis, Catalette, Mlle Cathier, MM. Catonné, Challiol, Chareire, Chevalier (Roger), Chigot, Chomet, Clermont, Mlle Cligny, MM. Cohen (Albert), Cohen (Asdriel), Collart, Comar, Conso, Conte, Coste, Cottin (Pierre), Couder, Courtial, Courvoisier, Coussieu, Conty, Couve, Crozat, Cuvillier.

Damon, Dansaert, Mlle Danzig, MM. Darras, Dassencourt, Dausse, David (Jean), Debidour, Debray (Charles), Delfay, Delafarge, Delaffond, Mlle Delahaye, MM. Delamare, Delinotte, Mlle Delon, MM. Delorme, Delort, Demaldent, Demartial, Demirleau, Demoulin, Departout, Desvignes, Dezoteux, Doreau, Dormay, Douay, Doussinet, Draillard, Dreyfus (André), Dreyfus (Jacques), Dubois (André), Dubois (Jean-Louis), Dubois (Pierre), Mlle Ducosté, MM. Duflos, Dugas, Dulot, Dumas (Bernard), Dumont, Dupuidemus, Dupuy-Dutemps, Durandy, Durel (Maurice), Durel (Pierre), Durieux.

Eck, Elbin, Ellenberger, Escrivain (d').

Fabre (Charles), Fabre (Georges), Fabre (Jean), Facquet, Mlle Fagnière (Geneviève), Falguière, MM. Fallouard, Faure (André), Fay, Felsenswald, Ferroir, Feuillastre, Fichet, Ficonetti, Fiehrer, Filderman, Filloux, Findjandjian, Fontaine, de Font-Réaulx, Fort (Roger), Fourestier, François, Fresnais, Friedmann, Fron, Fuchs.

Gabriel, Mlle Gagneur, MM. Galland, Gallot, Ganière, Ganot, Gasne, Gaudin, Gautier, Gay, Gelbart, Geninet, Genty, (Philippe), Genty (Pierre), Gérard (Pierre), Gessen, Giard, Gibert (Edouard), Gibert (Théophile), Gigon, Mlle Girard, MM. Gillon, Girard, Mlle Girardeau, MM. Gireaux, Gluck (Coloman), Gluck (Léopold), Goldsztajn, Golse, Gorecki, Gorrichon, Gorse, Goutallier, Grangé, Grasset, Groulier, Gauillaud-Vallée, Guillemin, Guilly, Guy, Guyon.

Mlle Hahn, Hallard, MM. Hamain, Hamelin, Hauert, Hécart, Hellium, Hannion, Hubert, Hermann, Hrnus, Hubert, Huret, Hurez, Butin.

Ichard, Iliovici, Israïlovici.

Mlle Jacob, M. Jalley, Mlle Jammet, (Marie-Louise), MM. Janvier, Jarrousse, Joly (François), Joly (Henri), Joseph, Jouffroy, Juchet, Julia, Jundt.

Kaplan, Katz, Kipfer, Mme Kiriloff (née Koudria), MM. Klotz, Kreiss, Kreyts, Mlle Kritchewsky.

MM. Labarre, Labesse, Lebignette, Lachter, Pachter, Laffotte, Lafon, Lambling, Lamiaud, Lancé, Landrieu, de Langre, Lannegrace, Laplane, Mlle Laporte; MM. Laquerrière, Lardat, Lardennois, Laroche, Mlle Lassery, Lataste, M. Laude, Mlle Lavit, M. Lazard, Lazerme, Lebouchard, Lebovits, Lecadre, Lecat, Lecœur, Mlles Le Diouron, MM. Lefebvre, Legry, Lehmann, Lejeune, Lellouch, Le-

maître, Leman, Lemelletier, Lemoine, Lepart, Mlle Lépine, MM. Leroux dit Leroux-Robert, Leroy (Louis), Lesage, Leuret, Levaditi, Levannier, Mlle Lévy (Gilberte), M. Levy-Klotz, Mlle L'Hoir, MM. Lichtengberg, Limoge, Lion, Loiseau, Loisel, Loutsch, Lucas.

Macé de Lépinay, Mahoudeau, Mainguy, Maitre, Mégras, Mallarmé, Marcy, Mariau, Marie, Marmasse, Maroger, Marre, Martel, Martin (Jean-Paul), Martin (Jean-Thomas), Martin (Charles), Marx, Maspétiol, Masson (Georges), Massoulier, Mathis, Mattei, Mattern, Mazeyrie, Meidinger, Meillaud, Ménétrel, Messimy, Meyer-Heine, Mialaret, Maichaelidès, Michelson, Minc, Minet, Molard, Mokine, Moreau (Jacques), Mortier, Motz, Moyse,.

Nahon, Nattier, Naulleau, Nicolas, Nigaud, Nocton, Nomblot,

Olivier, Olivier-Henry, Oppenot, Ortéga, Ortholan,

Palma (de), Pannet, Parent (Jacques), Parienté (de), Paris, Parrot, Patey, Mlle Patez, MM. Paul, Pérachon, Pergola (André), Pergola (Julien), Périer, Perreau, Pescarolo, Mlle Petit (Paule), MM. Philippou, Pham-Hue, Mlle Picandet, MM. Picard, Piel, Pigache, Pochon, Poinceau, Mlle Poindessault, MM. Pointud, Polacco, Porge, Postel, Potier, Pouey, Pouliquen, Poupault, Prost, Prunet, Pulvenis, Pyt,

Quériault,

Raoul-Duval Raulot-Lapointe, Raymond, Reboul (Henri), Reboul (Léonce), Regaud, Reix, Relier, Reliquet, Richard, Ripert, Robert (Paul), Robert (Pierre), Rocher, Roger (J.), Mlle Rohlfs, MM. Rouart, Rouher, Roulin, Roullier, Rousseau (Gaston), Rousseau (Marie-Georges), Rousset, Roy (André), Roy (Louis), Royer (Raymond), Royer de Véricourt, Rymer.

Sabourin, Mlle Sainton, MM. Salles, Sallet (Jean), Salomon, Sambron, Sanz, Sauvain, Savelli, Schatz, Scheid, Schmid, Schwartz Segall, Sergent, Serre, Sevin, Sidi, Sifflet, Simon (Franck), Simon (Roger), Sliosberg, Soleil, Soria (de), Soubrane, Souilhé, Soyer, Mlle Spire, MM. Stérin, Sterne, Strée, Suchmann.

Tavenne, Tawill, Tellier, Terrasse, Testu, Thiboumery, Thoizon, Tholose, Thomann, Thorel, Tissot, Toulemonde, Tran-Quang-Dé Tribalet, Trombert, Trotot, Tschudnowsky, Turiaf,

Ungar,

Vaidie, Valensi, Mlle Valentin, MM. Valet-Bellot, Valois, Vannereau, Vauclin, Vautrin (René), Mlle Verlier, MM. Viala, Vidart, Vieuchange, Vincent (Jean), Voignier, Voisin, Voizot,

Wechsler, Wetterwald, Willot,

Yovanovitch,

zhe, Zimmern.

Hôpitaux d'Angers. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux, ouvert le lundi 8 juin à l'Hôtel-Dieu d'Angers, s'est terminé par la présentation de M. le docteur Fruchaud.

Le concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux, ouvert le lundi 17 juin à l'Hôtel-Dieu d'Angers, s'est terminé par la présentation de M. le docteur Peignaux.

Les médecins et l'équivalence du baccalauréat. — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris adresse au ministre de l'instruction publique la lettre ouverte suivante :

Le comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, ému par l'annonce du dépôt au conseil supérieur de l'instruction publique d'un projet de décret concernant l'octroi d'équivalence du baccalauréat aux étudiants étrangers naturalisés français, s'adresse à vous pour lui exposer son point de vue en la matière.

Monsieur le ministre, notre association, dont le but essentiel est la défense des intérêts matériels et moraux des étudiants en médecine, ne peut rester indifférente à ce projet et se permet de vous adresser à ce sujet sa protestation la plus vive.

Le diplôme d'Etat de docteur en médecine est le seul qui permette au médecin d'exercer la médecine en France et le baccalauréat français est exigé pour les postulants à ce diplôme d'État.

Si l'on dispense de cet examen de fin d'études secondaires français les étrangers naturalisés, une très grosse proportion d'étrangers s'empressera de bénéficier de cette faveur, la naturalisation étant plus simple à obtenir que l baccalauréat pour ces étudiants.

Par ailleurs les étudiants étrangers qui se feraient naturaliser

après 30 ans, c'est-à-dire peu de temps après la fin de leurs études, seraient ainsi dispensés de leur service militaire actif, ce qui les mettrait, au point de vue de la pratique médicale, dans une situation privilégiée vis-à-vis des jeunes médecins français, obligés de satisfaire aux exigences de la loi sur le recrutement.

Pour nous résumer, monsieur le ministre, cette mesure que nous estimons regrettable aboutirait aux résultats suivants :

1° Augmenter considérablement le nombre déjà fort élevé des médecins exerçant en France ;

2° Introduire dans le Corps médical des médecins d'une culture générale inférieure à la culture française.

3° Accorder aux étudiants étrangers, déjà favorisés par la sollicitude du gouvernement français, des avantages qui viendront accroître les difficultés matérielles, déjà considérables, qu'ont à surmonter nos camarades français.

Monsieur le ministre, nous plaçant au double point de vue de la défense professionnelle des étudiants en médecine français et du maintien de la culture générale des médecins exerçant en France, nous faisons appel à votre haute autorité pour qu'elle s'oppose à une mesure aussi néfaste à la médecine française qui doit être sous votre sauvegarde.

Saint-Etienne. — Dimanche après-midi 30 juin, le Corps médical de Saint-Etienne et de la région a célébré les cinquante ans de vie médicale du doyen des chirurgiens stéphanois, M. le Dr Duchamp.

Si, à l'approche de la nuit, a dit M. le doyen Jean Lépine, une flamme s'allumait sur toutes les maisons de Saint-Etienne, où l'action bienfaisante du chirurgien Duchamp s'est fait sentir, toute la ville serait illuminée ».

Un monument au professeur Grasset va être érigé à Montpellier. — C'est le 16 octobre que sera inauguré, à l'occasion des grandes assises médicales du vingtième congrès de médecine qui se tiendront à Montpellier, le monument au professeur Grasset.

L'exécution en a été confiée au maître Injalbert, de l'Institut.

L'emplacement du monument, compris entre le côté gauche de la Tour des Pins et le mur de Courtine, a été choisi par la commission des monuments historiques et accepté par le Conseil municipal dans sa séance du 27 juin. Le monument comprendra un buste en marbre blanc de grande envergure, sur colonne en marbre de Laurens : à sa droite s'élèvera une majestueuse statue de Renommée, portant la palme de la gloire et de la reconnaissance.

(*Ami du peuple.*)

Bourses de vacances. — Les Laboratoires du Dr Debat ont décidé de distribuer cette année 100 bourses de vacances à des étudiant en médecine fatigués et peu fortunés. Adresser les demandes aux Laboratoires du Dr Debat, 60, rue de Prony, Paris.

Un médecin victime du devoir en Vendée, le Docteur Boismoreau (de St-Mesmin). — Le vendredi 21 juin, M. le Dr Boismoreau, le praticien bien connu de Haute-Vendée, était subitement frappé par une violente attaque de diphtérie, qu'il venait de contracter au lit d'une petite fille de Saint-Mesmin, qu'il soignait !

Ce médecin avait déjà eu la diphtérie au début de l'année 1929, dans les mêmes conditions !

Cette seconde atteinte le trouva épuisé. Le dimanche 13 juin, la situation était déjà très grave. Les confrères qui le virent et le soignèrent, jugèrent son état même désespéré ; et, malgré l'énergique traitement qu'il subit, Boismoreau succombait le mardi soir 25 juin, au milieu des siens, de sa famille éplorée, et de son vieil ami, M. Lucien Rousseau (de Cheffois). Il était emporté en cinq jours.

Notre élève et ami de 25 ans succombe donc victime du devoir professionnel, martyr d'un métier exercé avec passion et vigueur depuis trente ans et plus. Honneur à lui.

La Vendée perd en lui non seulement un praticien et un hygiéniste éclairé, mais un véritable savant et surtout un homme de lettres hors pair !

Boismoreau, en effet, était non seulement un folkloriste éminent ; un préhistorien très éclairé, dont la magnifique collection fait honneur au Bas-Poitou ; un écrivain scientifique de premier ordre, dont les publications sont connues de tous les spécialistes, mais surtout un homme de lettres doué, un littérateur-né ! — C'était (chose rare aujourd'hui) un médecin de campagne, un terrien, un savant localiste, qui savait écrire et qui aimait le beau et solide langage ! D'une réelle éducation classique, tout comme un élève de nos grandes écoles, il avait l'esprit large et ouvert et était de ceux que la Science et l'Art enthousiasmaient toujours ! — Il meurt jeune.

Ses publications resteront. La fameuse revue de folklore, la

Vendée des Légendes, inspirée du célèbre livre de Barrès, demeurera le modèle du genre.

De plus, Boismoreau était musicien ; et il aimait parler en public. On se souvient de ses succès à Fontenay et à Nantes, au Château-des Ducs, comme conférencier.

La Vendée voit avec lui disparaître l'un de ses plus avertis admirateurs, un homme de grand talent et un savant véritable.

Quant à nous, nous perdons notre premier élève vendéen ! Et il disparaît avant nous. — Il était de la vieille école, de celle qui croit à la Culture classique !

Nous lui adressons ici notre dernier adieu. — Dr Marcel Baudouin.

Faculté de Nancy. — Le doyen est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié susvisé, la donation de onze titres productifs de 5.000 fr. de rente sur l'État français, 6 p. 100, faite à ladite Faculté par Mme Vve Vautrin, née Perrin, et Mmes Boucher, veuve Michaut (E.), Michaut (Pierre) et Debry, nées Vautrin.

Lesdits arrérages seront affectés à l'attribution, sous le nom de « Prix professeur Alexis-Vautrin », de deux prix, le premier d'une valeur de 4.000 fr., le second d'une valeur de 1.000 fr., destinés à récompenser annuellement les deux meilleurs travaux sur la gynécologie cancéreuse, présentés à la suite d'un concours ouvert entre les étudiants et anciens étudiants de la Faculté de médecine de Nancy, sous la seule réserve qu'ils soient de nationalité française ; à défaut : 1° s'il s'agit du non-emploi des arrérages représentant la valeur du premier prix, ceux-ci seront affectés, en vue de la poursuite d'études désintéressées sur la gynécologie, à la dotation d'une bourse à attribuer à un interne ou à un docteur en médecine spécialisés dans cette branche et de nationalité française ; 2° au cas de non-emploi des arrérages représentant la valeur du second prix, ceux-ci en tout ou partie seront, soit reportés sur les années suivantes, soit employés dans l'année ou les années suivantes à l'attribution de mentions honorables ou d'un prix à décerner à la meilleure thèse de gynécologie soutenue dans l'année.

Lesdits titres seront inscrits au nom de la faculté donataire avec indication de la destination des arrérages.

VIe Congrès de stomatologie (Paris, Faculté de médecine, octobre 1929). — Le VIe Congrès de stomatologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine du 21 au 26 octobre prochain. Président : Dr Rousseau-Decelle ; secrétaire général : Dr Leclercq ; trésorier : Dr Psaume.

Les questions suivantes ont été choisies par le Comité d'organisation pour faire l'objet d'un rapport et d'une discussion : 1° Les septicémies d'origine bucco-dentaire. Rapporteurs : MM. Thibaut et Raison. — 2° Traitement chirurgical des infections du périapex, curetage et résection, résultats éloignés. Rapporteur : M. Lacronique. — 3° Prophylaxie de la carie dentaire. Rapporteur : M. Léon Frey.

Des questions d'ordre professionnel et syndical seront également étudiées.

Une importante exposition d'instruments et d'appareils concernant la stomatologie se tiendra à la Faculté de médecine pendant la durée du Congrès. Des visites d'usines modèles d'appareils et de produits pharmaceutiques et spéciaux, seront mises au programme.

Envoyer dès maintenant les adhésions et le titre des communications. Celles-ci seront acceptées sur tous les sujets de la spécialité, mais pour ne pas disperser l'intérêt, le bureau invite les confrères à envoyer particulièrement des communications relatives aux trois sujets mis à l'ordre du jour.

Diverses réductions sont accordées sur les transports.

Pour ces réductions, il sera envoyé aux congressistes des indications précises aussitôt l'adhésion au Congrès reçue par le trésorier.

L'agence Exprinter, 6, place de l'Opéra, s'occupera bénévolement sur demande des billets spéciaux, des excursions, du tourisme en France, des hôtels, etc.

La cotisation est fixée à 100 fr. pour les congressistes et à 60 fr. pour les membres associés. Les inscriptions sont reçues dès maintenant par le trésorier, le Dr Psaume, 60 rue de Rennes, compte chèques postaux : Paris 923-76.

L'Association stomatologique internationale se réunira au cours du Congrès.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général, Dr Leclercq, 9 bd de la Madeleine, Paris 1er, ou au Secrétariat permanent du Congrès, salle Béclard, Faculté de médecine (A. D. R. M.), rue de l'École-de-Médecine, Paris 6e.

Nécrologie. — Dr Korb, de Nantes. — Dr F. Guillou, de St-Philbert-de-Grandlieu. — Dr Eugène Lickteig, de Strasbourg. — Dr Georges Marx, de Paris, décédé dans sa 30e année.



TRAVAUX ORIGINAUX

La globulinémie à la période critique de la pneumonie,

Par M. LOEPER, J. DE SÈZE et Mlle LEBERT.

Le taux des albumines du sérum a été assez souvent étudié au cours des états phlegmasiques et particulièrement de la pneumonie.

J'ai montré, avec M. Achard, que ces albumines subissaient une diminution apparente du fait de la dilution sanguine au moment de la crise urinaire.

Ce phénomène de dilution n'est pas le seul que la crise morbide fasse apparaître dans le milieu protéique.

Le rapport des albumines entre elles subit, lui aussi, des modifications intéressantes.

Nous avons étudié 8 pneumoniques pendant la maladie et 24 heures après la crise.

Voici les résultats obtenus :

	Album. totales	Globuline	Sérine	Rapport globuline album. totales
L., periode d'etat....	65	27	40	40 %
crise	70	40	30	57 %
M. L., période d'etat..	57	18	38	31 %
crise	56	38	18	68 %
D., période d'état....	56	22	34	39 %
crise	76	46	30	66 %
L. F., période d'état..	71	19	51	26 %
crise	71	33	38	46 %
P., période d'état.....	62	30	31	48 %
crise..	60	32.4	27.6	52 %

Le taux de la globuline n'est donc pas, au cours de la maladie, aussi élevé que certains auteurs l'ont prétendu.

Il est souvent abaissé quand se développe l'exsudat pulmonaire.

Il s'accroît aux approches de la crise dans la majorité des cas.

Cet accroissement est fugace et est souvent suivi d'un abaissement secondaire.

Le moment de ces variations n'est pas suffisamment fixé pour qu'elles n'échappent point parfois à notre observation. Souvent on arrive trop tôt ou trop tard et la courbe n'apparaît pas telle que nous venons de la dessiner.

La globulinémie s'accompagne assez souvent d'une augmentation parallèle du taux des acides aminés qui passent de 0,35 à 0,42, de 0,22 à 0,32, de 0,49 à 0.61, accroissement assez passager aussi et qui peut ne pas être constaté.

La globulinémie comme l'amino acidémie semblent en rapport avec la cytolyse de l'exsudat et avec sa résorption. Ce sont deux éléments mais ce ne sont pas deux conséquences de la crise.

L'augmentation des acides aminés dépend évidemment des ferments leucocytaires mais il ne faudrait pas croire que le pouvoir protéolytique est limité à l'exsudat. Il existe aussi dans le sang. On peut, en effet, dans quelques cas, constater que le sérum du sang de la période critique mis à l'étuve pendant 24 heures transforme en acides aminés une proportion plus considérable de sa propre albumine que celui de la période d'état.

C'est dire qu'au moment de la crise, le pouvoir protéolytique du sérum, ou pour mieux dire l'activité de l'érepsine, se trouve parfois assez notablement accru. Et l'on est en droit de penser que cette erepsine s'emploie à la destruction des globulines et favorise leur élimination.

Sur le parallélisme du développement du système nerveux et du système dentaire

Aphasie temporaire prolongée d'un nourrisson. Anomalies de l'éruption dentaire,

par M. G. VARIOT

J'ai l'honneur de présenter à la Société une petite fille de 20 mois qui offre un retard anormal de la parole articulée, concordant avec des anomalies du développement de la première dentition.

J'ai déjà eu l'occasion de signaler à la Société le parallélisme du développement du système dentaire et du système nerveux (1) qui peut être expliqué par leur origine ectodermique commune. Dans une communication antérieure, avec M. Goteu, j'ai montré que le développement des centres coordinateurs de la locomotion, si bien définis par Duchenne, était tel que la grande majorité des enfants commencent de marcher dans la station verticale, sans appui ni soutien, avec 6 à 8 dents, après l'éruption des incisives.

Dans la belle observation de M. Léon Bernard publiée l'an dernier, dans nos bulletins, sur un cas de gigantisme précoc avec accroissement anticipé des glandes génitales, j'ai relevé que le développement des fonctions cérébro-psychiques marchait de pair avec la dentition. Cet enfant âgé de 5 ans, ne montrait que l'intelligence de 4 à 5 ans, avec la taille de 12 ans, 120 cent : mais sa dentition, 20 dents était bien celle d'un enfant de 5 ans. Dans ce cas le parallélisme était évident.

J'ai signalé aussi que dans les malformations cérébrales de l'idiotie et dans les retards du développement causés par le myxœdème, la chronologie de l'apparition des dents était fortement troublée. Le fait nouveau que je présente vient confirmer cette notion générale.

Il s'agit d'une petite fille de 20 *mois*, Henriette D., qui m'a été présentée à la Goutte de lait de Belleville, parce qu'elle est encore incapable d'articuler aucune parole ; elle ne dit ni papa, ni maman, ni aucun des mots articulés que les bébés prononcent à cet âge, et même dès l'âge de 8 à 10 mois

Le larynx est en bon état, l'enfant crie normalement : elle a l'œil vif, a beaucoup de connaissance, dit la mère ; elle comprend bien le langage articulé, elle obéit, va chercher les objets quand on le lui commande, les rapporte, etc., comme le font les autres bébés ; cependant elle est atteinte d'une aphasie complète beaucoup plus prolongée que chez les autres enfants. La bouche, les lèvres, la langue, le voile du palais sont normalement conformés ; le frein de la langue n'est pas serré ; la voûte palatine est un peu ogivale mais les mâchoires sont normales ; il n'en est pas de même de la dentition, nous le verrons. Il est bien vraisemblable que cette aphasie doit être expliquée par un retard du développement des centres nerveux coordinateurs des mouvements du larynx et des organes de la bouche indispensables à l'articulation des sons. Chez cette enfant, les centres de perception du langage fonctionnent déjà régulièrement, puis qu'elle comprend très bien ce qu'on lui dit, car l'audition est bonne.

Cette dissociation prolongée dans le développement des centres nerveux qui président à la perception des sons articulés et à l'émission de ces mêmes sons, est tout à fait insolite et je crois devoir la rapprocher des anomalies dans l'éruption du système dentaire que je vais rapporter.

Voici brièvement exposée l'histoire de cette petite fille ayant une croissance générale normale, Le poids de naissance était de 3 k. 500 ; c'est un premier enfant, pas de fausse couche ; père et mère normaux.

Elle a été élevée au biberon par une éleveuse expérimentée qui a été étonnée de ne pas l'entendre prononcer aucun mot jusqu'à ce jour.

Elle marche seule, s'est lâchée à un an, mais elle n'a eu ses premières dents qu'à 13 mois ; les deux incisives médianes in-

(1) Voir Le parallélisme du développement du système nerveux et du système dentaire. (*Bulletins de la Société d'anthropologie*, 1928 et *Journal des Praticiens*, même année.)

férieures d'abord ; elle a donc marché sans dents, — première anomalie. Les incisives supérieures médianes et latérales sont apparuesun peu plus tard et les deux prémolaires supérieures ont apparu avant l'apparition d'une incisive latérale inférieure, car il n'y a encore que trois incisives inférieures sorties ; soit neuf dents, en tout, à 20 mois.

Cette enfant a présenté des mouvements de prélocomotion de 9 à 12 mois, elle rampait sur les mains et les genoux ; elle n'a marché debout qu'à un an, comme je l'ai indiqué.

Le poids actuel à 20 mois est de 10 k.500 gr. un peu faible pour la taille, qui est de 81 cent. L'enfant a été bien alimentée au lait de vache, elle a reçu des bouillies à la farine d'avoine, de froment et de lait, des purées de pommes de terre au lait. Les tibias sont un peu incurvés, mais la mère a la même incurvation des jambes ; il n'y a pas d'autres vestiges de rachitisme.

Il semble donc vraisemblable que ce retard anormal dans l'articulation des sons est en rapport avec un développement insuffisant des centres coordinateurs des mouvements complexes associés pour l'émission du langage articulé : le bon développement de l'intelligence, l'intégrité de l'ouïe et des autres organes des sens, doivent faire espérer que l'enfant parviendra à parler, grâce aux progrès généraux de la croissance.

N'est-il pas vraisemblable aussi que les anomalies dans le modelage embryonnaire des follicules de la première dentition, qui ont retardé l'éruption des dents, se sont produites simultanément dans les centres psycho-moteurs qui président au langage articulé (1).

Empoisonnement d'origine professionnelle par le tétrachlorure de carbone (2)

Par M. P. BOVERI,
de l'Université de Milan.

La rareté des empoisonnements d'origine professionnelles par le tétrachlorure de carbone nous incite à vous parler d'un cas que nous avons eu l'occasion d'observer il y a un an et demi.

Voici en quelques mots l'histoire du malade :

Il s'agit d'un homme de 27 ans, qui travaillait dans une fabrique de soie. Par son métier, cet ouvrier devait faire des manipulations, en particulier le dégraissage, avec du tétrachlorure de carbone.

Il était à ce labeur avec un compagnon depuis deux jours et il travaillait dans une petite chambre pas bien aérée.

En tout, il était resté à ce travail pendant 12 heures à peu près.

A noter qu'il était un homme tout à fait bien portant, qui n'avait jamais été malade auparavant.

Le soir du deuxième jour il rentre à la maison avec un peu de malaise, plus fatigué que d'habitude, et il se couche bientôt.

Vers le matin, il est pris subitement par des nausées et des vomissements biliaires, de la céphalée avec sensations vertigineuses, des douleurs au ventre

Il devient bientôt anurique, son état s'aggrave, il est dans un état de subconscience. La température est de 39.

Il reste à la maison dans ces conditions deux jours ; ensuite on l'apporte à l'hôpital.

A son entrée on constate :

Pâleur extrême du visage avec cyanose légère aux lèvres, une demi-teinte ictérique aux yeux, quelques coups de toux sans excrétion.

Pouls à 60 avec quelques arythmies.

Respiration 14 par minute.

Foie augmenté de volume, débordant d'un doigt et demi, douloureux à la palpation.

Rate médiocrement augmentée de volume.

Réflexes superficiels et profonds très affaiblis.

Dans les urines, prélevées avec cathétérisme :

4/00 d'albumine et, au microscope :

Quelques cylindres granuleux, hyalino-granuleux ;

Globules rouges assez nombreux ;

Cellules du rein ;

Pas de sucre.

Tension artérielle 145 maxima, 75 minima, au Pachon.

Un premier examen du sang donne :

4.800.000 globules rouges ;

14.000 globules blancs.

La température redescend facilement, en quelques jours, à la normale.

La quantité des urines, au contraire, reste entre 40 et 50 cc. pour quatre jours.

Pendant ce temps-là, les conditions du malade sont bien graves, particulièrement par l'anurie et par l'état de subconscience continuelle.

Ce tableau bien sombre ne commença à s'éclaircir qu'après une dizaine de jours, avec, tout d'abord, disparition du bloquage du rein, et ensuite avec retour de la conscience.

Vingt jours après le début de la maladie, le malade était en nette voie d'amélioration.

Du côté des urines :

Quantité, 1.300-1.5000; albumine en traces.

Au microscope : Quelques cylindres granuleux ; rares globules blancs.

A plusieurs reprises, nous fîmes des examens du sang : la numération des globules blancs et rouges donna presque toujours le même résultat.

La formule leucocytaire ne montra jamais des déviations nettement pathologiques, sauf une certaine diminution des polynucléaires, en comparaison du nombre considérable des lymphocytes.

Deux mois après son entrée, le malade put sortir de l'hôpital presque complètement remis dans son état.

Les urines ne renfermaient plus ni albumine, ni éléments pathologiques : il gardait seulement une certaine dépression générale avec affaiblissement de tous les réflexes superficiels et profonds.

Le cœur battait toujours lentement.

Nous avons pu suivre ce malade pendant plus d'un an. On l'a toujours trouvé en bonne santé.

Les examens de laboratoire, répétés à plusieurs reprises, n'ont jamais dévoilé des altérations ni du côté du rein, ni du côté du sang.

Le cas que nous venons très brièvement de rapporter, a, il nous semble, un certain intérêt à plusieurs points de vue.

Tout d'abord parce que ce tableau de maladie professionnelle qui a porté à la fois sur les reins, sur le foie et sur le système nerveux, peut être comparé à un vrai accident de travail, étant donnée la rapidité, je dirai même la violence de l'apparition de la maladie qui avait frappé un homme jusqu'alors bien portant.

Deux jours de manipulations avec du tétrachlorure de carbone avaient été suffisants pour mettre en danger la vie de cet ouvrier.

Nous avons déjà dit que cet homme travaillait dans une petite chambre avec un compagnon. Ce dernier fut le jour même pris par des petits signes d'empoisonnement : maux de tête, nausées, vertiges, grande faiblesse, malaise général.

Il cessa son travail et deux jours après il était complètement remis.

Nous avons eu l'occasion de visiter plus tard aussi ce deuxième ouvrier et les examens cliniques et de laboratoire ne démontrèrent jamais rien d'anormal.

Ils ont été mis naturellement à un autre travail. Je les ai vus encore tout dernièrement : ils se portent bien.

Le syndrome d'empoisonnement aigu que nous venons de décrire, s'était produit avec une substance qui d'habitude est considérée presque sans danger.

Dans les traités de chimie industrielle on ne fait pas assez ressortir la possibilité de l'empoisonnement par le tétrachlorure de carbone, et pour cela on emploie fréquemment ce produit sans observer toutes les précautions nécessaires.

En effet, les cas d'empoisonnement doivent être bien rares ou bien, je pense, souvent les petits empoisonnements peuvent passer inaperçus.

Quoique mes recherches bibliographiques soient loin d'être complètes, je ne connais pas quelque chose de semblable aux cas que je viens de décrire.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, 23 juin 1929.
(2) Communication faite au Congrès des maladies professionnelles. Lyon, 3-6 avril 1929.

Il y a donc intérêt à les connaître, soit pour des considérations d'ordre clinique et scientifique, soit pour la prévention des maladies professionnelles.

On peut maintenant se demander si l'absorption de tétrachlorure de carbone se fait par la peau ou par les poumons : on sait que le CCl^4, ainsi que le trichlorométhane (chloroforme) et le tétrachloroétane, sont des hydrocarbures de la série grasse, doués d'un grand pouvoir de volatilisation.

Et il est certain que la pénétration de ces produits dans l'organisme, se fait principalement par la voie respiratoire, et accessoirement aussi à la faveur des excoriations existantes sur les mains des ouvriers, ou encore par l'absorption directe à travers la peau.

La grande affinité chimique de ces hydrocarbures pour les substances lipoïdes du cerveau et des nerfs explique la série des phénomènes pathologiques, d'ordre nerveux, qui se développent initialement et de suite, dès que ces produits ont pénétré dans l'organisme.

Permettez-moi encore quelques mots à propos du tétrachlorure de carbone et de ses différents emplois.

Le CCl^4 est un liquide incolore, d'une grande fluidité, d'une odeur aiguë, semblable à celle du chloroforme.

Son point d'ébullition est de 78,5 : son poids spécifique 1,59 ; le point de fusion — 23.

Il est, comme nous avons dit, très volatilisable : son point de volatilisation relatif, en comparaison du pentachloroétane qui est de 1, peut se calculer à 20, tandis que celui du chloroforme est de 30 et celui du bichlorure d'éthyle est de 37 (Kohn-Abrest).

Le tétrachlorure de carbone est, vous le savez, très employé dans l'industrie, comme dissolvant des matières graisseuses.

On le préfère au sulfure de carbone, à la benzine et aux autres produits chlorurés des hydrocarbures, en raison de sa faible toxicité.

En plus des usages industriels, on a employé le tétrachlorure de carbone pour des applications thérapeutiques assez nombreuses.

En chirurgie : désinfection des mains par une solution de CCl^4 iodé, désinfection des trajets fistuleux ou des plaies anfractueuses par une solution camphrée, iodée ou goménolée, conservation des instruments.

En médecine aussi on l'a proposé avec succès, semble-t-il, dans l'érysipèle (Goubeau et Kieffer), dans le traitement de l'ankylostomiase (Peyre), de la trichinose, de l'ascaridiose (Docherty et Nicholl), de la séborrhée (Hallopeau), du pityriasis, de certaines formes d'acné, etc.

C'est donc un produit qui n'est pas seulement confiné à l'usage industriel mais qu'on a fait entrer dans la pratique thérapeutique.

Il mérite cependant d'être bien étudié et il nous a paru digne d'intérêt d'attirer l'attention sur le pouvoir toxique que, dans certaines conditions, son usage industriel peut développer.

Il n'échappera aussi à personne l'importance de ces cas d'empoisonnements professionnels en raison des questions médico-légales qu'ils peuvent soulever.

Névrose d'angoisse, congestion de la prostate, troubles gastro-intestinaux,

Par le Dr C. TOURNIER,
Ancien chef de clinique médicale.

Parmi les nombreuses ébauches d'articles laissées par le Dr Tournier et qui permettront peut-être d'edifier le travail de synthèse psychophysiologique qu'il a sans cesse annoncé sur le système nerveux abdominal, sexuel notamment, se trouvaient ces quelques pages.

Elles ne portent aucune indication de date. A certains repères on pourrait dire qu'elles sont antérieures à la guerre.

Quoiqu'elles ne concernent qu'un cas particulier, qui ne prendra toute sa valeur que dans la construction d'ensemble, nous les publions sans plus tarder, parce que leur mise au point est d'emblée suffisante.

En outre elles montreront que les découvertes cliniques faites par le Dr Tournier dans le domaine de l'innervation abdominale et pelvienne n'étaient pas réalisées exclusivement chez la femme.

Dr René BIOT.

La névrose d'angoisse — que j'ai, le premier en France, étudiée et séparée de la neurasthénie et de l'hystérie (1), au nom de l'étiologie, en en faisant un symptôme produit toujours par de l'excitation ou plutôt des excitations répétées et *non suivies d'apaisement* (2) du sens sexuel, physique ou sentimental —, s'est présentée à mon observation avec une grande fréquence et une grande variabilité d'allure clinique.

Les travaux publiés à l'étranger (3) ou en France, dont deux thèses écrites avec mes documents et sous mon inspiration (4) sont loin d'avoir épuisé le sujet.

Je maintiens *plus energiquement que jamais* que les anomalies de la vie sexuelle (pratiques sexuelles autres que le coït normal, excitations sexuelles par les caresses, le baiser, coïtus reservatus, imagination lascive avec continence, etc.) sont la *source* de perturbations nerveuses multiples variables, suivant leur intensité, suivant leur répétition et suivant le sujet ; allant de l'état d'inquiétude, d'irritabilité, d'émotivité à la névrose avec obsession et phobies multiples ; et, chez certains prédisposés, à la psychose — cette proposition n'impliquant nullement l'affirmation que toutes les angoisses, toutes les phobies appartiennent à la névrose d'angoisse.

Après Freud, j'avais formellement indiqué, et j'ait fait indiquer par M. Manaud, des troubles somatiques ou vasomoteurs comme appartenant à la névrose d'angoisse, pouvant, telle la boulimie, telles des crises diarrhéiques, être considérés comme des équivalents d'accès d'angoisse.

Il y a plus. Il y a notamment des troubles digestifs et intestinaux variés. Et ces troubles — c'est là le point nouveau sur lequel je veux insister — sont sous la dépendance d'une congestion de la prostate, née elle-même des excitations sexuelles.

Depuis un an j'ai examiné systématiquement la prostate de *tous* les malades que j'ai observés, présentant des troubles de l'estomac et de l'intestin. Chez beaucoup j'ai trouvé une prostate *grosse*, très *sensible*, et par un massage de une demi-minute à une minute de durée, j'ai fait sourdre par le méat du liquide prostatique (2 à 5 gouttes.)

En faisant uriner le sujet avant et après le toucher prostatique, j'ai vu une urine très limpide avant, après louche, parfois complètement laiteuse, celle-ci donnant un précipité albumineux par l'acide azotique. Je ne retiens bien entendu que le cas de malades indemnes de toute blennorrhagie antérieure......

La lecture des registres d'observations du docteur Tournier apporte la confirmation « a contrario » de sa constatation clinique.

Lorsque ces mêmes sujets avaient, suivant son expression, « régularisé leur vie sexuelle », disparaissaient les troubles digestifs et les signes objectifs de congestion de la prostate.

(1) TOURNIER. — *Essai de classification étiologique des névroses.* Arch d'anthropol. crimin., janvier 1900.

(2) TOURNIER appelait cet apaisement : « le retour vers l'inconscient ».

(3) Cf notamment les travaux de l'Ecole de Freud. Dès 1900, dans l'article précité, Tournier écrivait : « J'ai eu connaissance des travaux très remarquables de M. Sigm. Freud, en 1895. Il est vraiment curieux que les recherches de M. Freud, d'une si haute importance pathogénique et thérapeutique, soient laissées, en France tout au moins, presque, pour ne pas dire tout à fait, sans approbation comme sans critique ».

(4) Dr A. MANAUD. — *Névrose d'angoisse. Troubles nerveux d'origine sexuelle.* Lyon Storck, 1900.

Dr J. GLATARD. — *La névrose d'angoisse,* Lyon Storck, 1903. Cette thèse contient vingt-trois observations personnelles du Dr Tournier et une assez riche bibliographie.



Conception sexuelle et traitement du délire aigu et du Delirium tremens.

Par **Henri DAMAYE**,
Médecin des Asiles d'aliénés.

Délire aigu et delirium tremens nous apparaissent aujourd'hui comme très voisins. Ces psychoses aiguës relèvent d'une septicémie avec localisation méningo-encéphalitique. Les examens de sang que nous faisons pratiquer chez nos malades atteints de ces affections très graves révèlent le plus souvent des staphilocoques, mais parfois le streptocoque, le pneumocoque ou des associations de ces microorganismes. Les cas à streptocoques purs ou associés sont évidemment plus graves encore que les autres. La méningo-encéphalite est ordinairement d'intensité moyenne. Elle donne lieu souvent à une congestion assez marquée de la pie-mère qui peut déterminer de petites hémorragies capillaires. Nous avons vu mourir plusieurs fois des délires aigus, par ces petites hémorragies qui donnent une coloration rosée au liquide intra-cranien. Ces ruptures de capillaires sont favorisées par l'agitation du malade et le mauvais état antérieur du système vasculaire. On les voit se produire chez des malades non traités restés longtemps en état d'agitation. Délires aigus et delirium tremens meurent plus fréquemment encore par intoxication et épuisement du myocarde, surtout si l'individu est depuis longtemps porteur d'une lésion orificielle ou atteint plus ou moins de myocardite chronique.

Délire aigu et délirium tremens ont, au fond, même étiologie et même substratum. La différence est que le delirium tremens se déclare à l'occasion d'excès alcooliques, ordinairement chez des buveurs invétérés, mais, délire aigu et delirium tremens sont des septicémies dues à une infection accidentelle (furoncle, métrite...), ou bien à la virulence de microbes latents sous l'influence d'un affaiblissement de l'organisme. Les sujets qui font du délire aigu sont ordinairement des gens mal nourris (mélancoliques, anxieux, agités dont on ne surveille pas l'alimentation, etc.). Ceux qui font du delirium tremens sont des gens qui boivent beaucoup et mangent insuffisamment. Le delirium éclate à l'occasion d'un surmenage ou d'une ivresse. Dans le délire aigu comme dans le delirium tremens, infection et organisme en état de réceptivité.

Les sujets qui font du délire aigu ou du delirium tremens ont souvent le foie, le rein, le cœur, en mauvais état, lésés par des dégénérations graisseuses ou par des scléroses. Ces lésions-là relèvent soit d'une intoxication alcoolique prolongée, soit de maladies infectieuses aiguës graves antérieures : par exemple la typhoïde, les paratyphoïdes... quand les dégénérations ou les scléroses de viscères sont très accentuées, l'organisme se défend mal vis-à-vis de la septicémie cause du délire aigu ou du delirium tremens. Dans ces cas, le pronostic est évidemment mauvais.

Délire aigu et délirium tremens ont, cliniquement, une physionomie très voisine. Ainsi que nous l'avons montré en nos *Eléments de Neuro-Psychyatrie*, le delirium tremens ne diffère guère du délire aigu que par ces tremblements, ses hallucinations plus terrifiantes, en un mot par ses signes surajoutés d'intoxication alcoolique.

Nous avons montré également que le délire aigu et le delirium tremens ne sont point psychoses de n'importe qui. Ce sont, l'un et l'autre, des psychoses ne se déclarant que chez des sujets à lourde hérédité mentale ou névropathique. D'où leur gravité ; d'où les séquelles mentales (schizophrénies, démence précoce, confusion mentale chronique, idées délirantes chroniques) que conservent certains sujets après leur guérison de la septicémie et de la psychose aiguë.

Certaines races moins vigoureuses, plus affaiblies (Bretons, Vendéens...) et mal nourries sont plus riches que d'autres en délires aigus et en deliriums tremens. Ce qui, par exemple, en Flandre restera à l'état de confusion mentale ou de délire fébrile à 38° ou 38°5, sera facilement en Vendée délire aigu à 39°, 40° et au-delà. Les restrictions alimentaires de la guerre ont favorisé le délire aigu et le delirium tremens.

Au point de vue tableau clinique, le délire aigu n'est pas toujours une confusion mentale avec fièvre très élevée. Nous avons montré, avec le Dr Avella, que le délire aigu peut être exempt de confusion mentale. Il peut être un délire hallucinatoire avec fièvre élevée, tout à fait cohérent et sans désorientation. Il peut être aussi, sans agitation, un état de stupidité avec fièvre élevée. Le delirium tremens, lui, est ordinairement agité et confusionnel plus ou moins, en raison de l'appoint alcoolique : mais la confusion mentale peut quelquefois y être minime.

Délire aigu et delirium tremens sont donc des affections mentales aiguës extrêmement graves. Quel traitement leur opposer ?

Celui des septicémies, le traitement anti-infectieux. La thérapeutique est la même, qu'il s'agisse de délire aigu ou de delirium tremens.

Il faut pratiquer de suite un abcès de fixation avec de l'essence de térébenthine. Puis, injection d'électrargol à haute dose (10 cc. intra-veineux et intra-musculaire). On renouvelle plusieurs jours de suite ou à deux jours d'intervalle cette injection d'électrargol. L'électrargol intraveineux donne toujours un choc plus ou moins accentué.

On peut remplacer l'électrargol par l'urométine, qui donne moins de choc. Il faut répéter chaque jour l'urométine intraveineuse jusqu'à ce que la fièvre tombe. Urométine, à haute dose, bien entendu.

Electrargol et urométine sont, à l'heure actuelle, les deux médicaments de choix, dans le délire aigu ou le delirium tremens.

Injections quotidiennes de strychnine et de sérum artificiel. Nous donnons la préférence au sérum glyco-ioduré. L'iode, antitoxinique, favorise en même temps la leucocytose.

Soutenir le cœur avec de petites doses stimulantes de digitale (infusion de préférence) tant que la fièvre n'a pas disparu. C'est très important : car le myocarde flanche volontiers chez les délirants aigus ou deliriums tremens même encore jeunes.

Non moins importante est la bonne alimentation du malade avec du lait sucré et des œufs battus. S'il refuse de manger, alimenter à la sonde par le nez. Il faut alimenter le plus possible les délirants aigus et les deliriums tremens. S'ils ne mangent ou si on ne les fait manger, ils sont perdus.

Huile camphrée. Compresses humides en permanence sur le front et sur la nuque.

Tel est le traitement qui, ordinairement, donne des succès et sauve la vie au malade.

Le *vaccin de Minet*, efficace contre les staphylocoques, streptocoques, pneumocoques et pyocyaniques, peut rendre de grands services dans le traitement du délire aigu et du délirium tremens. Rien d'étonnant, puisque ces affections relèvent des microorganismes que combat le vaccin de Minet. Mais nos essais avec cette préparation nous ont montré la nécessité d'une certaine prudence, dans les psychoses graves que nous avons en vue. Nous avons jugulé un délire aigu chez une femme et guéri un délirium tremens chez un homme rien qu'avec le vaccin de Minet, la bonne alimentation et un peu de digitale pour soutenir le myocarde. Ce sont deux beaux succès à l'actif du vaccin de Minet qui, pourtant, ne fut point inventé pour les maladies mentales !...

Mais dans deux autres cas, le vaccin de Minet parut moins efficace et nous dûmes recourir sans perdre de temps à l'électrargol ou à l'urométine et à l'abcès de fixation avec les autres médications adjuvantes.

L'utilisation du vaccin de Minet dans les maladies mentales aiguës fébriles n'en n'est pas moins à étudier. Elle

est intéressante, puisque qu'elle nous a donné deux grands succès en collaboration avec le Dr Avella (1).

Délire aigu et délirium tremens sont des psychoses aiguës toxi-infectieuses d'hôpital psychiatrique. Il importe pour sauver la vie du malade, de les traiter énergiquement par les médications antiinfectieuses que nous venons d'exposer.

MOUVEMENT MEDICAL

Tumeurs pancréatiques et sécrétion insulinique

Les troubles du mécanisme glyco-régulateur font assez souvent partie de la symptomatologie du cancer du pancréas. Ils s'observent dans les tumeurs de la tête avec rétention bilio-pancréatique et même dans celles du corps qui n'entravent que partiellement la sécrétion externe de la glande. Les classiques estiment qu'ils existent dans un tiers des cas : il s'agit, soit d'une glycosurie provoquée, soit d'une glycosurie spontanée et légère, soit enfin d'une glycosurie abondante avec polydipsie, polyurie, polyphagie, réalisant alors un tableau de diabète pancréatique dont l'observation de Brault et Ameuille fournit un exemple typique. Toutefois, l'évolution de cette glycosurie est assez particulière : les auteurs insistent sur le fait qu'elle dépend étroitement de l'alimentation ; elle disparait à la période terminale de la maladie, et son degré ne semble nullement en rapport avec l'étendue des lésions parenchymateuses (Bard et Pic, Ewald, von Hansemann). On serait tenté d'invoquer, pour l'expliquer, une insuffisance de la sécrétion insulinique. L'hypothèse n'a rien d'illogique. Mais aucun des arguments cliniques, anatomiques et biologiques qui peuvent servir à la justifier n'est à l'abri de graves objections. Il est donc pour le moins prématuré de décrire un syndrome d'*hypo-insulinisme* au cours du cancer du pancréas.

***

A l'opposé, les récents travaux américains ont permis d'individualiser d'une façon indiscutable le syndrome d'*hyperinsulinisme* des cancers langerhansiens. Cette forme particulière du cancer pancréatique n'est pas nouvelle : Fabozzi (1) en 1903 et Horgan (2) en 1920 en avaient décrit les caractères histologiques. Mais ses symptômes cliniques ne retinrent l'attention et ne prirent leur signification véritable qu'après la découverte de l'insuline et la connaissance du syndrome d'hypoglycémie insulinique. Pendant quelque temps l'hypoglycémie spontanée suscita de nombreux travaux, entre autres ceux de Seale Harris (3), de Guy Laroche, Lelourdy et La Bussière (4), de Sandrail et Planques (5) et fut étudiée surtout au point de vue clinique, mais il apparut bientôt qu'un certain nombre de cas s'accompagnait de lésions pancréatiques et plus particulièrement d'altérations des îlots de Langerhans. Aussi Warren (6) en 1926 publiait une étude fort documentée sur l'adénome langerhausien et plus récemment Wilder, Allan, Power et Robertson (7) rapportaient l'histoire fort complète d'un cancer langerhansien avec hyperinsulinisme et hypoglycémie. Cette remarquable observation est aussi typique qu'on peut le souhaiter : aussi la reproduisons-nous presque intégralement.

Un médecin âgé de 40 ans se plaint en 1919 de douleur épigastriques qui font porter le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Après laparotomie, on ne trouve aucune lésion gastrique : une gastro-entérostomie est néanmoins pratiquée. La douleur s'atténue pendant quelque temps puis reparaît périodiquement pendant les années qui suivent, sans s'accompagner d'autres symptômes qu'une glycosurie simple cédant facilement au régime de restriction hydrocarbonée. En 1925 surviennent de soudaines attaques de « défaillance » et de faiblesse avec paresthésies au niveau de la langue et des lèvres : elles deviennent bientôt plus fréquentes et plus sévères et s'accompagnent de sueurs profuses et de tremblement. Elles surviennent dans l'intervalle des repas, après un effort physique inhabituel et plus particulièrement quand les repas sont espacés. Le malade remarque qu'elles ne se produisent pas s'il ingère quelqu'aliment ou s'il absorbe des boissons sucrées. Elles aboutissent parfois au collapsus avec confusion et stupeur, voire même au coma. Ces symptômes graves cèdent pourtant en quelques minutes à l'ingestion de glucose ou à l'injection intraveineuse de dextrose. Pour les éviter, le malade doit rapprocher de plus en plus ses repas ; il doit même se faire veiller pendant son sommeil.

Ces attaques rappellent point pour point celles que l'on observe à la suite d'injection de doses trop élevées d'insuline. En fait, elles s'accompagnent d'une hypoglycémie considérable et leur gravité semble en rapport direct avec le degré d'abaissement du sucre sanguin. Ainsi au début de la crise, quand apparaissent l'angoisse et les paresthésies, la glycémie est de 0,55. Une demi-heure après elle tombe à 0,36, la parole devient incohérente, on note des tressaillements musculaires ; un peu plus tard, des convulsions générales irrégulières surviennent, le taux du sucre sanguin est à 0,27. On fait alors absorber 15 grammes de dextrose par la bouche et 20 minutes après, le malade peut reprendre une conversation normale : la glycémie est remontée à 0,65.

Les injections d'adrénaline et d'extrait hypophysaire, produits pourtant hyperglycémiants, sont sans action : elles n'empêchent pas l'évolution de l'attaque.

Le diagnostic posé fut celui d'hypoglycémie par hyperinsulinisme. L'intervention chirurgicale demandée par le patient en décembre 1926 permit de constater l'augmentation du volume de la queue du pancréas qui était dure et nodulaire et la présence de tumeurs jaune grisâtre affleurant la surface du lobe droit du foie. Un fragment de cet organe fut prélevé dans une partie saine, on y dosa le glycogène dont le taux atteignait 3,49 %.

Fait curieux, la quantité de sucre qu'il fallut injecter dans les veines durant les heures qui suivirent l'opération pour maintenir la glycémie à un taux suffisant fut beaucoup moins considérable que celle qui eût été nécessaire en dehors de toute anesthésie.

Les suites opératoires furent normales. Mais la consommation de sucre devint énorme et atteignit jusqu'à 1 kg. par jour. L'application de radium sur la région hépatique fut sans effet et la mort survint le 3 janvier 1927.

L'autopsie fut pratiquée 2 h. 25 après la mort. On trouva un pancréas pesant 120 gr., induré au niveau de la queue, dont la section montra des nodules jaunâtres : on retrouvait le même aspect dans les ganglions voisins et dans les métastases hépatiques.

L'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'un cancer langerhansien. Au niveau du pancréas, les cellules tumorales, englobées dans un stroma dense, étaient distribuées en bandes irrégulières ou en îlots et se groupaient habituellement en deux rangées autour des capillaires. Le cytoplasme était légèrement basophile, le noyau volumineux avec un nucléole distinct, et bien que leur taille, leur forme, leurs réactions colorantes, fussent assez variable, bien que par places fût ébauchée une disposition alvéolaire, l'ensemble avait une ressemblance frappante avec les îlots de Langerhans. Au centre de la tumeur et en différentes zones, on trouvait des plages de nécrose ou des aspects de dégénérescence.

Au niveau du foie, la structure langherhansienne était plus typique encore. Les cellules étaient plus fortement colorées, en rapport étroit avec des sinus remplis de sang : elles présentaient de nombreuses figures de mitoses. Il

(1) Voir nos articles antérieurs sur le délire aigu et le délirium tremens dans le *Progrès médical* et les *Annales médico-psychologiques*.

n'y avait pas trace de dégénérescence ni de réaction fibreuse. Les cellules hépatiques voisines étaient bourrées de glycogène.

Ces différentes constatations permettent de conclure :

1° Que la tumeur pancréatique dans une première phase a évolué d'une façon très lente sans grande tendance prolifératrice ni hypersécrétante. La preuve en est donnée par l'intense réaction fibreuse et les processus nécrotiques qu'on trouve sur les coupes.

2° Que les métastases hépatiques, bien plus récentes, douées d'une grande activité prolifératrice et richement vascularisées, sont responsables de l'hyperinsulinisme qui s'est manifestée dans les 18 derniers mois de la maladie.

Une preuve indiscutable en est encore donnée par le dosage de l'insuline, qui fut pratiqué comparativement dans les parties néoplasiques et dans les parties saines du foie : dans ces dernières on ne put déceler d'insuline, tandis que 100 grammes de tumeur métastatique fournirent quarante unités d'insuline, c'est-à-dire le quart ou la moitié de ce que contient habituellement un pancréas.

Une preuve également nette de l'abondance anormale de la sécrétion insulinique est fournie par l'inefficacité des injections d'adrénaline et d'extrait hypophysaire : elles se sont montrées impuissantes à élever la glycémie ou à empêcher sa chute. Seule l'anesthésie à l'éther diminua l'hyperinsulinisme pendant les heures qui suivirent la seconde laparotomie. C'est en effet la seule raison qu'on puisse invoquer pour expliquer la relativement faible quantité de sucre qu'il fut alors nécessaire d'administrer au malade pour maintenir sa glycémie à un chiffre suffisant, car il ne semble pas que le sujet ait utilisé ses réserves glycogéniques : dans le foie tout au moins, les dosages pratiqués à l'occasion de l'intervention et après la mort ont montré un taux élevé de glycogène. L'influence de l'éther sur la sécrétion de l'insuline est d'ailleurs bien connue depuis les expériences de Best.

Tout concourt donc à faire admettre que l'hypoglycémie est due à une hypersécrétion considérable d'insuline et que celle-ci résulte de l'activité des cellules métastatiques du foie. Ces cellules, sécrètent d'une façon continue et les auteurs pensent que leur situation anormale les soustrait au mécanisme régulateur physiologique, lequel dépend normalement du taux de la glycémie.

* * *

Cette très complète observation résume la plupart de celles qui ont trait aux hypoglycémies par hyperinsulinisme. Celle de W. Talhimer et F.-D. Murphy (8) concernait une femme de 57 ans, chez qui durant deux ans et demi se repétèrent des crises de somnolence puis des attaques épileptiformes de plus en plus rapprochées. On ne trouva rien autre à l'examen qu'une hypoglycémie à 0,60 puis à 0,33. L'autopsie révéla une petite tumeur nodulaire du pancréas, de type langerhansien encapsulée et assez bien limitée dont il est difficile de dire si elle répondait à un adénome ou à un carcinome peu malin.

Celle de Mac Clenahan et Norris (9) rapporte l'histoire d'un homme de quarante et un ans qui se plaignait d'attaques de « perte de la mémoire » suivies parfois de coma si bien que le diagnostic d'encéphalite fut envisagé. Cependant les bons effets de l'ingestion de sucre, le taux extrêmement bas du sucre céphalo-rachidien (0,20) et du sucre sanguin (0,40 en moyenne) permirent de rapporter ces symptômes à l'hypoglycémie. L'autopsie révéla un adénome langerhansien typique sans figures de malignité ni métastases ; dans le tissu pancréatique adjacent les îlots étaient plus volumineux et plus nombreux qu'il n'est habituel. Mais les essais d'extraction d'insuline ne furent pas suivis de succès, par suite, disent les auteurs d'une faute de technique.

La revue de Warren qui remonte à 1926 rassemble les 20 cas d'adénome langerhansien publiés jusqu'à cette date. Cinq d'entre eux s'accompagnaient d'hyperplasie des îlots voisins de la tumeur : il est possible que cette lésion représente le premier stade de l'adénome.

* * *

Différents arguments cliniques, anatomiques, biologique, tous de grande valeur, concourent donc à justifier l'individualité d'un chapitre nosologique nouveau, celui des hypoglycémies par hyperinsulinisme, dont le substratum anatomique essentiel est la prolifération anormale des cellules langerhansiennes à qui est dévolue la sécrétion de l'insuline (1).

Il s'agit le plus souvent d'adénome, parfois de carcinome, le premier pouvant d'ailleurs subir la transformation maligne : l'observation de Talheimer et Murphy semble en donner un exemple.

* * *

De telles lésions langerhansiennes posent un important problème de pathogénie et d'histogénèse.

Dans l'ordre expérimental, Herxheimer (10) a pu récemment prouver, après Alpern et Leites, Nather, Priesel et Wagner, que la ligature des canaux excréteurs du pancréas du chien non seulement détermine une chute de la glycémie et une augmentation de la tolérance hydrocarbonée de l'animal, mais encore provoque le développement des îlots aux dépens des acini. Chez la poule, la ligature de tout ou partie des canaux excréteurs pancréatiques a pour conséquences une hypoglycémie qui peut être grave, l'atrophie de la glande, l'apparition de nouveaux îlots avec cellules très développées. L'extrait de ce pancréas peut se montrer cinq fois plus actif sur la glycémie du lapin que celui d'un pancréas normal.

Est-ce à dire qu'il faille incriminer, pour expliquer la formation de l'adénome chez l'homme, un mécanisme analogue ? L'hyperplasie et l'augmentation numérique des îlots sont-elles secondaires à une gêne ou à une altération de l'excrétion pancréatique ? Rien ne permet de le dire, car la sécrétion externe du pancréas n'est guère étudiée dans les différents cas publiés. Seale Harris a seulement constaté qu'il n'existe pas de rapport entre le « dysinsulinisme » et les troubles de la sécrétion gastrique, dont on sait qu'elle déclanche physiologiquement le fonctionnement du pancréas. Il admet que le « dysinsulinisme » peut être dû à une pancréatite. Le fait est très vraisemblable d'autant plus que l'hypertrophie langerhansienne est fréquemment observée dans les pancréas scléreux de la tuberculose, des cirrhoses veineuses, de la syphilis (Parmentier et Chabrol (11) et que les formes de passage acino-insulaire sont très nombreuses dans les pancréatites sans glycosurie (Gellé) (12). Pourtant la relative fréquence des pancréatites chroniques s'oppose à la rareté du syndrome d'hypoglycémie : il est prématuré d'établir entre les deux affections un rapport de causalité et les facteurs qui favorisent le développement de l'adénome langerhansien demeurent encore obscurs.

Cet adénome peut dégénérer. Il peut sans aucun doute être à l'origine d'un cancer langerhansien. Une néoplasie de ce type découverte par hasard chez un chien et étudiée par P. Bru (13) prête à d'intéressantes constatations histologiques. La présence de masses syncytiales, la riche vascularisation de la tumeur et de ses métastases, dans lesquelles les capillaires forment parfois de véritables lacs sanguins, prouvent nettement la fonction endocrine de ce cancer. Bien plus, les coupes permettent d'observer des formes de passage entre le tissu acineux et le tissu insulaire. Ainsi on voit une moitié d'acinus se fondre insensiblement dans la masse langerhansienne ; les cellules

(1) C'est du moins l'opinion généralement admise. Cependant Mc Leod et Mac Cormick, Herxheimer soutiennent que l'hormone pancréatique peut être sécrétée non seulement par les îlots mais aussi par les acini. Consulter aussi à ce sujet le « Mouvement médical » de A. Ravina, Insuline et sécrétion externe du pancréas. (*Presse médicale*, n° 21, 14 mars 1928, p. 325-327.)

BIBLIOGRAPHIE

Traitement du goitre simple, par le Dr Pierre Burgeat. 1 vol. 12 fr. Legrand, éditeur, 93, boulevard St-Germain.

Ceux qui ne connaissent pas encore suffisamment la chirurgie thyroïdienne, ceux qui avant d'entreprendre une opération sur le corps thyroïde, veulent se remémorer quelques détails de technique, trouveront un bon guide dans ce petit livre. Il a les deux qualités essentielles d'un ouvrage de ce genre : la clarté et la précision. Sans avoir la prétention de traiter complètement la vaste question des goitres et en laissant sagement de côté l'opération du goitre exophtalmique et celle du goitre malin qui, beaucoup plus délicates, ne doivent être entreprises que par un chirurgien rompu aux interventions cervicales et thyroïdiennes, il renferme tout ce qu'il faut savoir pour mener à bien le traitement des goitres simples.

Encyclopédie par l'image, Louis XIV. Un vol. in-8°, broché : 4 francs. Librairie Hachette,

Le règne de Louis XIV fut un des plus longs de l'histoire : soixante-treize ans ! Il fut lui-même l'un des plus grands rois qu'ait connus le monde.

De ce règne, de ce roi, le nouveau fascicule de l'« Encyclopédie par l'image », en un texte sobre et attrayant, en une riche et originale galerie de 110 illustrations, trace la vivante histoire et brosse le saisissant portrait.

Revue des études napoléoniennes, mensuelle. Abonnement, France : 60 fr. ; étranger : 75 fr. Administration : 28, rue de Versailles, Le Chesnay (Seine-et-Oise).

Sommaire du n° d'avril 1929 : E. P. Bouwet : Lettre de Bonaparte à Joséphine (3 pl. hors texte). — E. Driault : Les enseignements de Napoléon : Napoléon et l'Etat moderne.

Mémoires et documents. — Palais Impérial du Quirinal, devis général par l'architecte Sterni, 2e et dernière partie.

Chronique napoléonienne. — Le retour de Napoléon : A Laffrey (2 pl. hors texte).

Lectures napoléoniennes. — *Publications napoléoniennes.*

Sommaire du n° de mai 1929 : E. P. Bordeaux : Le passage de Napoléon en Crète en 1798. — E. Driault : Les enseignements de Napoléon : III. Le système continental. — E. Le Gallo : Le duc de Bourbon dans l'ouest en mars 1815 (1re partie).

Chronique napoléonienne. — La légende de Napoléon en Grande-Bretagne : appel aux lecteurs de The French Quaterly.

Lectures napoléoniennes. — *Publications napoléoniennes.*

Ce qu'il faut connaître de la finance internationale, par Jean Compeyrot. Un volume petit in-8 sur papier d'Alfa, 8 fr. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris 6e.

En ces temps de démagogie, la finance internationale a mauvaise presse. Après la Bible, Ponson du Terrail a gravé dans l'esprit des masses la légende des puissances occultes. N'est-il pas plus facile d'incriminer la cupidité scélérate de vieillards guêtrés de blanc décidant dans la fumée des havanes, la course aux armements ou la ruine de la petite épargne, que de s'imposer individuellement la stricte discipline par où l'épargne des peuples se régénère.

M. Jean Compeyrot nous ramène à une appréciation plus judicieuse des choses. Ne nous en plaignons pas. Dans son analyse des grands marchés financiers, de leurs vicissitudes et de leurs luttes, il y a quelque chose d'épique Il célèbre les bienfaits de la pluie d'or qui met en valeur les pays neufs, tandis que les fils télégraphiques annoncent au monde, l'étreinte quotidienne des nouvelles Dané.

acineuses groupées en arcs de cercle perdent leur affinité pour l'hématéine pour devenir progressivement acidophiles, se détachent de la basale et se groupent en travées le long des capillaires néoformés. « La transformation acino-insulaire n'est pas douteuse... Cette origine acineuse expliquerait l'absence de figures de mitoses dans le tissu néoformé ». C'est là un argument en faveur de l'hypothèse de Laguesse, selon laquelle les îlots dérivent d'une transformation transitoire des acini. Mais on ne constate pas, dans cette tumeur, de transformation acineuse : elle n'a aucune propension à revenir au type glandulaire exocrine.

A cette différenciation morphologique correspond une spécialisation physiologique : les cellules néoformées définitivement fixées dans leur type, sécrètent un produit hypoglycémiant physiologiquement identique à l'insuline. Son abondance dans le cas de Wilder, Allan, Power et Robertson est telle qu'on ne peut douter qu'il représente la sécrétion propre des cellules langerhansiennes. CRAMER, DICKENS et DODDS (15) n'ont pas trouvé d'insuline dans différentes tumeurs malignes, et si ROFFO et CORREA (14) ont pu en extraire une minime quantité à partir de grandes masses de sarcome spino-cellulaire du rat blanc, la richesse insulinique de cette tumeur était bien loin d'atteindre celle du cancer langerhansien des auteurs américains.

***

Voici donc un exemple qui prouve à nouveau que les cancers développés aux dépens d'un tissu glandulaire sont doués d'une sécrétion dont les effets sont pratiquement identiques à ceux de la sécrétion normale du tissu originel. Aux groupes des « tumeurs endocrines » (16) déjà connues, dont la remarquable observation de von Eiselsberg ouvrit l'étude, et dont la sécrétion est à ce point spécifique qu'elle provoque par son abondance anormale le syndrome précis d'hyperfonctionnement propre à la glande intéressée, s'ajoutent maintenant les adénomes et les cancers langerhansiens : l'hypoglycémie par hyperinsulinisme en est la traduction clinique essentielle.

André LEMAIRE.

BIBLIOGRAPHIE

(1) FABOZZI (SALVATORE). — Ueber die Histogenese des primären Krebses des Pankreas. *Beitr. zu path. Anat. und zu allg. Path.*, 34 199-214, 1903.

(2) HORGAN (E.-J.). — The histogenesis of Carcinoma in the islets of the pancreas. *J. Lab. and Clin. med.*, 5.492.442, avril 1920.

(3) HARRIS (Seale).— Hyperinsulinism and dysinsulinism. *J. A, M. A.*, 83.729-733, 6 sept. 1924.

(4) LAROCHE (Guy), LELOURDY et LA BUSSIÈRE. — *Soc. méd. Hôp.*, 2 mars 1928, p. 375. — *Arch. mal. du foie*, déc. 1928, p. 481.

(5) SANDRAIL (M.) et PLANQUES (J.). — Les états hypoglycémiques. *Gaz. des hôp.*, 1927, n° 67 et 69.

(6) WARREN (S.).— Adenomas of islands of Langerhans *A. J. Path.*, 2.335-440, juillet 1926.

(7) WIDER, ALLAN, POWER, and ROBERTSON. — Carcinoma of the islands of the pancreas. Hyperinsulinism and hypoglycémia. *J. A. M. A.*, 30 juillet 1927, n° 5, p. 348-355.

(8) TALHIMER (W.) and MURPHY (F. D.). — Carcinoma of the islands of the pancreas. Hyperinsulinism and hypoglycemia. *J. A. M. A.*, 14 juillet 1928, p. 89.

(9) CLENATRAL (MAC), and NORRIS (G. W.). — Adenoma of the islands of Langerhans with associated hypoglycemia. *Am. J. Med. Sc.* n° 692, janvier 1929, p. 93-97.

(10) HERXHEIMER. — Pankreas Zell-inseln und Insulin nach Unterbindung der Ausführungsgänge der Bauchspeicheldrüse. *Klin. Woch.*, n° 49, 1926, p. 2299-2302.

(11) PARMENTIER (E.) et CHABROL (E.). — Art. Les pancréatites chroniques in Nouveau Traité de médecine, 1re éd., fasc. XX.

(12) GELLÉ. — *Soc. anat.*, juillet 1911, p. 381. — *Soc. méd. hôp.*, 18 avril 1923.

(13) BRU (P.). — Cancer langerhansien généralisé chez un chien. *Revue méd. chir. des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. II, 1927, p. 40-44.

(14) ROFFO et CORREA. — Présence dans les tumeurs malignes d'une substance analogue à l'insuline. *Prensa med. Argent.*, 20 déc. 1926, p. 668.

(15) GRAMER, DICKENS et DODDS. — Insulin in normal and cancerous tissues. *Brit. Journ. Exper. path.*, octobre 1926, p. 299-301.

(16) PARKES WEBER. — Endocrines tumours. *Proceedings of the Royal Soc. of med.*, fév. 1929.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1929 (*suite*).

Splénectomie pour splénomégalie chronique. — M. *Brin* (d'Angers) rapporte l'observation suivante : femme de 67 ans, ayant une grosse splénomégalie avec gastrorragie. Foie légèrement augmenté de volume. Anémie légère et leucopénie. Laparotomie. Splénectomie. Le foie est manifestement cirrhotique. L'examen histologique de la rate enlevée montre l'existence d'une sclérose importante. Etat général très précaire après l'opération. Cependant il remonte rapidement et actuellement la malade est en excellente santé.

M. *Grégoire* dit qu'en réalité, il doit y avoir plusieurs maladies réunies sous le nom de cirrhose de Laennec et qu'il est possible que, dans certaines d'entre elles, le facteur splénique soit le plus important.

Volumineux enchondrome du fémur. — M. *Brin* (d'Angers) a enlevé cette tumeur chez un jeune homme de 19 ans. Elle n'avait jamais gêné l'articulation du genou, ni la marche. Opération conservatrice en énucléant la tumeur et en régularisant son point d'implantation. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un chondrome.

M. *Mouchet* dit que les images radiographiques jointes paraissent être celle d'une exostose ostéogénique, qui aurait dégénéré.

M. *Robineau* a vu une malade qui a greffé un cancer sur une exostose osténique.

Purpura chronique récidivant. — M. *Grégoire* précise les signes de cette maladie et en rapporte trois observations. Les deux premières ont déjà été publiées. La troisième est inédite : malade de 23 ans, ayant présenté des hémorragies et du purpura. Le temps de saignement est au voisinage de 10 minutes ; 50.000 hématoblastes. Transfusion et traitement médical.

Un an après, temps de saignement de 40 minutes, hématoblastes à 10.000. Splénectomie. Guérison complète.

Bistouri à haute fréquence. — M. *Gosset* apporte les résultats de son expérience : deux ablations large du cancer du sein. Cet instrument est d'un emploi très sûr, il coupe parfaitement bien ; la dissection de la veine axillaire a été faite avec des instruments ordinaires. L'hémostase a été réalisée par la coagulation, sauf pour les vaisseaux qui se rendaient directement à la veine axillaire. Même guérison qu'après une opération ordinaire.

M. *Cunéo* dit qu'il faut avant tout passer en tissus sain, et que, dans ces conditions, l'inoculation instrumentale n'es pas à craindre.

M. *Robert Monod* a utilisé aussi le bistouri électrique, d'abord sur des chiens, ensuite chez l'homme dans trois cas. Il Insiste surtout sur la simplicité de l'hémostase.

Transplantation d'un gros orteil pour remplacer un pouce. — M. *Gernez* présente un malade opéré par M. *Petit* (de Château-Thierry).

Brûlures étendues guéries sans pansement. — M. *P. Duval*.

G. MENEGAUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juin 1929.

Les sanatoriums des Petites-Roches. — *M. Cazeneuve* décrit les trois sanatoriums en construction aux Petites-Roches, à Saint-Hilaire-du-Touvet dans l'Isère. Ils donneront un total de 1.100 lits. Tout en constatant leur situation très avantageuse, M. Cazeneuve élève des critiques sur l'énorme dépense engagée. Elle dépassera probablement 60 millions, ce qui porte le prix du lit à 55.000 francs !

Vaccination par le B. C. G. et mortalité tuberculeuse. — *M. Léon Bernard* à la séance du 15 janvier dernier, au cours d'une discussion sur le B. C. G., communiquait une impression tirée de son observation à la crèche de l'hôpital Laennec, à savoir qu'il y recevait depuis quelque temps moins d'enfants prémunis, et que le nombre des formes évolutives de tuberculose chez les nourrissons admis y croissait parallèlement.

Il a fait relever les chiffres, les voici :

En 1926, sur 105 enfants admis à la crèche, 10 avaient reçu le vaccin de Calmette, donc 9,6 p. 100 ; la mortalité tuberculeuse a été cette année de 10 p. 100.

En 1927, le nombre des admissions a été de 140, dont 18 prémunis par le B. C. G. ; donc une proportion de 12,8 p. 100 : la mortalité tuberculeuse s'abaisse à 8,5 p. 100.

Dans le premier semestre de 1928, 68 enfants sont reçus, dont 26 prémunis ; donc une proportion de 38,2 p. 100 : la mortalité tuberculeuse tombe à 4,5 p. 100.

Dans le deuxième semestre de la même année, 42 enfants sont admis, dont 10 prémunis ; donc une proportion de 3,8 p. 100 : *la mortalité tuberculeuse se relève à 14 p. 100 !*

N'est-ce pas la démonstration très nette de l'impression dont M. Léon Bernard avait fait part à l'Académie.

Le surmenage scolaire. — *M. Lesage* apporte son rapport rédigé au nom de la Commission qui avait été nommée pour examiner cette question.

Le rapporteur conclut à la diminution des heures de classe et à une plus judicieuse répartition. Les maxima préconisés pour le travail intellectuel sont : deux heures de classe de six à sept ans, quatre heures de dix à onze ans, six heures à quinze ans, sept à huit heures à partir de seize ans. Il est désirable de placer dans l'après-midi les séances d'éducation physique.

Le rapporteur demande en outre que parents d'élèves et médecins fassent partie des commissions chargées d'élaborer les programmes scolaires.

Le syndrome pâleur et hyperthermie chez les nourrissons opérés — *M. Le Fort* (de Lille), en faisant l'autopsie d'enfants ayant succombé dans ces conditions, a constaté l'existence de lésions congestives intenses de l'encéphale avec hydrocéphalie interne et externe. Ces accidents n'apparaissent qu'après le cinquième jour de la vie et diminuent de fréquence à partir du sixième mois, pour cesser à peu près au delà d'un an.

L'auteur se demande s'ils ne tiennent pas au manque de développement et de coordination des centres nerveux à cet âge. L'anesthésie générale ne met pas à l'abri de ces accidents ; l'anesthésie locale complète, surtout tronculaire, réalise mieux le blocage nécessaire, surtout associée à l'anesthésie générale.

Contribution à l'étude de la tuberculose héréditaire. — *MM. Brindeau et Pierre Cartier.* — Recherchant chez les femmes tuberculeuses, venues à la Clinique Tarnier pour accoucher, le bacille de Koch dans le sang du cordon, soit par l'inoscopie de Jousset, soit par l'inoculation, soit par ces deux procédés simultanément, les auteurs ont mis en évidence ce bacille 25 fois sur 34 cas. Dans le sang de la mère, cette recherche a été positive 13 fois sur 25 sangs examinés. Quant au placenta, sur 31 inoculations, il a tuberculisé 11 fois le cobaye.

Ces résultats montrent que le bacille tuberculeux peut traverser le placenta sain, ainsi que le faisaient prévoir les travaux de MM. Nattan-Larrier et Brindeau sur le passage du globule blanc à travers le tissu placentaire normal.

Variations du pouvoir bactéricide sur le bacille de Koch du sérum sanguin. — *MM. Paul Courmont* et *Gardère* ont étudié le pouvoir bactéricide du sérum sanguin des tuberculeux sur le bacille de Koch. Lorsque ce pouvoir bactéricide est très élevé, la maladie tend vers la guérison. Inversement, le pronostic est moins bon quand le pouvoir bactéricide est bas. Cette propriété humorale semble jouer un rôle important dans la défense de l'organisme contre la tuberculose.

Election de deux membres associés étrangers. Au premier tour, sont élus M. Jean Cantacuzène, directeur de l'Institut Pasteur de Bucarest, et M. Cushing, le chirurgien de Brooklyn.

Séance du 25 juin 1929.

Présentation d'un pansement pour la protection immédiate du champ vaccinal. — *M. L. Camus* présente un pansement aseptique préconisé par le docteur Félix, de l'Institut vaccinogène de Lausanne, qui supprime toute surveillance après l'inoculation et qui permet au vacciné de remettre immédiatement son vêtement. Ce pansement est un simple carré de gaze de 5 centimètres de côté, imprégné de vaseline ; il est utilisé depuis huit ans à la polyclinique universitaire de Lausanne et a donné récemment satisfaction aux médecins qui l'ont employé dans les vaccinations officielles du canton de Vaud.

Intradermo-réaction à la toxine typhique. Ses variations cliniques en rapport avec la réceptivité ou l'immunité typhoïdiques. — *MM. F. Arloing, A. Dufourt* et *Pujos* décrivent l'intradermo-réaction à la toxine typhique, en utilisant pour celle-ci des filtrats sur bougie L3 chauffés une heure à 58 degrés de cultures en bouillon de bacilles typhiques, ou des filtrats de cultures lysées par un bactériophage très actif.

Les faits qu'ils rapportent s'accordent pour démontrer qu'il existe une analogie évidente entre la réaction qu'ils étudient et les réactions de Schick ou de Dick

En effet l'intradermo-réaction typhique est positive (rougeur de la peau) chez les sujets qui n'ont pas eu la fièvre typhoïde, chez les individus en cours de maladie ou depuis peu convalescents, enfin chez ceux insuffisamment ou trop anciennement vaccinés.

L'intradermo-réaction est négative chez un certain nombre de convalescents récents ou de malades touchant à l'apyrexie terminale à la fin d'une dothiénentérie prolongée. Elle est régulièrement négative quinze à vingt jours après la convalescence.

Chez les sujets vaccinés, l'intradermo-réaction est négative, à condition que la vaccination ait été suffisante. Une seule dose de vaccin ou des vaccinations remontant à plus d'une année peuvent s'avérer insuffisantes pour donner une réaction négative.

Parfois, chez des anciens typhiques, guéris par exemple depuis vingt et un ans ou trente ans, l'intradermo-réaction, en redevenant positive, prouve que l'immunité acquise, naturelle ou vaccinale, s'atténue peu à peu et disparaît au cours de la vie.

Au point de vue pratique, la réaction décrite par les auteurs est susceptible de renseigner sur la réceptivité des sujets et surtout de contrôler l'apparition et la persistance de l'état réfractaire chez les vaccinés ou les anciens dothiénentériques.

Indications et résultats de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *MM. Bérard* et *Guilleminet* (de Lyon) font un important exposé sur une statistique personnelle de 245 cas de phrénicectomie ou résection du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ils indiquent la technique qui leur a permis d'en faire une opération très simple et très bénigne.

La résection d'un nerf phrénique agit en déterminant la paralysie complète de la moitié correspondante du diaphragme. A l'écran radiologique, on voit l'hémidiaphragme remonter de 2 à 8 centimètres et quelquefois plus, s'immobiliser en conservant de très légers mouvements passifs. Le poumon subit une réduction de volume d'un cinquième ou d'un quart et il est mis au repos.

La phrénicectomie peut s'utiliser surtout dans les tuberculoses unilatérales avec lésions ulcéreuses graves, inactives, lo-

calisées. Ses effets sont bien moins favorables, bien que quelquefois appréciables, dans les formes aiguës ou dans les formes bilatérales avec forte prédominance d'un côté. La phrénicectomie peut être faite isolément ou combinée à des interventions costales (thoracoplastie et thoracectomie), mais alors l'action des deux interventions se trouve confondue et il est impossible de distinguer leur contribution individuelle au résultat.

Les effets propres à la phrénicectomie peuvent au contraire être appréciés quand l'opération a été autonome. De l'étude de 96 malades opérés ainsi par ces chirurgiens depuis assez longtemps (de six ans à six mois), il résulte que près de la moitié a retiré un bénéfice du traitement. Les résultats vraiment bons représentent 34 p. 100 des cas, dont 14 datent de six à deux ans. Il a été remarqué que les trois quarts de ces succès répondent à des tuberculoses strictement droites. Le siège des lésions (sommet ou base) n'a pas d'importance, de même une symphyse préalable de la plèvre peut ne pas contrarier les bons effets de l'opération.

Des projections démonstratives ont montré l'action extraordinaire de la phrénicectomie sur de très grandes cavernes du sommet ou de la partie moyenne du poumon.

En résumé, judicieusement employée dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, la phrénicectomie peut rendre de très grands services, étant entendu qu'il est impossible de prévoir, dans un cas déterminé, quels seront ses effets exacts.

Traitement de quelques affections de l'estomac chez les paludéens, les tuberculeux et les vieillards, par le suc gastrique naturel du chien. — *M. Henry Maréchal.* — Lorsque Pavlow, en 1890, eut montré le moyen d'obtenir du suc gastrique de chien, après repas succagogue, l'emploi de ce suc gastrique fut largement prescrit, dans les diverses affections gastro-intestinales et cela avec d'autant plus de raison que le suc gastrique de chien est celui qui se rapproche le plus de celui de l'homme.

Sans rappeler toutes les maladies de l'estomac où le suc gastrique a été utilement employé, l'auteur signale cependant, les cas de gastrite qu'il a fréquemment rencontrés chez les paludéens et qui ont été améliorés par le suc gastrique de chien. Ces résultats, très favorables, obtenus avec des doses de 15 centimètres cubes, deux fois par jour, confirment ceux rapportés par Destouches qui, dans sa pratique coloniale, traite de nombreux paludéens, originaires des colonies tropicales africaines, anorexiques et anémiques et dont l'inappétence a cédé à la suite du traitement, par le suc gastrique naturel de chien.

Il apparaît qu'il faut prêter à cette substance une action très favorable, surtout chez les paludéens, saturés de quinine et dont les facultés digestives sont compromises par l'abus, obligatoire, de ce traitement.

Les essais entrepris par l'auteur, dans les anorexies, chez les tuberculeux évolutifs sont des plus satisfaisants et l'on sait combien il est difficile de réveiller l'appétit chez la plupart de ces malades.

Chez les vieillards, ces essais sont particulièrement démonstratifs de l'efficacité de ce suc gastrique.

Chez les vieillards fatigués et anorexiques, hypochlorhydriques, hypopeptiques, présentant des signes de dyspepsie simple, nerveuse ou chronique, l'atonie de tout l'appareil digestif, l'administration de ce suc gastrique a redonné l'appétit, le poids et l'activité du travail digestif.

Certains vieillards, chez lesquels l'insuffisance peptique ne se manifestait pas, par des signes gastriques, mais bien par des signes d'entéro-colite, ont vu la digestion stimulée, la muqueuse réveillée par ce traitement dont l'action se poursuit bien après cessation du produit.

Le suc gastrique de chien fréquemment ordonné chez les enfants et les adultes, trouve toute son indication chez les vieillards dyspeptiques où il se comporte avec le maximum d'action et d'efficacité.

Le goudron contre la poussière des routes. — *M. Guglileminetti* rend compte à l'Académie de médecine des résultats du goudronnage des routes dont il fut le promoteur. Le développement rapide de ce procédé prouve la sympathie qu'il a trouvée auprès du public, car si, en 1922, il a été répandu 16.000 tonnes pour le goudronnage de 1.880 kilomètres, on a répandu 200.000 tonnes en 1928 pour 20.000 kilomètres, chiffres éloquents par eux-mêmes. Plus aucune plainte contre le goudronnage, il est reconnu qu'il n'est nuisible ni à la santé, ni à la végétation. D'après le conservateur du Bois de Boulogne, ce sont les émanations des gaz des moteurs qui tuent les arbres et non le goudron. Au point de vue économique, M. Tardieu, alors ministre des Travaux publics, disait le 8 novembre 1927, à la Chambre : « Le goudronnage est la seule façon de conserver les routes empierrées » et d'après un rapport publié dans les *Annales des Ponts et Chaussées*, en novembre 1928 « une chaussée goudronnée ne nécessitera de rechargement que tous les dix à douze ans, alors que si elle était simplement empierrée, elle ne durerait guère que trois ans ». L'économie annuelle résultant de ce fait sur l'entretien des chaussées est de 4.000 fr. par kilomètre, ce qui représente pour 20.000 kilomètres de routes nationales actuellement goudronnées une somme de 60 millions par an.

Du rôle de la mastication dans la pathogénie de la pyorrhée alvéolo-dentaire. Le bactériophage. — *M. Pitsch.*

L'Ordre des médecins. — La discussion du rapport de MM. Le Gendre et Brouardel est renvoyée au mois d'octobre.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger dans la deuxième division (chirurgie).

Classement des candidats : en première ligne, M. Francisco Dominguez (La Havane) ; en deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique, MM. Arce (Buenos-Aires), Blanco Acedevo (Montevideo), Buerger (New-York), Daniel (Bucarest), Gibson (New-York).

Au premier scrutin, M. Dominguez est élu par 56 voix sur 59 votants.

Séance du 3 juillet 1929.

La carence de magnésium. Ses causes actuelles. — *M. Delbet*, dont on n'a pas oublié les recherches sur les relations du cancer et de la carence de magnésium, apporte à l'Académie un travail très documenté démontrant que la carence actuelle en magnésium ne peut s'expliquer que par des modifications relativement récentes dans les conditions alimentaires. Ces causes de diminution des apports magnésiens sont dues à de prétendus progrès dans l'alimentation, et M. Delbet le prouve en étudiant le sel, le pain et les engrais employés en agriculture.

Autrefois on se servait en cuisine et même à table du gros *sel* gris qui contient 1 gr. 70 p. 100 de chlorure et sulfate de magnésium. Les sels blancs, raffinés, usités aujourd'hui n'en contiennent que 0,35 à 0,45, soit une diminution de 40 à 50 grammes par tête et par an.

Le *pain* était jadis l'aliment le plus riche en magnésium. Il n'en est plus de même aujourd'hui. D'après une analyse faite par M. Breteau on constate que :

La farine de biscuiterie contient 8 mmgr. de Mg p. 100,

— de boulangerie	—	11	—
— de force	—	25	—
— basse	—	62	—
Le remoulage bis	—	70	—
— blanc	—	116	—

On voit que la farine la plus riche en magnésium reçoit le qualificatif méprisant de « basse ». « Ainsi, les sous produits de la mouture, destinés à l'alimentation du bétail, farine basse, remoulage blanc et bis contiennent la majeure partie du magnésium du blé. Le remoulage blanc en contient dix fois et demi plus que la farine de biscuiterie. Qu'on ne s'étonne pas si le bétail se porte souvent mieux que ceux qui le soignent. »

M. Delbet estime qu'on devrait conserver pour l'humanité la grosse quantité de magnésium contenue dans la farine basse et les remoulages actuellement réservés au bétail.

En *agriculture*, on voit employer les engrais artificiels, azote, phosphore, potasse qui augmentent le rendement. Or, on ne

donne pas de magnésium à la terre et cependant « toutes les plantes contiennent du magnésium, particulièrement dans les parties vertes puisque ce métal est l'agent de la synthèse chlorophylienne, et dans la graine puisqu'il joue un rôle capital dans la reproduction. Chaque moisson en emporte et d'autant plus que la récolte est plus belle. On estime qu'une récolte de betteraves à sucre (y compris les feuilles) enlève 90 kilogs de magnésie à l'hectare. Les terres cultivées s'appauvrissent donc en magnésium. »

M. Delbet, s'appuyant sur les plus savants des agronomes, déclare qu'en rendant du magnésium à la terre on mettrait d'accord les progrès agricoles et l'hygiène.

« Je vous ai signalé, dit en terminant M. Delbet, trois causes de carence en magnésium, de démagnésation de l'humanité — le sel, le pain, l'agriculture.

On peut, on doit y remédier — si on le fait la ration alimentaire en magnésium sera ramenée à ce qu'elle était autrefois. Ce sera beaucoup, mais ce ne sera pas encore assez. Il y avait des cancers avant la période d'augmentation récente. D'autre part, comme tout travail cérébral est suivi d'élimination de magnésium par le rein, la vie moderne par le surmenage du système nerveux consomme plus de magnésium que la vie d'autrefois. Aussi j'estime qu'il y aura encore grand intérêt dans bien des cas, surtout à partir de l'âge moyen, à ajouter du magnésium supplémentaire à la ration alimentaire redevenue normale.

Permettez-moi de terminer comme je l'ai fait il y a un an. Je crois pouvoir affirmer que, grâce à toutes ces mesures, le nombre des cancéreux diminuera notablement. »

Discussion — *M. Lapicque* apporte quelques précisions au sujet de l'emploi des différents engrais, et il indique leur influence sur la minéralisation des aliments.

Au sujet de la farine, il rappelle que Benedict conseille d'avoir sur la table, à côté de la moutarde, un bol de son qui sert de condiment et pallie les inconvénients du pain blanc. M. Lapicque rappelle encore que pendant la guerre l'armée américaine ne recevait que du pain blanc. Il en résulta une constipation générale qui devint à un moment une véritable « préoccupation stratégique ». Ne recevant que de la farine trop perfectionnée, l'intendance américaine fut obligée d'acheter du son en Erance pour le mélanger à sa farine.

Le surmenage. — *M Lesage* relit les conclusions de la Commission relatives au surmenage scolaire. Cette lecture amène une courte discussion.

M. Pinard s'étonne que la Commission ait établi une relation entre le surmenage et la tuberculose.

M. Hartmann trouve qu'on enseigne trop de connaissances aux enfants et qu'on ne se préoccupe pas assez de leur former le cerveau.

M. Vaillard, comme M. Pinard, ne voit pas quel est le rôle du surmenage dans le développement de la tuberculose. Il pense que l'encombrement dans les écoles de la ville joue à ce point de vue un rôle autrement important.

Autant que nous avons pu l'entendre, cela paraît être l'avis de *Mme Curie* et de *M. Léon Bernard*.

M. Lapicque apporte une définition du surmenage empruntée aux vétérinaires : « On surmène un cheval quand on le laisse trop longtemps dans les brancards. » On surmène un enfant quand on lui fait faire trop longtemps la même chose. Pour M. Lapicque les trois quarts du travail dans les lycées sont absolument inutiles.

L'accord n'étant pas parfait, les conclusions du rapport de M. Lesage sont renvoyées à la Commission à laquelle l'Académie adjoint deux professeurs à la Sorbonne : MM. Lapicqne et Georges Dumas.

Désodorisation et désinfection de l'air dans une salle. — *M. Cambier* expose uu procédé de désinfection basé sur l'emploi du charbon.

Le signe de l'œdème de la paupière inférieure chez les rétentionnistes. — *M. Fodéré.* — Ce signe est l'indice d'une rétention uréo-chlorurée, en dehors de tous troubles d'albuminurie. En présence d'œdème de la paupière inférieure il sera judicieux de penser à l'insidieuse et sournoise néphrite, et en l'absence de tout autre signe le malade sera mis en observation.

La résorption de cet œdème local formant sous les yeux une poche flétrie sera un indice de guérison ou amélioration.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 2e division (chirurgie).

Classement des candidats :

En première ligne : MM. G. Phocas (d'Athènes) et Patel (de Lyon).

En seconde ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Abadie (d'Oran), Lafourcade (de Bayonne), Le Roy des Barres (d'Hanoï), Ménard (de Berck.)

Au premier tour, M. le professeur G. Phocas, ancien interne des hôpitaux de Paris (1881), professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Athènes, et M. le professeur Patel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin 1929.

Sur le traitement des névraxites et des formes jeunes de la sclérose en plaques par les vaccins associés aux injections d'iodure de sodium. — *MM. Clovis Vincent et Krebs.* — L'observation des formes classiques de l'encéphalite épidémique, surtout l'observation des formes atypiques a permis de distraire du cadre de la syphilis, un certain nombre de maladies du système nerveux de types variés mais dont l'allure infectieuse est souvent incontestable. Elles peuvent atteindre tous les étages du névraxe (d'où le nom de névraxite). Certaines d'entre elles aboutissent à la sclérose en plaques. Depuis trois ans, nous avons traité plus de cent cas de ces affections par différents vaccins, et par les injections intra-veineuses d'iodure de sodium. Nous nous sommes arrêtés, parmi les vaccins à la vaccineurine, et au T. A. B. qui donne de fortes réactions, mais est sans danger. Ce traitement ne modifie que des cas très rares de sclérose en plaques anciennes. Mais il fait regresser environ la moitié des cas de scléroses en plaques jeunes et donne souvent l'impression d'une quasi guérison. Dans les névraxites à évolution subaiguë, il donne les apparences de la guérison dans les 2/3 des cas.

Notre expérience n'est que de trois ans pour les cas les plus anciens, nous ne pouvons donc dire si les régressions radicales obtenues sont des guérisons. Nous ne disons pas non plus que les autres traitements utilisés jusqu'ici n'ont plus de droits.

Rapidité d'apparition de la sclérose dans les processus gangréneux aigus du poumon. (Etude anatomique). — *MM. F. Bezançon, Etchegoin, Jean Célice et Jacques Delarue* rapportent trois observations anatomocliniques de gangrène pulmonaire aiguë cliniquement primitive.

Ils insistent à nouveau sur la présence de spirochètes à la périphérie des foyers jeunes. Ils attirent l'attention sur la rapidité d'apparition d'un processus de sclérose autour des foyers récents. Cette sclérose se développe de deux façons : elle est systématique, péribronchovasculaire et périlobulaire ; elle est surtout intralvéolaire, les lésions d'alvéolite fibrinodiapédétique ou nécrotique aboutissant très rapidement et d'une façon immuable à l'aspect de l'alvéolite fibrovasculaire. Au bout de peu de temps cette sclérose prend l'aspect de sclérose mutilante classique. On retrouve ici dans les formes aiguës primitives, quoique moins accentuées, les modifications anatomiques observées dans les gangrènes pulmonaires où domine une sclérose évolutive.

Adénome médullaire surrénal et hypertension paroxystique. — *MM. Labbé, Azerad et Violle* rapportent un nouveau cas de tumeur surrénale avec hypertension paroxystique. Les crises s'accompagnaient de pâleur intense, d'accélération du rythme cardiaque et surtout d'une élévation de la tension artérielle à 25,30 et même au-dessus.

Dans l'intervalle, on constatait des signes de néphrite chronique : albuminurie (0 gr. 75 à 1 gr. 50), légère azotémie (0 gr. 75) et hypertension permanente (T. A. 16/10). Une des crises ayant

entraîné la mort, l'autopsie montra la présence d'une tumeur de la surrénale droite, d'origine médullaire, et qui fut étiquetée : « paragangliome » par les histologistes. Ce cas rapproché des observations antérieures de **MM. Labbé, Tinel et Doumer, Oberling et Yung, Vaquez, Donzelot et Géraudel**, permet d'individualiser un type anatomo-clinique de tumeur médullaire surrénale, dont le diagnostic, porté pendant la vie, devra faire envisager une thérapeutique active, et notamment l'exérèse chirurgicale.

Les lésions cérébrales dans la chorée de Sydenham à forme aiguë. — ***MM. Lhermitte et Pagniez.*** — Si le tableau clinique de la chorée aiguë est définitivement établi, il n'en est pas de même de la formule histologique qui est à la base de la maladie. C'est pourquoi les auteurs ont entrepris, à propos d'un cas de chorée de Sydenham typique, des recherches anatomiques précises. Il s'agit d'une malade de 15 ans qui succomba un mois et demi environ après le début de la maladie sans avoir présenté aucune complication. L'autopsie ne permit de déceler aucune lésion viscérale ni aucune trace d'endocardite. Au point de vue histo-pathologique, les auteurs constatèrent l'existence de lésions très diffuses, n'épargnant, à la vérité, aucune région de l'encéphale. Les lésions les plus marquées portent, d'une part, sur les ganglions lenticulaire et caudé, les formations sous-thalamiques et d'autre part sur le système cérébelleux. Sur ce dernier système, les altérations frappent au maximum les noyaux dentelés et les cellules de Purkinje.

L'écorce cérébrale n'est pas ménagée non plus. Le lobe frontal laisse reconnaître des altérations de même nature que le corps strié.

Relativement à la qualité des lésions, les auteurs insistent sur ce fait que, malgré que leur attention ait été dirigée dans ce sens, ils n'ont pu mettre en évidence aucune réaction exsudative des méninges ni de la charpente conjonctivo-vasculaire du cerveau ni du cervelet.

Les altérations s'affirment ici purement dégénératives et non inflammatoires. De plus, à ces lésions dégénératives s'associent des modifications mécaniques des vaisseaux : œdème pariétal, vaso-dilatation extrême, rupture des parois, hémorragies dans les gaines de uoqɔɹiΛ et Robin. La réalité des altérations dégénératives et cellulaires est confirmée par la présence de nombreux éléments de désintégration, produits de la transformation du complexe cytoplasmique des neurones. La chorée de Sydenham dans sa forme primitive et essentielle, s'oppose ainsi très nettement aux chorées aiguës qui s'accompagnent de réactions exsudatives et cellulaires ; elles ressortissent aux processus inflammatoires : celle-ci doit être considérée comme une encéphalite, celle-là, comme une encéphalose.

Sclérodermie atrophique généralisée avec syndrome ovaro-mammaire (syndrome génito-sclérodermique), d'origine tuberculeuse. — ***MM. F. Trémolières, J. Lhermitte, A. Tardieu et A. Carteaud*** rapportent l'observation d'une jeune fille de 19 ans, non entachée de syphilis, atteinte d'une sclérodermie généralisée atrophique dont l'évolution, régulièrement progressive, aboutit à la cachexie et à la mort en trois ans et demi environ. Le début de cette sclérodermie a coïncidé avec la suppression totale de la fonction menstruelle et avec l'atrophie des seins.

Du point de vue histologique, le revêtement cutané a subi les altérations décrites sous le terme de sclérodermie atrophique (atrophie du stratum granulosum, effacement des papilles dermiques, couche de Malpighi reposant sur un chorion dépourvu de hérissements, atrophie des bouquets capillaires). Dans les ovaires et les seins, la sclérose est complète et les éléments glandulaires ont disparu. La substance corticale des reins est atteinte également d'une sclérose parcellaire accentuée.

Cet exemple de l'association sclérodermie syndrome ovaro-mammaire, entre dans le cadre des syndromes pluriglandulaires qui marquent la période d'évolution pubérale.

Les auteurs admettent que dans ce cas, la sclérodermie et la sclérose des glandes ovariennes et mammaires, les altérations scléreuses rénales sont l'expression, dans les différents organes, d'un même processus morbide déchaîné par un même facteur étiologique : la tuberculose. A l'autopsie, ils ont découvert, en effet, une volumineuse adénopathie bacillaire juxta-pancréatique, histologiquement vérifiée, demeurée latente et qui ne s'est indirectement manifestée que par les altérations cutanées et glandulaires.

Les modifications électrocardiographiques dans l'angor aigu coronarien fébrile. — ***MM. Lian, O. Viau*** et ***C. Vidrasco*** confirment à l'aide de 13 observations personnelles avec électrocardiogrammes, les notions anglo-américaines sur les caractères et l'évolution des modifications électrocardiographiques dans la thrombose aiguë coronarienne (angor aigu coronarien fébrile de Lian). Ces modifications consistent dans la surélévation ou la dépression de la ligne qui rejoint les accidents initiaux RS et l'accident terminal T de la systole ventriculaire, ou dans le caractère négatif et pointu de l'accident T précédé ou non d'une onde curviligne ; elles disparaissent plus ou moins rapidement après la crise d'angor aigu.

Les tachycardies permanentes par flutter. — ***MM. C. Lian, A. Blondel*** et ***O. Viau.*** — Les tachycardies par flutter sont surtout paroxystiques, toutefois on en a signalé durant des mois et des années. Lian, Blondel et Viau, en tablant sur 10 observations personnelles, montrent qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas où une accélération cardiaque ayant l'allure d'une tachycardie permanente relève cependant d'un flutter.

Dans les tachycardies permanentes par flutter, tantôt les troubles fonctionnels sont minimes, tantôt et plus souvent la tachycardie coexiste avec d'importants signes d'insuffisance cardiaque, exceptionnellement même avec des douleurs angineuses.

La clinique peut permettre sinon un diagnostic ferme, du moins un diagnostic de grande probabilité. On aura le droit de penser au flutter dans une tachycardie permanente présentant les caractères suivants : accélération cardiaque permanente d'un taux élevé (130 à 150 pulsations à la minute), contractions cardiaques régulières, fixité du chiffre des pulsations dans les diverses attitudes et même après un petit effort, facilité de provocation de courtes pauses cardiaques par la compression des yeux ou du sinus carotidien. Six des dix observations des auteurs présentaient ces caractères schématiques. Dans les quatre autres, le diagnostic clinique était impossible, car la tachycardie s'accompagnait de quelques irrégularités ayant cliniquement l'allure d'extrasystoles.

Le diagnostic électrocardiographique est facile. Dans les cas habituels avec tachycardie régulière, il montre de grandes ondulations auriculaires régulières, dont le nombre est un multiple (en général le double) de celui des contractions ventriculaires. Dans les cas où la tachycardie s'accompagne d'irrégularités, l'électrocardiogramme montre les mêmes contractions auriculaires amples et régulières, mais les systoles ventriculaires se produisent chez le même malade tantôt après deux, tantôt après trois ou quatre contractions auriculaires. Lian, Blondel et Viau laissent en dehors de leur travail les cas qui cliniquement ont l'allure d'une arythmie complète et relèvent soit d'un flutter avec très grand désordre ventriculaire, soit d'un mélange de flutter et de fibrillation (oreillettes plus rapides encore et désordonnées).

Un traitement méthodique et énergique arrive habituellement à vaincre les tachycardies par flutter, alors qu'elles datent de trois mois, six mois, un an et même plus. Il consiste dans des cures digitaliques d'intensité croissante, alternant avec des cures de sulfate de quinidine. Il n'est pas rare d'être obligé d'arriver à une dose totale de 4 milligr. de digitaline cristallisée en une dizaine de jours pour vaincre un flutter permanent. Les malades sont remarquablement soulagés, les signes d'insuffisance cardiaque regressent rapidement avec la disparition du flutter.

Le diagnostic des tachycardies permanentes par flutter est donc d'un grand intérêt pratique puisqu'il entraîne des prescriptions spéciales d'une grande efficacité.

René GIROUX.

(*Voir la suite page* 1225.)



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

De la conduite à tenir en cas d'hématurie,

Par le Dr L. BOULANGER,
Assistant à l'Hôpital d'Urologie.

En cas d'hématurie, la conduite à tenir varie ; mais ne dépend, ni de la cause de l'hématurie, ni de l'organe qui en est la source, ni des conditions où elle se produit, ni enfin des circonstances qui l'accompagnent mais, surtout et même uniquement de son abondance.

Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue que l'hématurie (à part les cas extrêmement rares d'hématurie essentielle), n'est pas une maladie, une entité morbide, mais un symptôme commun à un très nombre d'affections des organes urinaires. On peut même dire qu'on la rencontre dans toutes les maladies de ces organes depuis les plus bénignes tels que le rein mobile ou la cystite blennorrhagique, jusqu'aux plus graves, comme les grands traumatismes du rein, certains cas d'hypertrophie prostatique, les néoplasmes du rein et de la vessie, en passant par les affections bacillaires, calculeuses et parasitaires de ces organes. Dans la plupart de ces maladies l'hématurie d'abondance minime ou d'intensité moyenne non préoccupante par elle-même reste un des symptômes de la maladie qui lui donne naissance sans réclamer, en général, un traitement à part et qui lui soit propre, mais disparaît avec les autres symptômes de la maladie qui lui a donné naissance et en même temps qu'eux par la guérison de cette maladie en vertu de l'adage : *Sublata causa, tollitur effectus.* Ici le traitement du symptôme hématurie se confond avec celui de la maladie causale et ne fait qu'un avec lui.

Mais à côté de ces cas, il en est d'autres qui, pour n'être pas extrêmement fréquents ne sont pas absolument exceptionnels et dans lesquels l'hématurie par son abondance, sa durée et sa répétition inquiétante domine le drame pathologique qui se joue, et du rôle secondaire de symptôme passe à celui de vedette ; de maladie exigeant un traitement de nature à y mettre fin, sous peine de la voir compromettre sérieusement la santé du malade et même mettre ses jours en danger. J'en donnerai comme exemple celui des grands traumatismes du rein dans lesquels le saignement de l'organe lésé commande une néphrectomie d'urgence qui seule permettre de la juguler par la ligature des vaisseaux du pédicule rénal.

Mais en outre de ces cas très rares, il y en a qui le sont beaucoup moins et qui même se rencontrent assez féquemment dans la pratique urinaire : ce sont les hématuries abondantes déterminées par les néoplasmes du rein ou de la vessie ou par l'hypertrophie prostatique.

Ici encore la maladie causale disparaît et le symptôme hématurie à lui seul prend toute l'importance d'une affection grave, domine la scène pathologique et réclame un traitement qui lui soit propre et y mette fin.

En pareille occurrence voici comment les choses se passent. Un saignement abondant, qu'il provienne du rein ou prenne sa source dans la vessie, produit rapidement la formation de caillots qui amènent une rétention d'urine, laquelle détermine dans les organes en cause une congestion intense qui entretient le saignement, lequel est déjà, en cas de néoplasme vésical ou d'hémorragie d'origine prostatique, provoqué par les contractions de la vessie cherchant à se débarrasser des caillots et de l'urine qui y sont accumulés.

L'indication est ici formelle d'agir contre l'hématurie et la conduite à tenir très nette :

1° Débarrasser au plus tôt la vessie de son contenu en pratiquant l'aspiration des caillots au moyen de la grosse sonde métallique à lithotritie et d'une seringue vésicale à embout à large ouverture.

2° Installer une sonde à demeure *ouverte*, qui draine au dehors l'urine au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie, dont les fonctions de réservoir d'attente sont ainsi supprimées, la met au repos et fait cesser ses contractions provocatrices du saignement.

Un adjuvant de ce traistement est celui conseillé par M. Phélip (de Lyon) (*Urologie des praticiens*, 10 janvier 1929), consistant dans l'injection intraveineuse, au pli du coude, et *faite très lentement, en dix minutes* (faute de quoi des incidents de pâleur de la face, de tachycardie, de dyspnée, sont à craindre, de 20 centimètres cubes d'une solution stérilisée à l'autoclave, et réchauffée à 30-35 au moment de l'emploi, de citrate de soude additionnée de chlorure de magnésium dans les proportions suivantes :

Citrate de soude	20
Chlorure de magnésium	10
Eau distillée	100

qui lui a donné en pareil cas les résultats les plus satisfaisants.

CEUX QUI NOUS ONT QUITTÉS !..

Charles Moureu (1863-1929).

Notice nécrologique lue à l'Académie de médecine le 5 juin 1929,

Par M. RADAIS.

Le décès de M. Charles Moureu, survenu inopinément le 13 juin 1929, vient de surprendre douloureusement ses amis et ceux de ses intimes qui n'avaient vu dans le repos qu'avait récemment imposé à notre éminent collègue sa santé défaillante que l'incident banal d'une fatigue momentanée.

Au moment où disparaît cette grande figure de la Science française, je voudrais évoquer devant vous les étapes principales de sa carrière, interrompue dans la pleine vigueur d'un esprit enthousiaste et fécond.

Charles Moureu est né le 11 avril 1863 à Mourenx (Basses-Pyrénées). Après une brillante scolarité accomplie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, il recevait son diplôme en 1894. Ancien interne des hôpitaux de Paris, il obtenait à la même époque le poste de pharmacien des asiles de la Seine, qu'il conserva jusqu'en 1907.

L'Ecole de pharmacie, où il avait commencé ses premières recherches de chimie, brillamment couronnées en 1893 par le diplôme de docteur ès sciences, l'accueillit en 1899 à titre d'agrégé parmi son personnel enseignant. En 1907, il y occupait la chaire de pharmacie chimique qu'il conserva jusqu'en 1918, époque à laquelle sa belle carrière universitaire trouva son couronnement lorsqu'il fut appelé, à la mort du professeur Jungfleisch, à prendre possession de la chaire de chimie organique au Collège de France.

Les recherches de Moureu représentent un effort ininterrompu de près de quarante années, et la mort l'a surpris alors qu'il était encore préoccupé par le souci de donner un développement plus étendu à ses travaux.

Attiré dès le début par la chimie organique, il s'attaqua tout d'abord aux questions délicates qui se rapportent à la constitution des composés à fonction acétylénique. Il étudia ainsi les carbures à fonction simple, et de nombreuses fonctions complexes dans lesquelles la fonction acétylénique se trouvait associée à divers groupements : acides, aldéhydes, cétones, amides, nitriles, éthers-sels. Pour les corps qu'il apprit ainsi à préparer, il détermina les propriétés chimiques et de nombreuses propriétés physiques. Il s'est, en effet, toujours efforcé de placer ses préoccupations à un niveau élevé, en coordonnant de nombreux résultats acquis par l'intervention des méthodes les plus diverses.

Ses travaux sur les dérivés non saturés le conduisirent à l'étude détaillée de l'acroléine, qui est une aldéhyde éthylénique, et c'est de là que sont parties ses belles recherches, entreprises en particulier avec M. Dufraisse, sur la stabilisation de cette substance instable, sur sa polymérisation, sur le rôle joué par l'oxygène de l'air, sur les antioxygènes et les antioxydants. Le mémoire très étendu publié récemment au Congrès Solvay met en évidence l'intérêt considérable de ce vaste sujet, qui comporte des applications dans des domaines variés.

Cette partie de son œuvre fut l'une des plus importantes par le développement qu'il sut lui donner, par la valeur des conclusions acquises et par leur portée très générale.

En outre, apparaît déjà dans ces recherches l'un des caractères marquants de la carrière scientifique de Charles Moureu : son unité. On peut dire que toute sa vie il a porté une partie de ses préoccupations sur les substances organiques instables et sur l'étude de leurs conditions de transformation.

La chimie organique lui doit, d'ailleurs, d'autres recherches non moins importantes, et leur énumération serait longue. Ses travaux sur le sous-azoture de carbone, sur le cyanacétylène, sur les cétimines, sur les cétisocétimines, sur la spartéine (en collaboration avec le regretté Valeur), sur la séparation des amines, sur l'oxydation catalytique

des alcools, sur l'analyse immédiate, présentent tous le caractère d'œuvres très intéressantes et profondément originales.

L'élévation de ses vues apparaît encore dans ses recherches toutes récentes sur le rubrène, et en particulier sur les propriétés du peroxyde de rubrène, qui conduisent à de curieux rapprochements entre cette substance et l'hémoglobine.

On peut dire que la chimie organique a fait de grands progrès sous l'impulsion du Maître éminent qui a su, en découvrant ses fonctions nouvelles, ouvrir de larges horizons où les chimistes de l'avenir trouveront les bases de recherches fécondes.

Charles Moureu n'a pas limité son activité à ce domaine ; il a poursuivi, depuis déjà de nombreuses années, des études d'une haute portée, sur les sources thermales, sur leur radioctivité, et, surtout, sur les gaz rares qui y sont contenus. Il étudia aussi l'hélium des grisous, et la radioactivité des houilles.

Avec son collaborateur Lepape, il a fait un nombre considérable de déterminations délicates, réunissant ainsi des données qui éclairent et tendent à expliquer, en thérapeutique, le mode d'action des eaux thermales, tout en apportant à l'hydrologie et à la physique du globe l'enseignement qu'on peut tirer des proportions de gaz rares que contiennent les mélanges gazeux naturels. Il a ainsi récemment publié des analyses très complètes des eaux de Vichy et de Cauterets qui représentent, avec les données tirées de son étude des sources thermales du bassin d'Antsirabé, à Madagascar, des documents d'une très haute portée.

Moureu était un professeur plein d'entrain. Il donnait un enseignement nourri, dont le vif intérêt était particulièrement mis en valeur par une parole chaleureuse et colorée. Ses élèves gardent le meilleur souvenir d'un maître dont la vigueur de pensée s'accompagnait d'une force de persuasion toujours séduisante. On lui doit, d'ailleurs, un remarquable ouvrage d'enseignement : *Notions fondamentales de chimie organique*, dont les éditions successives, constamment mises au courant des dernières découvertes, se sont rapidement suivies, depuis 1902 ; la 9e édition paraissait en 1928.

En dehors de ses fonctions d'enseignement, qui l'ont toujours vivement intéressé, et des préoccupations que lui donnait son laboratoire toujours vivant, Moureu consacrait une bonne part de son activité aux nombreuses Sociétés savantes et aux Commissions administratives auxquelles il appartenait, le plus souvent comme président. C'est ainsi qu'il fut l'un des animateurs les plus vigoureux de la Société chimique de France, particulièrement dans la période d'après-guerre où il était nécessaire d'orienter le plus possible les esprits vers l'étude et la recherche scientifique. Il fut le premier président de la Fédération des Associations de chimie, de l'Union internationale de chimie pure et appliquée. Il joua un rôle considérable dans ces dix dernières années, précisément pour donner à ces Sociétés scientifiques internationales une vie intense et leur permettre d'acquérir rapidement de précieux résultats dans l'intérêt de la science et de l'industrie.

Il fut ainsi, à des titres divers, un remarquable entraîneur d'hommes, s'efforçant de coordonner les efforts, de guider et d'aider les chercheurs.

Il encouragea, en outre, le plus possible, les publications d'ordre scientifique, payant de sa personne en dirigeant

personnellement les *Annales de chimie* et la *Revue scientifique*, organes auxquels il a su donner une valeur incontestée en France et à l'étranger.

Son action, pendant la guerre, fut des plus considérables. Lorsque, en 1915, commença la redoutable attaque des gaz, Moureu prit une part active à la première organisation des Commissions d'études et d'expériences chimiques de guerre et joua dans ce domaine un rôle des plus importants. Réorganisant son laboratoire après avoir réuni ses collaborateurs dispersés, il entreprit une série de recherches qui eurent la plus heureuse influence sur l'issue de la campagne militaire ; par la préparation et l'utilisation de nombreux produits agressifs, il permit à notre armée de répondre à l'ennemi avec des armes nouvelles. Il a, d'ailleurs, résumé l'ensemble de l'œuvre entreprise en France dans ce domaine défensif en publiant en 1920, sous le titre : *La chimie et la guerre, Science et avenir*, un livre suggestif qui met en évidence la largeur de vue de son auteur et l'élévation de sa pensée. Après avoir rappelé dans son détail l'œuvre accomplie par les chimistes au cours des hostilités, il montre que la science peut avoir, dans la période de paix, les plus nobles buts et rendre les plus éminents services dans les voies les plus diverses.

Cette publication fut le point de départ d'une véritable campagne en faveur du développement de la recherche scientifique en France, en faveur des savants et de leurs laboratoires. Moureu fut ainsi l'inspirateur de Maurice Barrès qui sut, on se le rappelle, employer la grande voix de la presse pour attirer vigoureusement l'attention des pouvoirs publics et de la nation entière sur le péril qu'il y aurait à ne pas soutenir, comme elles doivent l'être, les œuvres fécondes de la science.

L'œuvre scientifique de Moureu, sa réputation mondiale, lui avaient valu, tant en France qu'à l'étranger, des distinctions flatteuses et l'entrée dans un grand nombre de Société savantes. Membre de l'Académie de médecine en 1907, il était entré en 1911 à l'Académie des Sciences. Il était Grand-Officier de la Légion d'honneur.

A ses qualités de savant, Charles Moureu joignait une urbanité faite de bonne humeur cordiale et communicative ; tous ses collègues en ont connu le charme et en garderont le souvenir.

GLANURES

Le langage hermétique de la Faculté. — On lit dans l'*Œuvre* (4 juillet 1929) sous la signature de M. le docteur Maurice Lebon.

« Les médecins se mettent à parler une langue effroyable. Nous comprenions encore M. Purgon lorsqu'il menaçait Argon de l'abandonner à « l'intempérie de ses entrailles, à la corruption de son sang, à l'âcreté de sa bile et à la féculence de ses humeurs ». Aujourd'hui, il faut être initié pour comprendre le langage hermétique de la Faculté.

Je viens d'assister à une conférence où l'orateur usa d'un jargon diabolique que les médecins eux-mêmes, nombreux dans l'assistance, ne comprenaient pas.

La « réaction de floculation et de turbidité » a laissé béante une partie de l'auditoire. Des sourires accueilleront la « dyschésie » et « l'eccoprose ». Mon voisin se pencha à mon oreille :

— Qu'est-ce que c'est ?

Je lui répondis dans la langue de Voltaire :

— Cela veut dire constipation et diarrhée.

— ?...

— Oui... Savez-vous le grec ? Dyschésie (de *dus*, difficilement, et *ketzein*, déféquer).

— Et eccoprose ? me demanda-t-il, en rigolant doucement.

— De *ec*, hors de, et *copros*, excrément.

Les médecins aliénistes détiennent le record. Voici les conclusions d'un rapport qui réclame l'internement d'une femme

de lettres, dont les livres ne présentent, à vrai dire, que quelques étrangetés fort supportables. D'après la Faculté, cette personne est une « *lypémaniaque avec floraison de tendances hypémaniaques, de richesse mimique, d'euphorie, d'euthymie, d'optimisme déraisonnable, de préoccupations érotiques, outre quelques tendances paranoïaques et revendicantes secondaires* ».

En vérité, les juges sont sans défense contre la force persuasive de pareils discours et les pauvres gens, ainsi qualifiés et décrits, sont inéluctablement enfermés.

L'autre jour, je participais aux travaux d'une commission à laquelle un architecte présentait le plan d'un établissement ultra-moderne destiné à l'internement et au traitement des mortels qui ont perdu l'usage de ce qui leur reste de raison. Je lus au bas des planches et devis soumis à notre examen : «Plan d'un manicome moderne». Comme je me recueillais, navré de ne point comprendre, le président vit mon embarras. Il eut pitié de mon insuffisance et m'expliqua que le mot était tiré du grec : *mania*, folie, et *comeia*, soin. Ainsi, le vocable «asile d'aliénés» a vécu. On ira désormais faire une cure au manicome. Ce sera, apparemment, moins affligeant.

J'ouvre au hasard un journal et j'y vois un titre alléchant : «Adiadocinésie et hyperdiadocinésie ». Il paraît que ce sont les signes d'une maladie du cervelet. Plus loin, on parle de l'«acrocyanose» et du «syndrome pallidal ». La sécheresse de la bouche s'appelle l' «asialie », le mal de mer, la « naupathie » ; rester au lit, c'est faire de la « clinothérapie », mot tiré du grec : *cliné*, lit ; avoir des coliques, c'est souffrir de « coelialgie» autre mot tiré du grec : *coïlia*, ventre, et *algos*, douleur ; avoir de l'insomnie, c'est être atteint d' « agrypnie », de *a*, sans, et *upnos*, sommeil.

Nous sommes, en vérité, complètement ridicules. Il n'est ni nécessaire, ni justifié de créer, à tout propos, des néologismes, pour désigner les phénomènes de la vie et de la maladie. La langue française est assez riche pour fournir des combinaisons nouvelles de mots connus. Ses ressources sont inépuisables. Nous marchons sur les traces des médicastres de Molière et nous allons, encore une fois, justifier les traits que la satire avait décochés à nos ancêtres :

Affecter un air pédantesque,
Cracher du grec et du latin,
Tout cela réuni fait presque
Ce qu'on appelle un médecin.

Sans compter qu'il n'est pas un de ces néologismes sur quatre qui soit construit selon les règles. Il est vrai qu'ils n'ont qu'une existence éphémère. Ils sont remplacés par d'autres, chaque fois que le phénomène qu'ils prétendent exprimer reçoit une interprétation nouvelle, ce qui est incessant. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 29 juin 1929.

Hémocrinothérapie. — ***M. Filderman*** présente une malade atteinte de sclérodermie progressive très grave et une autre d'eczéma récidivant, toutes deux considérablement améliorées et en bonne voie de guérison, grâce à l'hémocrinothérapie, méthode qui lui donne les meilleurs résultats dans le traitement des furonculoses récidivantes et des anthrax.

Tuberculose juxta-articulaire du genou. — ***M. Rœderer*** présente des radiographies qui représentent les différents types connus de cette forme de tuberculose, tuberculoses surtout tibiales : formes centrales n'évoluant qu'avec un minimum de réactions articulaires, formes périphériques pénétrant dans l'articulation par effraction centrale ou latérale. Il montre des érosions post-condyliennes qui aboutirent très lentement à une tumeur blanche, ainsi qu'une tuberculose des épines tibiales. Le grattage très précoce du foyer a pu mettre à l'abri l'articulation.

A propos des indications de la curiethérapie dans le cancer du col de l'utérus. — *M. Gagey* pense que dans les cas avancés, il faut faire uniquement du radium sans chirurgie, que dans les cas au début, les deux méthodes donnent des résultats analogues, et que dans les cancers moyens, contrairement à l'opénion courante, la chirurgie n'augmente peut-être pas sensiblement le pourcentage de guérison. Les statistiques ne peuvent amener de conviction parce que les cancers sont de gravité très différente et qu'actuellement ni la clinique ni l'histologie ne savent les discerner.

M. Oppert pense que le radium peut être efficace dans le cancer du col au début et lorsque la limite d'opérabilité a été dépassée, à condition de faire une application prolongée, continue et de débit faible (60 millicuries détruits en 10 à 12 jours environ).

Nécessité d'une critique médicale directrice. — Pour *M. Georges Rosenthal*, il serait utile que les travaux scientifiques fussent analysés et jugés par des critiques médicaux de carrière qui rempliraient le même rôle que les critiques d'art et les critiques littéraires.

Traitement moderne des infections aiguës (septicémies). — *M. Bécart* préconise l'application de la méthode de Jentzer qui consiste dans l'utilisation des propriétés thérapeutiques des essences et des résines. Le produit de base est un mélange d'essences d'aiguilles de sapin, de camphre, de canelle, de baume du Pérou, d'élémi et de thymol. Il s'injecte par voie veineuse, il ne faut pas dépasser la dose de 5/10es de cc. pour un poids de 60 à 70 kgr. Elle ne denne lieu à aucun phénomène de choc, ni anaphylaxie, ni accident sérique.

Enfin, dans certains cas où l'examen du sang indique une fatigue des organes hémopoiétiques (présence de formes immatures) une aide sera apportée à la défense de l'immuno-transfusion qui amènera des leucocytes neufs et des anti-corps.

Les résultats obtenus par l'auteur ont été remarquables et supérieurs à ceux obtenus jusqu'à présent.

P. Prost.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire médical de Marseille et de la Provence 1929. Prix : 11 fr. 50, contre remboursement : ou 10 francs par mandat et chèque postal à Editions « Quo Vadis », 107, rue Paradis, Marseille, C. C. Postal. 108-43.

Cet annuaire du Dr Porcheron, très précis parce qu'il est régional, contient en un format commode (400 pages) tous les renseignements relatifs au corps médical de six départements : Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Corse, Var, Vaucluse et Principauté de Monaco. Il paraît pour la douzième fois, ce qui est le meilleur indice de son utilité et de sa vitalité.

Au début de l'ouvrage, on trouve, en une page spéciale, tous les postes vacants de la région : médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

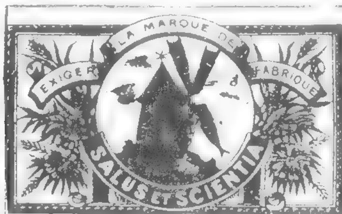
VIENNENT DE PARAITRE :

La pratique du pneumothorax thérapeutique et de la collapsothérapie chirurgicale, par F. Dumarest et P. Brette. 410 p., 54 fig., 4 pl. : 50 fr. (Masson.)

Le liquide céphalo-rachidien, par le Dr Riser. 250 p., 24 fig : 28 fr. (Masson.)

Chirurgie des os et des articulations des membres, par P. Lecène. 522 p., 337 fig. : 125 fr. (Masson.)

Le Daltonisme, par P. Blum et E. Schaaf. 132 p., 3 pl. 20 fr. (Masson.)



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 9 juillet. — M. Rodrigue. Etude des accidents dus aux phénylarsinates pris par voie buccale. — M. Trolard. Etude du traitement du lichen plan et de certaines dermatoses par la radiothérapie rachidienne. — M. Sylvestre. Etude de la cholestérinémie chez l'enfant. — M. Dupé. Broncho-pneumonies infantiles et sérum antidiphtérique. — M. Louvel. Thérapeutique abortive de la phlegmatia alba dolens. — M. Thouvenel. Remarques sur l'exploration fonctionnelle du cœur et des poumons chez les écoliers. — M. Douvry. Etude du traitement de l'asthme infantile par les agents physiques (rayons ultraviolets, rayons X). — M. Deschamps. Considérations sur l'alimentation des nourrissons. — M. Dauban de Silhouette. Le syndrome pleuro-pulmonaire dans les hépatites amibiennes. — M. Bloch. La peste en Tunisie. — M. Villière. L'insulino-résistance dans le diabète.

10 juillet. — M. Buisson. Traitement des ulcères chroniques de la jambe par la vaccinothérapie. — M. Caillaud. L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — M. Golspiegel. Etude clinique de la dysménorrhée. — M. Sustendal. Contribution à l'ostéosynthèse. Action mécanique des lames et des cercles. Leur utilité. — M. Ferrière. Transplantation du moyen fessier. Traitement de la coxa vara. — M. Lallement. Les cicatrisations vicieuses des plaies opératoires mastoïdiennes et leur traitement. — M. Rollet du Coudray. Adénites sous-trapéziennes.

Thèses vétérinaires. — M. Briaudet. Les différents procédés de ventriculectomie.

11 juillet. — M. Bardin. Etude de l'action des rayons X sur les polyglobulies. — M. Farouk. Sur un cas d'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple. — M. Goliger. Etude des formes curables du tétanos puerpéral. — M. Hahn. La bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.

12 juillet. — Thèses vétérinaires. — M. Lavot. Mesure des angles articulaires chez les trotteurs de grande classe.

Faculté de Bordeaux. — M. le docteur Papin, agrégé, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite.

Faculté de Lille. — M. le docteur Maurice Gérard, professeur agrégé, est maintenu agrégé (chirurgie) pour une période d'un an.

Faculté de Lyon. — MM. les docteurs Garin (parasitologie), Sarvonat (physiologie) et Trillat (obstétrique) sont maintenus en exercice d'agrégés pour un an.

Faculté de Nancy. — MM. les docteurs Caussade (médecine générale) et Barthélémy (chirurgie) sont maintenus en exercice d'agrégés pour une période d'un an (médecine générale).

M. Bidet est maintenu en exercice (chirurgie) pour une période de quatre ans.

Faculté de Paris. — *Concours du clinicat.* — Sont proposés :

Clinique médicale infantile : M. Martin (René) ; adjoint : M. Kaplan.

Maladies de la première enfance : MM. Gournay et Chabrun.

Maladies infantiles : MM. Le Clerc, Georges ; adjoints : MM. Garnier, Bourgeois (J.).

Maladies nerveuses : MM. Mollaret (Pierre) et Jonesco.

Clinique ophtalmologique : M. Veil (Prosper) ; adjoints : MM. Hudelo et Dollfus.

Clinique médicale de la Pitié : MM. Justin-Besançon et Azerad.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : MM. Boltanski, Lenormand et Delafontaine.

Journées médicales d'Evian-les-Bains (14-16 septembre 1929, sous la présidence de M. le professeur Carnot.) — *Programme scientifique.* — Samedi 14 : après-midi : Conférences sur les azotémies, par M. Lemierre, professeur à la Faculté de Paris, et M. Roch, professeur à la Faculté de Genève. — Communications sur les azotémies.

Dimanche 15. Matinée : Conférences sur l'hypertension artérielle, par MM. Laubry, médecin de l'hôpital Broussais ; Pic, professeur de clinique à la Faculté de Lyon ; M. Halls Dally, de Londres. — Après-midi : Communication sur l'hypertension.

A l'occasion des Journées, la Société d'Evian-Cachat offrira aux congressistes le samedi une soirée de gala au Casino et un banquet le dimanche, à 13 h. Pour les dames congressistes, des promenades et des réunions seront organisées.

Les médecins français et étrangers et leurs femmes seront les invités de la Société d'Evian-Cachat du samedi matin au dimanche soir, mais ils pourront arriver à Evian dès le 11 septembre et y séjourner jusqu'au 20. Ils seront logés gratuitement et n'auront que leurs repas à payer (20 à 25 fr. suivant l'hôtel). Il reste entendu que quel que soit l'hôtel où ils seront descendus, la période du 14 matin au 15 soir ne leur sera pas comptée.

Les congressistes qui, en dehors des Journées voudront faire un plus long séjour trouveront dans tous les hôtels d'Evian des conditions très avantageuses.

A partir du 11 septembre, les Compagnies françaises de chemins de fer ont accordé le demi-tarif aux congressistes.

Des excursions seront organisées les 16, 17 et 18 septembre.

La cotisation est fixée à 25 fr. par personne.

Renseignements complémentaires et inscriptions : secrétariat des Journées médicales d'Evian, 21, rue de Londres.

Dernier délai pour les inscriptions : 1er août 1929.

Les confrères qui désirent faire des communications sur l'un des deux sujets à l'ordre du jour sont priés de s'inscrire dès maintenant.

Diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon. — Les examens pour la session 1929 du Diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon viennent de se terminer après les épreuves ordinaires : écrit, oral, pratique.

Ont été reçus 42 candidats.

MM. Rémy, Chalut, Lévi, avec la mention *très bien*.

MM. Viala, Degeorge, Guy, Charle, Adam, Soleil, Klizowski, Bergeret, Chevallier, avec la mention *bien*.

MM. Sourati, Savoye, Aymès, Naussac, Paupart, Marty, Dupont, Bonnaud, Baucon, Tsaf, Mathieu, Soulignac, Arbault, Bernard, Mme Chaix, Eughenis, Gibaud, Mouronnakis, Passa, Blan, Grandpierre, Klipfel, Montfort, avec la mention *assez bien*.

MM. Amic, Croutiris, Mlle Bussy, MM. Ristorcelli, Hervé, Mlle Mercier, M. Luo Yi Chuen, avec la mention *passable*.

Services des maternités hospitalières et de l'Ecole départementale d'accouchement de Bordeaux. — *Cours de perfectionnement pour les sages-femmes (Sixième série) du 21 au 28 octobre 1929.* — Sous le haut patronage de la ville de Bordeaux, de la Fédération des Œuvres girondines de protection de l'enfance, du Syndicat professionnel des médecins bordelais et du Syndicat des sages femmes de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Il sera fait par MM. les Drs ANDERODIAS, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine ; PÉRY, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien en chef de la maternité, et P. BALARD, accoucheur des hôpitaux, assistant de la maternité.

Avec la collaboration de MM. LAFON-ORE et R. BOURSIER, accoucheurs des hôpitaux ; H. VERGER, professeur à la Faculté de médecine, secrétaire général du Syndicat professionnel des médecins bordelais; ROCAZ, médecin des hôpitaux ; Dr GINESTOUS, adjoint au maire de Bordeaux, délégué à l'hygiène et à la protection de l'enfance ; JEANNENEY, professeur à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

PROGRAMME. — Lundi 21 octobre : 9 h., Cours (Dr BALARD) : La surveillance prénatale ; 10 h. 30, Leçon clinique ; 14 h., Visite à domicile par groupes, d'enfants assistés par la Loi Roussel ; 17 h., Cours (Dr ANDERODIAS) : L'avortement.

Mardi 22 octobre : 9 h., Cours (Dr BOURSIER) : La gémelléité ; 10 h., Maternité. Visite du service. Présentation de malades ; 15 h., Visite d'une Ecole maternelle rue Laboy (entre le Bd Georges-V et la rue de Ségur) sous la conduite du Dr LLACUET ; 16 h. 30, Cours (Dr GINESTOUS) : L'hygiène scolaire (ce cours aura lieu à l'Ecole maternelle à la suite de la visite).

Mercredi 23 octobre : 9 h., Cours (Dr PÉRY) : L'Eclampsie ; 10 h., Canolle, Visite du service, Présentation de malades ; 14 h., Visite d'une consultation de nourrissons, La Maison du Bébé, 12 rue de Bègles ; 17 h., Cours Dr (ANDERODIAS) : Les colibacilloses.

Jeudi 24 octobre : 9 h., Cours (Dr BALARD) : Les hémorragies de la délivrance ; 10 h., Maternité, Visite du service, Présentation de malade ; 14 h., Visite à domicile par groupes, d'enfants assistés par la Fédération girondine des Œuvres de protection de l'enfance ; 17 h., Cours (Dr BOURSIER) : Les hémorragies du nouveau-né.

Vendredi 25 octobre : 9 h., Cours (Dr BALARD) : Les infections mammaires ; (Dr JEANNENEY) : Les tumeurs du sein (ce qu'une sage-femme doit en savoir) ; 10 h 30. Maternité. Leçon clinique ; 14 h., Visite de la Maison maternelle de Cholet : Cours (Dr ROCAZ) : Le dépistage des maladies infectieuses de l'enfance (ce cours aura lieu à Cholet à l'issue de la visite de l'établissement).

Samedi 26 octobre : 9 h., Cours (Dr VERGER) : Les sages-femmes et les assurances sociales ; 10 h. 30 : Maternité, Visite du service, Présentation de malades.

L'application prochaine de la loi des assurances sociales incite à orienter cette année ce cours de perfectionnement du côté des questions sociales dont le puissant intérêt ne peut échapper aux praticiennes.

Ces cours sont ouverts gratuitement à toutes les sages-femmes. Ils auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Ecole départementale d'accouchement à Pellegrin.

Grâce au bienveillant concours de l'Administration des hospices, les auditrices étrangères à Bordeaux, pourront être logées gratuitement à l'Ecole d'accouchement ; des repas leur seront servis au prix de 6 fr. le repas.

Les sages-femmes désireuses de profiter de l'un quelconque de ces avantages, sont priées de s'inscrire auprès de Mme la Directrice de l'Ecole avant le 18 octobre, et de s'entendre avec elle pour les repas.

Des précisions sur la visite à Cholet et sur les visites à domicile par groupes, seront données dès le début des cours de perfectionnement.

Une représentation au Grand théâtre offerte aux congressistes sera organisée avec le concours de la Municipalité, la date en sera fixée ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme la Directrice de l'Ecole d'accouchement, hôpital Pellegrin, Bordeaux.

L'aide aux étudiants. — L'Association générale des étudiants de Paris rappelle que le Dr DEBAT, directeur des laboratoires de l'Inotyol, distribue chaque année des bourses de vacances aux étudiants

Cette année M. le Dr Debat, dont la générosité ne se tient jamais satisfaite, met à la disposition des étudiants en médecine 100 bourses de 1.000 fr. chacune. Tous les étudiants, de préférence français bien entendu, dont la situation est digne d'intérêt, peuvent poser leur candidature à ces bourses.

Pour tous renseignements s'adresser à la Section de médecine de l'A. G., 13, rue de la Bucherie, Paris-Ve.

Nous sommes heureux de saluer ici en M. le Dr Debat, un ami des étudiants, dont l'action sait s'exercer autrement qu'en bonnes paroles, toujours utiles certes, mais trop souvent insuffisantes. Hélas !

Association de la presse médicale française. — Le Comité de l'Association de la presse médicale française désireux de joindre ses efforts à ceux de la Confédération des Syndicats médicaux pour obtenir un aménagement de la loi des assurances sociales plus conformes aux intérêts et à la dignité des assurés et des médecins, a décidé de verser 1.000 francs au fonds de propagande qu'a constitué cette Confédération.

Ce versement est absolument indépendant de ce que chaque journal faisant partie de l'Association jugera à propos de faire pour son propre compte.

Département de l'Aube. — *Concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.* — Par arrêté préfectoral du 2 juillet 1929, un nouveau délai, qui expirera le 31 juillet 1929, est accordé pour la production des demandes d'inscription au concours sur titres, ouvert par l'arrêté préfectoral du 17 mai 1929, pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Aube.

Il est rappelé que les demandes d'inscription doivent être adressées à la Préfecture de l'Aube (2e Division).

Pour tous renseignements, s'adresser à la Préfecture de l'Aube ou au Comité national de défense contre la tuberculose.

Faculté de médecine de Lyon. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* (Médecine, radiologie, thérapeutique, bactériologie, sérologie, hygiène et prophylaxie sociale, sous la direction de M. le Professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national). — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 21 octobre au 23 novembre 1929, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de cliniques ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Bertoye, Boissel, Cordier, Courmont, Dufourt, Dumarest, Favre, Gardère, Gate, Collet, Mouisset, Mouriquand, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le droit d'inscription est de 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, jusqu'au 10 octobre 1929.

Le Comité national de défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le Dr Paul Courmont, 61, rue Pasteur, Lyon.

Programme. — L'enseignement sera donné tous les jours (sauf samedi après-midi) ; il comprendra : 1° des leçons théoriques (matin et après-midi) ; 2° des exercices pratiques de clinique (le matin), et de laboratoire, de radiologie, de dispensaires (l'après-midi) ; 3° des visites aux organisations antituberculeuses : dispensaire Jules-Courmont, sanatorium (Hauteville), préventorium, etc.

Anatomie pathologique : démonstrations à l'amphithéâtre.

Bactériologie : Le bacille de Koch. — Recherche. — Inoculation. — Comparaison avec les autres acido-résistants.

Les réactions humorales ; sérologie : Séro-diagnostic par l'agglutination. — Réaction de fixation. — Réactions de floculation.

Clinique et thérapeutique. Radiologie : Diagnostic du début. — Diagnostic et pronostic des formes. — Tuberculose de l'enfance. — Pleurésie tuberculeuse. Pneumothorax spontané. — Tuberculose du larynx. — Tuberculose oculaire. — Tuberculose osseuse. — Tuberculose abdominale. — Radiologie. — Conférences et exercices pratiques. — Méthode de Forlanini (conférences et exercices pratiques à l'hôpital). — Thoracoplastie. — Thérapeutique générale et médicamenteuse,

Hygiène : *Etiologie générale* : Voies d'infection de la tuberculose. — Hérédité et contagion. — Tuberculose d'origine bovine. — Le lait. — Facteurs sociaux. — *Prophylaxie* : Désinfection des crachats, du linge. — Protection de l'enfance. — Isolement du tuberculeux. — Hôpital. — Sanatorium. — Dispensaire antituberculeux. — Armement antituberculeux.

Nécrologie. — MM. les docteurs Georges Rebillard, du Creusot ; Albert Georgelet, de Neuilly-sur-Seine ; Georges Marx, de Paris ; Paul Parisot, décédé accidentellement à Nancy ; S. Korb, de Nantes ; F. Guillou, de Saint-Philbert-de-Granlieu. — Prof. Reynès, de Marseille. — Le docteur André-Pierre Marie, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, s'était consacré à l'étude des microbes des empoisonnements alimentaires. En maniant de la poudre toxique, il en reçut dans l'œil gauche, une parcelle, qui deux jours plus tard, provoquait la terrible maladie qu'il étudiait. Après treize jours, au cours desquels il put suivre d'heure en heure les progrès d'un mal qu'il savait mortel, le Dr Marie succombait hier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le paludisme en gynécologie

Par le Dr PIET

La gynécologie doit compter parfois avec le paludisme. Les troubles utérins qu'il détermine répondent aux accidents malariques de la grossesse. Ce sont avant tout l'*insuffisance musculaire*, la tendance aux *congestions* et aux *hémorrhagies*.

Sans caractères particuliers, ils évoluent à petit bruit, presque sans fièvre, d'une façon banale. On pourrait les classer dans les accidents para-palustres aussi bien que dans le paludisme fruste. Cependant leurs poussées sont *intermittentes ou rémittentes* ; elles s'accompagnent de petits mouvements fébriles, de *tuméfaction de la rate* ; le traitement local ne donne que des *résultats incomplets sans quinine*.

Il y a donc un intérêt pratique à les disjoindre du vaste *caput mortuum* des déviations, congestions ou soi-disant « métrites » ou « salpingites » sans réaction inflammatoire véritable, et à remonter jusqu'à leur cause fondamentale : l'infestation malarique, si discrète qu'elle puisse être, pour les bien traiter.

Déjà SYDENHAM, vers 1680, obtenait de bons résultats avec le quinquina dans les maladies de l'utérus (1). Les fièvres, il est vrai, représentaient alors les deux tiers des cas des cas de sa pratique à Londres, et non les moins moins graves (2). Nous n'en sommes pas là, en dépit de la poussée de malaria qui a suivi la dernière guerre dans plus d'une région ; mais il y a encore du paludisme en France : fréquemment dissimulé sous le masque d'affections saisonnière mal définies, il s'y maintient d'autant mieux qu'il n'est pas toujours reconnu, ni traité

Il est bon d'y penser plus ou moins, suivant les époques et les lieux. On peut le recommander tout particulièrement à l'attention des médecins de campagne.

***

Les troubles utérins d'origine malarique peuvent apparaître très vite après des suites de couches — ou d'avortements — tout à fait normales d'abord.

A l'époque où le paludisme n'était pas encore pour nous un sujet de préoccupations, après des délivrances soigneusement vérifiées avec utérus dur et col bien fermé, involution parfaite au début, nous avons vu souvent, le 7e, le 13e ou le 19e jour, un relâchement de l'utérus avec tuméfaction molle, col semi-perméable, coliques, écoulement séro-sanguinolent sans odeur. Le tout s'accompagnait d'un peu d'embarras gastrique et de diarrhée, en sorte que le diagnostic restait hésitant entre une infection génitale — purement hypothétique d'ailleurs — et une affection à coli-bacilles.

Ces petits accidents avaient une *allure oscillante*, avec des alternatives de détente et d'aggravation ; la guérison finissait par venir, après trois semaines ou un mois sans que les médications essayées tour à tour aient paru avoir la moindre influence : elle laissait un certain degré d'*anémie*.

Depuis que l'impaludation est soigneusement recherchée et traitée aussitôt après l'accouchement, sinon durant la grossesse, les faits de ce genre ne se produisent plus en période puerpérale.

Mais on les retrouve encore après les avortements du deuxième ou du troisième mois, où le paludisme peut être mis en cause assez souvent.

Après délivrance vérifiée, curage digital ou curettage *post abortum*, suivis d'involution complète en trois ou quatre jours, on voit reparaître surtout au 7e ou au 13e jour, des douleurs pelviennes, des pertes de sang, des accès de fièvre, parfois violente. L'utérus est devenu gros, mou, congestionné, et il le reste en dépit des traitements locaux les plus minutieux.

Par contre, après trois ou quatre piqûres de quinine en solution isotonique (1 gr. 20 par jour, en général s'il y a peu de fièvre) tout rentre dans l'ordre, même sans aucune médication de la zone génitale.

Il s'agissait, en somme, d'*accès palustres*, plus ou moins fébriles, *avec inertie utérine*, probablement sans infection.

***

L'inertie utérine peut se prolonger longtemps, ou ne se manifester vraiment que beaucoup plus tard, même après des années.

Elle apparaît alors comme indépendante de toute grossesse. Mais dans bien des cas on peut remonter jusqu'à un « retard » des règles, ou une fausse couche.

Il y a des pertes de sang et de caillots *intermittentes*, tantôt à l'occasion des périodes menstruelles qui se prolongent, tantôt sans cause apparente, mais périodiquement. La matrice est tuméfiée, le col gros, ou granuleux. On parle alors volontiers de « métrite hémorrhagique », ou de « métrite fongueuse », mais il n'y a pas à proprement parler de signes d'inflammation, en dehors de *petits accès de fièvre*, intermittents et très brefs d'ordinaire.

Les tentatives de désinfection, les cautérisations, ne donnent que des résultats précaires. On est tenté de faire un curettage, parfois de le renouveler s'il est insuffisant. Chaque intervention fait cesser les métrorrhagies, et l'utérus redevient ferme assez longtemps pour que le chirurgien ait le droit de ne plus se préoccuper de son opérée. Mais au bout d'un mois ou deux, c'est le *statu quo ante* ; le médecin de famille, lui, ne peut l'ignorer.

En pareil cas, si les malaises ont des exacerbations périodiques, si la rate est grosse, à plus forte raison s'il y a en même temps des migraines, des névralgies, de petits troubles gastro-intestinaux, une fébricule irrégulière (au moins en apparence), le mieux est d'essayer la quinine.

Des doses quotidiennes de 1 gr. 20 en injections intramusculaires isotoniques, trois ou quatre jours de suite, donnent le plus souvent des résultats décisifs si l'impaludation est en cause, ainsi que dans le cas suivant :

OBS. — Mme P. B., 24 ans, exceptionnellement vigoureuse. Trois enfants vivants, de 6, 4 et 3 ans.

Depuis le sevrage du dernier, elle perd à peu près continuellement du sang avec des caillots, et salit cinq à six serviettes par jour. Quelques signes de paludisme fruste. On fait prendre des cachets de chlorure de quinine, magnésie, glycéro-phosphate de chaux ââ 0 gr. 25, trois fois par 24 h. Diminution légère des pertes, mais reprise après quelques semaines, à la suite d'une fausse couche précoce, semble-t-il. Curettage ; les hémorrhagies cessent, mais reprennent quinze jours plus tard. Ergot de seigle et quinine *per os* ; pas de résultat durable.

La malade accepte des piqûres de quinine : 1 gr. 20 par jour, en solution isotonique, 3 jours de suite.

Après la première, diminution nette de l'écoulement sanguin. Après la seconde, deux ou trois serviettes suffisent pour la journée. Après la troisième, hémostase complète spontanée.

Les pertes de sang n'ont jamais reparu, malgré la réapparition des règles, la reprise de la vie conjugale et une nouvelle grossesse survenue au bout de trois ou quatre mois.

On n'a fait aucun autre traitement.

Nous possédons un nombre appréciable d'observations du même genre.

***

L'utérus inerte et congestionné d'une façon chronique

(1) « Peruvianus cortex certissimam mihi spem fecit sed et in uteri et ventriculi etiam affectibus. » (Th. SYDENHAMI. Epist. respons. I. ad Robertum Brady. Opera Universa. Amstellodani, 1687, page 362.

(2) « Febres, quæ duas e tribus in medicina facienda partes occupant ». *Ibid.*, p. 375.

A cette époque, 2.500 personnes mouraient des fièvres à certaines années dans la ville de Londres pourtant moins bien peuplée qu'aujourd'hui. (Léon COLIN, Traité des maladies épidémiques. Paris, J.-B. Baillière 1879, page 588, en note.)

est prêt pour les *déviations, rétroflexions et rétroversions* surtout. Elles sont particulièrement fréquentes chez les femmes impaludées.

Le traitement habituel : hydrothérapie chaude et cures thermales quand on le peut, tampons, voire curettage et reposition, est efficace sans doute. Mais nous n'en avons jamais vu de résultats durables, quand on était en face de poussées à retour périodique, et d'une rate grosse.

Si on y ajoute un traitement spécifique, la décongestion est bien plus rapide : il semble que l'utérus se décolle de son emplacement anormal ; la reposition se fait aisément au toucher ou même spontanément ; et elle est durable, sinon définitive.

***

Vers la moitié de la vie génitale, l'inertie utérine peut donner lieu à de réels embarras de diagnostic.

L'utérus susceptible d'atteindre le volume du poing ou davantage, devient turgescent ; il y a de véritables hémorrhagies. On peut se croire alors en présence d'un *fibrome*. Il est prudent de ne pas livrer trop tôt ce diagnostic. Quelques jours après la période de congestion intermittente l'on ne retrouve plus qu'un utérus un peu gros et mou, plus ou moins déplacé comme dans le cas suivant :

Obs. — Mme C., environ 43 ans, présente à plusieurs reprises de mois en mois, en 1913, des hémorrhagies avec caillots très importants. Après une série d'examens, on prend rendez-vous pour une consultation en vue d'une hystérectomie pour fibrome, et l'on profite d'une période d'accalmie. Au jour fixé, les signes de fibrome avaient disparu.

Cette femme, perdue de vue pendant la guerre a été revue en 1919 et 1920. Elle n'avait toujours point de fibrome, bien que périodiquement l'utérus redevint plus ou moins gros ou saignant. Ces troubles ont pris fin avec la ménopause. A ce moment, l'attention étant davantage attirée sur l'éventualité du paludisme, on a donné à plusieurs reprises de la quinine avec de bons résultats.

De 1920 à 1923 ou 1924, époque à laquelle les cas de paludisme se sont multipliés dans mon cercle d'action, il m'a été donné de voir, seul ou en consultation avec des confrères *cinq ou six* cas de ce genre, pour lequels l'hystérectomie ou la radiothérapie avaient paru un instant nécessaires et qui ont guéri avec quelques doses de quinine.

Les femmes avaient de courtes périodes de fébricules ou de névralgies saisonnières : elles n'avaient point reçu jusqu'alors le traitement systématique de l'impaludation.

***

L'utérus n'est pas seul atteint par la malaria : les *ovaires* et les *trompes* subissent aussi son influence.

Elle paraît agir surtout en provoquant des poussées de congestion locale qu'on peut attribuer, croyons-nous, aux embolies formées par les amas de débris parasitaires ou de pigment (1) dans les artérioles et aux spasmes vasculaires de voisinage.

Ces troubles se produisent d'une façon quasi élective dans les régions pourvues d'artères hélicoïdales, c'est-à-dire dans les organes qui subissent des variations physiologiques de volume rapides et considérables. Il ne faut pas s'étonner de les rencontrer fréquemment dans le système tubo-ovarien.

(1) L'obstruction des capillaires et le barrage de la circulation par les masses de pigments a été signalée avant 1866 par Frerichs (Traité pratique des maladies du foie, traduit de l'allemand par Dumesnil et Pellagot, page 367. Cité par Trousseau, Cliniques de l'Hôtel-Dieu.)

On trouve de bonnes figures à ce sujet reproduites notamment dans le Traité des maladies exotiques de Patrick Manson, 2e éd. franç. 1910, p. 64 *bis*, planche II.

Il suffit d'avoir vu au microscope les amas de pigments et débris parasitaires atteignant parfois en diamètre dans les étalements sept ou huit fois celui des globules rouges pour se rendre compte des troubles qu'ils sont susceptibles de produire, surtout en s'accolant les uns aux autres.

Dans les *tuméfactions congestives* de l'ovaire et de la trompe, à éclipses ou à exacerbations périodiques, si fréquentes et si rebelles aux traitements ordinaires on peut utilement rechercher les stigmates de l'impaludation. Rappelons la valeur diagnostique exceptionnelle de la « rechute septane » (loi de Koch), qui a mérité le nom « d'estampille du paludisme ».

Ovarites, ovaro-salpingites d'origine obscure attribuées si facilement à une infection puerpérale ou à une gonococcie... probable, mériteraient d'être examinées de plus près à cet égard.

Les *prolapsus tubo-ovariens* plus ou moins adhérents et sujets à des poussées congestives séparées par de longues périodes de silence, nous paraissent ressortir assez souvent aussi au paludisme, du moins à l'origine.

Dans leur traitement, la première place appartient sans doute aux méthodes décongestionnantes classiques ; mais l'efficacité en est alors singulièrement accrue par un traitement quinique intense, fait au moment des exacerbations. Nous croyons préférable pourtant de s'en abstenir aux périodes des règles normales, durant trois ou quatre jours.

***

Quant aux *ovaires scléro-kystiques*, dont l'étiologie reste si obscure, rien jusqu'ici ne nous a permis de les rattacher en aucune manière, à l'infestation palustre.

Par contre les *dysménorrhées des jeunes filles*, les névralgies pelviennes, nous paraissent coïncider souvent, dans les régions où le paludisme se manifeste même discrètement, avec l'hypertrophie légère de la rate, de petits accès subfébriles et avec les troubles gastro-hépatiques la langue saburrale qui les accompagnent toujours.

A plusieurs reprises la dysménorrhée s'est fort atténuée en même temps que ces symptômes disparaissaient sous l'influence d'un traitement méthodique par la quinine.

Nous ne saurions aborder ici la question des liens qu'on pourrait soupçonner parfois entre ces manifestations et le développement ultérieur des *tuberculoses génitales de la femme*. Il s'agit là d'un problème de pathologie générale de premier ordre, et qui ne semble pas près d'être élucidé. On nous excusera d'en faire une brève mention.

***

Ainsi l'influence de la malaria fruste ou larvée, ou des affections para-palustres en gynécologie, semble indéniable, quoiqu'assez mal délimitée.

Malgré la fugacité des signes, malgré l'imprécision des formes cliniques et des lésions, ce serait un tort de la négliger tout à fait. On perdrait l'occasion de rendre un peu de temps et à peu de frais des services considérables à des malades chroniques de qui l'existence peut être transformée presque tout d'un coup par un diagnostic précis et par le traitement simple qu'il comporte.

Traitement manuel de la douleur

Par le Dr DURAY

Je remercie Monsieur le professeur Loeper d'avoir voulu faire une place dans son enseignement au traitement manuel, c'est-à-dire au massage, et j'ai quelque orgueil d'être sur ce point son porte-parole.

Je regrette cependant de ne pouvoir vous montrer dans leur ensemble toutes les richesses actuelles et toutes les possibilités d'une thérapeutique que les médecins ne connaissent le plus souvent qu'à travers sa déformation dans les mains des empiriques. Malgré qu'Hippocrate ait écrit : « *Le médecin doit posséder l'expérience de beaucoup de choses et entre autres celle du massage* ». Je dois pourtant vous rappeler, pour encadrer le thème d'aujourd'hui,

l'emploi traditionnel du massage dans les traumatismes et leurs suites ; atrophie musculaire ; constipation ; contracture.

Emploi justifié par les travaux physiologiques de : Vulpian, Marey, Castex, Stapfer, von Mosengeil, Friedel-Pick, Mitschell, Lassar, Maggiora, etc., qui ont démontré que le massage :

A) Active l'absorption par les lymphatiques ;

B) Augmente la quantité d'urine et l'élimination d'azote ;

C) Fait varier la pression artérielle ;

D) Modifie la condition nerveuse sensitive ;

E) Et surtout, provoque des actions réflexes nombreuses, variées, puissantes, au point que l'on pourrait définir assez exactement le massage : *l'ensemble des pratiques manuelles susceptibles de provoquer par voie réflexe des modifications permanentes de l'organisme.*

Cette conférence s'en tiendra à vous parler de son action sur les sensibilités.

Action connue, on peut dire de toute antiquité et faisant partie de toutes les médecines populaires ; si bien établie empiriquement qu'elle a suscité moins de travaux que les autres effets du massage. D'ailleurs, ces succès empiriques semblent lui avoir nui près de vous, Messieurs, puisque même lorsque la souffrance de votre patient a résisté à vos soins habituels et réclame quelque intervention inaccoutumée, vous oubliez souvent de vous servir des bienfaisantes applications de la main humaine : *de votre main*.

Je voudrais qu'après m'avoir entendu, vous soyez bientôt, dans votre pratique médicale, reconnaissants à Monsieur le professeur Loeper de vous avoir montré la silhouette du traitement manuel par la porte de la douleur.

La technique du massage est simple, plus simple qu'on ne le croit et ne comporte ni geste rituel, ni pratique secrète.

De toutes les innombrables façons dont la main peut faire sentir son action (et qui ont toutes un caractère commun, celui de *déformer la peau*) l'empirisme a sélectionné une demi-douzaine de manœuvres, les plus efficaces pour exciter le système nerveux ; ce sont, à quelques variations de terminologie près : la pression ; la friction ; l'effleurage ; le pétrissage ; la vibration ; la percussion.

Pour agir sur la douleur, les cinq premières sont seules employées et sous des modalités un peu spéciales. Je les décris séparément :

Pression. — C'est la manœuvre la plus simple ; le contact d'une main souple et légère sur une région douloureuse, et est à lui seul calmant. Elle doit être progressive, tant au moment du contact qu'au moment où elle quitte la peau. On peut employer, suivant la région, toute la main mise à plat ou courbée en bracelet ou simplement la pulpe d'un doigt, en particulier lorsqu'il s'agit d'un conducteur nerveux.

Friction. — Filiale de la pression, cette manœuvre se pratique en entraînant le tégument (grâce à l'adhérence que détermine la pression), de telle façon que la face interne du tégument glisse sur les plans profonds à atteindre. Si on l'exécute brève, rapide et légère, on agit sur les couches les plus superficielles des parties molles ; lente, plus appuyée, elle vise à atteindre quelques troncs nerveux ; lente aussi, plus légère, elle s'adresse aux altérations chroniques du tissu conjonctif.

Effleurage. — Cette manipulation peut être si variée dans sa forme et dans ses qualités, que pour beaucoup d'entre nous, elle constitue le fond même du massage. Dans la lutte contre la douleur, la seule direction de l'effleurage qui intéresse est la direction centrifuge. Ses aires d'application doivent être en concordance, non pas avec les reliefs musculaires, mais avec les zones de distribution nerveuse. Les deux qualités qui lui sont indispensables pour calmer sont la régularité et une certaine lenteur. Chez les douloureux, qui sont si souvent des nerveux, on se méfiera d'une trop grande légèreté de main, qui donne facilement la sensation d'horripilation.

Pétrissage. — Des différentes formes du pétrissage, on ne retiendra ici que le pétrissage de la peau et du pannicule sous-cutané. Il s'effectue entre la pulpe du pouce et celles jointes de l'index et du médius.

On peut le décomposer en trois temps : dans le premier, on saisit les téguments ; dans le second, l'un des poignets s'élève pendant que l'autre s'abaisse, donnant ainsi un mouvement de torsion longitudinale aux plis formés dont un troisième temps fait rouler les deux faces l'une sur l'autre, comme on roulerait une cigarette. S'il doit être employé avec quelque légèreté dans les crises douloureuses, aiguës, dues aux cellulites, il doit être pratiqué avec assez d'énergie dans les états chroniques moins douloureux.

Vibration. — Cette manœuvre a pour départ un contact de la main entière ou de la pulpe d'un ou plusieurs doigts, suivie d'une série extrêmement rapide de pressions et de relâchements à direction verticale. Ce tremblement continu et régulier vient en grande partie de l'avant-bras. Son amplitude doit être assez minime pour éviter toute espèce d'ébranlement à type choc. Sa vitesse, variable suivant les manipulateurs, est d'environ 600 à la minute. Appliquées sur la cavité abdominale, on peut constater que les vibrations irradient fort au loin de leur point d'application, allant agir dans la profondeur sur la sensibilité des plexus. Elle se combine souvent avec la pression lorsqu'il s'agit d'agir sur quelques points accessibles d'un conducteur nerveux.

L'emploi de toutes ces manipulations, lorsqu'elles veulent combattre la douleur, doit obéir aux mêmes règles. Elles doivent être progressives dans chaque séance. Les séances, progressives entre elles, par rapport au commencement du traitement ; les manœuvres doivent être régulières et exécutées régulièrement dans le même ordre, de façon à ce que le patient sache très vite ce qui va se passer et n'éprouve ni surprise ni appréhension. Je n'ai pas besoin d'ajouter que tout doit concourir à mettre le malade dans l'état le plus favorable à la détente physique et psychique. Le choix d'une position sur un meuble donné, l'opportunité de quelques mots, sont des adjuvants non négligeables.

Je dois maintenant vous signaler ce qui constitue pour le massage sa véritable difficulté, en même temps que le plus gros obstacle à sa diffusion : c'est l'impossibilité d'établir sa posologie.

Il est impossible de libeller une prescription de massage, comme on le ferait pour une prescription galénique. Je puis bien, à la rigueur, écrire : vibration ici, pétrissage là, mais comment indiquer l'énergie nécessaire et la durée exacte des manœuvres ? Je ne puis qu'employer des qualificatifs et même avec eux, nous demeurons dans le vague : « fort », « énergique », « léger », « doux », ne représentent rien de comparable dans votre esprit et dans le mien. Il existe bien quelques critères d'ordre général,

qui avertissent que l'on vient de dépasser la dose maxima, tels les bâillements, la pâleur ou la rougeur anormales de la face, la somnolence ou l'énervement, l'accroissement de la douleur, mais encore une fois, lorsqu'ils apparaissent, il est trop tard.

Les seuls signes utiles sont locaux et consistent en modifications qu'un tact affiné peut percevoir dans la région soumise au traitement. Ce sont des contractures ou des relâchements des parties molles, une certaine turgescence des tissus, mais tout cela est fin, difficile à percevoir, au moins par les débutants et pourtant il faut en être capable, surtout dans les affections douloureuses. Cette absence de règle, cet appel aux perceptions les plus fines (cette sorte de divination) font du massage quelque chose de peu scientifique, je dois le reconnaître, mais lui donnent avec un caractère artistique, un intérêt très prenant.

La technique dont je viens d'esquisser les détails, peut être employée dans son ensemble :

1° Dans tous les syndromes douloureux périphériques et leurs conséquences (contractures).

a) Sur les organes récepteurs des excitants de la douleur.

b) Sur leurs voies conductrices.

c) A distance de la zone douloureuse, par provocation de réflexes inhibiteurs.

2° Dans certains syndromes douloureux, dus à un stimulus interne.

3° Dans un certain nombre d'affections douloureuses où l'action manuelle se propose de modifier l'état histologique des tissus altérés, cause de la douleur.

Dans chacune de ces trois catégories, je donnerai en exemple et avec quelques détails, un type de traitement.

1° Un des types les plus communs de ces syndromes douloureux est la sciatalgie ; pour lui, comme pour tous les autres syndromes analogues, il y a peu à s'inquiéter de la pathogénie, le massage étant en ce cas un moyen avant tout symptomatique. Le procédé manuel à employer présente un caractère de parfaite simplicité. Loin de réclamer l'habileté manuelle d'un kinésithérapeute de profession, il est à la portée de tout praticien, et il s'exécute aussi facilement qu'un stypage, qu'une injection d'air ou qu'une piqûre anesthésiante.

Voici sur quelles constatations il est établi : lorsqu'on examine systématiquement, au point de vue sensibilité, la région des trous de conjugaison, implicables dans un cas donné ; si la palpitation profonde ne permet en général de déceler quoi que ce soit d'anormal (exception faite de la contracture musculaire), elle révèle, par contre, la présence d'un ou plusieurs points douloureux situés à un bon travers de doigt des apophyses épineuses, à la hauteur des trous de conjugaison. La pression en ces points est douloureuse localement et en même temps, éveille des répercussions sensitives dans le nerf à la formation duquel concourent les racines de même numéro (par exemple, le point correspondant à la cinquième lombaire irradie dans la zone du sciatique, parfois jusqu'au mollet). Lorsque la pression exercée en ces points, se prolonge, la sensibilité *locale* diminue de façon considérable jusqu'à disparaître si l'on répète deux ou trois fois le même procédé. La douleur à distance s'atténuant de façon analogue mais plus lente.

Voilà le fait d'observation, voici maintenant les détails de la pratique.

Le malade est couché sur le ventre, des coussins placés sous l'abdomen effacent autant que possible la cambrure des reins, laissent aux muscles spinaux la possibilité de se décontracturer.

Dans la région à traiter, après avoir repéré une des apophyses épineuses, on porte l'index au niveau du vide qui la sépare de la suivante, à deux doigts de la ligne médiane. Une sensation de moindre résistance avertit qu'on est au-delà des apophyses transverses, on appuie alors le doigt vers la profondeur, en le ramenant légèrement contre la colonne vertébrale, en ayant soin de faire varier légèrement l'angle d'incidence dans plusieurs directions. Souvent la douleur provoquée par cette manœuvre est assez vive pour que le malade réagisse en entier, le plus souvent, on est averti de la douleur ressentie par une contracture locale de la masse sacro-lombaire.

Il suffit alors d'appuyer progressivement en cet endroit et d'exercer, en même temps que la pression, des vibrations faites avec la pulpe d'un doigt (ou de deux doigts, s'il y a une défense musculaire). Le premier effet produit est une exacerbation de la douleur qui, assez souvent, irradie dans le nerf ; sans se laisser arrêter par le paroxysme douloureux, il faut continuer la pression et les vibrations et au bout d'un laps de temps variable, mais qui ne dépasse jamais deux minutes à deux minutes et demie, la douleur locale diminue de façon assez nette pour que la contracture de défense cède et que le patient interrogé puisse répondre sincèrement qu'il ne sent presque plus rien. Il ne faut cesser la pression et retirer le doigt qu'après avoir atteint ce résultat, si on le fait plus tôt, l'exacerbation produite persiste et peut déclancher une crise longue et douloureuse.

Après quelques minutes de repos, on recommence une seconde application semblable à la première, qui est parfois moins douloureuse, mais en tout cas calmée plus vite que la première ; une troisième application est souvent utile au début d'un traitement. Le résultat le plus fréquent est que le malade se relève avec moins de difficulté que précédemment, en déclarant : : « Je me sens moins raide » ou « Je marche mieux ». Cette séance est renouvelable 48 heures ou trois jours après, de façon à laisser à la réaction un peu douloureuse, qui se produit le soir ou le lendemain du traitement, de s'amortir.

Bien souvent, ce procédé suffit pour obtenir en six à dix séances, un résultat remarquable ; dans un nombre assez restreint de cas, il y a intérêt ou nécessité à y ajouter dans la zone innervée par ces mêmes racines et d'ailleurs douloureuse elle-même, le pétrissage de la peau et du pannicule sous-cutané, massage non seulement modificateur de l'état histologique du tissu, mais provocateur de réflexes sensitifs inhibiteurs.

2° Les syndromes douloureux, dus à un stimulus interne, sont bien connus de tous, sous leur forme de « coliques ». C'est à leur propos que M. Pierron a fait la remarque suivante, que je ne puis résister au plaisir de vous lire, tant sa fin en est savoureuse pour nous autres médecins :

« Quand les douleurs d'origine interne ne peuvent être rattachées à un stimulus contre l'action duquel il est possible à l'organisme de se défendre, on constate chez les animaux un état d'inquiétude qui les conduit à modifier leurs conditions de vie, leur alimentation, leur habitat ; chez l'homme, l'appel aux sorciers ou au médecin précède en général le changement da conduite ».

Lorsque l'un de vous, Messieurs, aura été appelé dans ces conditions, qu'il veuille bien se rappeler que le meilleur moyen pour faire cesser le spasme douloureux des muscles lisses est le massage abdominal, agissant sur la sensibilité périphérique par un effleurage circulaire, lent,

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

L'adonis vernalis. Ses principes actifs. Ses propriétés thérapeutiques. Prof. POUCHET. (*Prat. Méd. Franç.*, Paris, 1928, n° 10 bis, P. 389-405).

Les résultats discordants, souvent paradoxaux, obtenus jusqu'à ces derniers temps, de l'emploi de l'adonis vernalis, par nombre d'expérimentateurs distingués, et particulièrement les recherches de Fackelmann, en 1911, montrant que l'on obtenait des produits doués d'actions sensiblement différentes, suivant leur mode de préparation, semblaient prouver que les principes actifs jusqu'alors extraits des diverses variétés d'adonis étaient constitués par des substances différentes ou par des mélanges. Le travail de MM. L. et F. Mercier (Revue de Pharm. et de Thérap. expér., Paris, n° 1, 1927) complété par les recherches du prof. Jung et du Dr. Fontenailles (Soc. de Biol. Paris, 18 mai, 1928) et surtout par les études du Dr Lutembacher (*Bull. Méd.*, Paris, n° 11 1928, et *Prat. Méd. Fr.*, Paris, 1928, mai B.), est venu démontrer l'exactitude de cette interprétation et élucider cette question restée jusqu'ici fort obscure.

Les expériences de MM. Mercier ont abouti à l'obtention de deux glucosides ; l'un est soluble dans l'eau, et l'alcool, c'est l'adonidoside, l'autre est insoluble dans l'eau très soluble dans l'éther et le chloroforme, c'est l'adonivernoside. Ces deux glucosides sont les seuls principes actifs de l'adonis vernalis. Les mélanges de ces deux glucosides ont été largement utilisés osus forme d'adoverne ; ce médicament représente en effet ces deux glucosides dans les proportions mêmes où ils se trouvent dans la plante ; leur activité est étalonnée physiologiquement à la valeur constante de 300.000 unités-grenouille pour un gramme du complexe glucosidique.

On donne l'adoverne, jusqu'ici seulement par voie buccale 30 à 60 gouttes par jour ou 2 à 4 granules). Les principales indications de ce médicament se trouvent dans l'insuffisance cardiaque avec arythmie complète, dans l'œdème pulmonaire, la dyspnée et les hydropisies. Il semble bien, d'après tous les travaux publiés, que l'adoverne constitue, à l'heure actuelle, le moyen le meilleur et le plus pratique d'administrer l'adonis vernalis.

Comment traiter la migraine. (Dr R. CHAUSSET, (*Concours Médical*, Paris, n° 9. 3 mars 1929).

Parmi les multiples traitements préconisés contre l'accès de migraine, l'auteur insiste surtout sur la thérapeutique médicamenteuse et, parmi les produits employés, il consacre quelques lignes à l'étude du sédobrol qui permet d'administrer le bromure selon la méthode de Charcot. Plus actif que le bromure, l'allonal, déjà longuement étudié, tant en médecine générale, qu'en chirurgie, stomatologie, neurologie, s'est révélé comme un hypno-analgésique très puissant, supérieur aux autres analgésiques habituellement employés. Sa toxicité est faible et il ne produit pas d'accoutumance, ce qui permet de prolonger longtemps son emploi. Il se présente sous forme de comprimés renfermant 16 centigrammes de produit actif. La dose moyenne est de 1 à 4 comprimés pris dans la journée à un ou deux heures d'intervalle. Enfin, dans quelques rares cas, au milieu d'une crise grave par exemple, on peut être obligé de recourir à l'injection de morphine, mais exceptionnellement bien entendu, car, avec ce produit, il faut toujours craindre la toxicomanie.

C'est un des avantages d'ailleurs de l'allonal de pouvoir se substituer à la morphine dans toutes ses indications et sans en avoir les inconvénients ; les nombreux travaux publiés sur ce médicament prouvent son utilité dans toutes les algies de quelque origine ou de quelque nature qu'elles soient, et en particulier dans les algies empêchant le sommeil, dans toutes les névralgies et aussi dans les migraines même les plus tenaces.

Contribution à l'étude du traitement de l'insomnie. (Dr PERGET, Thèse de Paris, 1928).

Il est absolument nécessaire, en matière d'insomnie, d'en connaître les causes, et celles-ci une fois connues, d'instituer le traitement étiologique. C'est le cas par exemple dans toutes les insomnies symptômatiques ; dans les insomnies secondaires à la douleur, le pantopon, la morphine, l'héroïne, l'allonal ont leurs applications, agissant contre l'algie et indirectement contre l'agrypnie ; dans l'insomnie des différentes psychoses, les bromures, le sédobrol, les valérianés, les crataegus, le somnifène, le laudanum sont des adjuvants excellents à divers titres ; dans l'insomnie légère et dans l'insomnie des anxieux, l'auteur donne la préférence au sédormid ; de nouveau sédatif hypnogène n'est pas un barbiturique : c'est l'allylisopropylacétylcarbamide. De nombreuses expérimentations physiologiques et cliniques ont démontré que le sédormid est un sédatif doux, constant dans ses effets, absolument inoffensif pour le cœur et pour les reins. Sa destruction rapide dans l'organisme est garante de l'absence d'effets cumulatifs, et, chez tous les malades auxquels on l'a administré, on a constaté sa non toxicité aux doses thérapeutiques.

En résumé le retour au sommeil normal et la sédation de l'angoisse sont de règle chez tous les malades traités par le sédormid, et l'auteur a pu conclure, que cet hynoptique doux, bien toléré et possédant une maniabilité très grande, peut et doit rendre, dans la pratique médicale, de très précieux services, car il semble parfaitement réaliser le meilleur médicament des petits insomniaques et des petits anxieux ; de même il semble devoir être, chez tous les vieillards, chez les femmes, chez tous les pusillanimes, un excellent sédatif sans inconvénients.



régulier, assez appuyé, suivi d'un pétrissage souple de la peau et de sa doublure et surtout s'adressant aux plexus de la vie végétative par ce moyen extrêmement puissant que constituent les vibrations. L'endroit d'élection pour les appliquer est au niveau de l'hypocondre gauche, un peu au-dessus du niveau de l'ombilic. Elles doivent être exécutées menues, rapides, égales, et bien dirigées suivant la normale à la région. L'obstacle à vaincre est la durée souvent longue, pendant laquelle il faut poursuivre leur application, cinq à dix minutes sont souvent dépassées et ce temps est déjà long pour la fatigue du masseur. Un symptôme qui précède la sédation lui donnera le courage de continuer, en lui faisant espérer le succès, c'est l'amplitude extraordinairement accrue des mouvements inspiratoires.

3° Le type d'affections douloureuses, dans lesquelles, pour faire cesser la douleur, on se propose une modification des tissus, qui, en somme, constitue un vrai traitement pathogénique par opposition aux deux variétés précédentes de cas dans lequel le traitement est simplement symptomatique, sont les cellulites.

Je n'ai pas à donner ici la description clinique de ces états, j'insisterai seulement sur le caractère particulier des douleurs qu'ils provoquent et qui revêtent très nettement le caractère sympathique. J'ajouterai aussi qu'il est nécessaire d'affiner son tact, non seulement pour pouvoir les traiter avec délicatesse, mais même pour pouvoir les reconnaître avec certitude, puisque le diagnostic s'établit sur des constatations tactiles dont je vous rappelle les trois principales :

A. Par un pétrissage menu de la peau et du pannicule, accentué dans le sens du glissement des deux faces du pli l'une sur l'autre, de craquements très fins, presque continus, comme si une soie cassante doublait la peau à ce niveau.

D. En exerçant au niveau de la région douloureuse des frictions assez étendues avec la pulpe de deux doigts joints et sous une certaine pression, reconnaissance d'indurations assez notables douloureuses au contact.

C. Par des frictions plus légères, plus rapides, mêlées de vibrations, constatation de nodules très petits, acuminés le plus souvent, donnant une sensation de douleur à type piqûre. Le traitement comporte fondamentalement le pétrissage appliqué en surface, pratiqué par les deux mains travaillant l'une près de l'autre et opposant chacune d'elles, le pouce à l'index et au médius, pétrissage qui doit être serré, rapide et point brutal, surtout au début d'un traitement, pour ne point être littéralement intolérable. Ce traitement, pour les nodosités, comporte en outre (et certaines fois exclusivement) les frictions et les vibrations unidigitales.

Du point de vue de la sédation des douleurs, on doit continuer la manipulation entreprise jusqu'à ce que le malade accuse une détente, s'arrêter plus tôt serait, comme nous l'avons déjà dit, pour un traitement précédent, laisser le malade en imminence de crise.

Après cette sédation première, qui ne dure qu'une heure ou un peu plus, il survient en général une réexacerbation de la douleur (le soir ou le lendemain de la séance) suivie, dans les cas favorables, c'est-à-dire dans sept cas sur dix, par une amélioration des symptômes. A cause de la réaction douloureuse, il y a peu d'avantages à traiter le malade chaque jour. On a si vite fait de dépasser ainsi la dose d'excitation utile et non nuisible !

Dans tous les procédés, et dans tous les exemples que je vous ai indiqués, j'ai été soucieux de rester dans le domaine de la pratique la plus simple et la mieux vérifiée. C'est pourquoi j'ai laissé de côté la description de certaines pratiques parfois très brillantes et toujours très curieuses au point de vue scientifique (méthodes d'Abrams) et leur corollaire, la réflexothérapie, auxquelles il faudrait joindre deux systèmes américains, qui connaissent une vogue qui n'est pas absolument imméritée : l'ostéopathie et la chiropractice, mais ce faisant, j'ai pensé rester davantage dans l'esprit de M. le professeur Loeper qui aimait mieux, j'en suis sûr, vous êtes pratiquement utile qu'exciter votre goût du pittoresque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1929.

Traumatisme du genou. — *M. Alglave* rapporte une observation personnelle. Après un traumatisme du genou, son blessé présentait des crises de blocage articulaire. Il est opéré dix mois après l'accident. Une incision interne est insuffisante pour explorer l'articulation ; aussi fait-on une section transversale de la rotule. Deux corps étrangers libres sont trouvés ainsi qu'une rupture du ménisque interne.

Trois autres corps étrangers fixés sont aussi extirpés. Résection du ménisque. Suites sans incident. L'auteur insiste sur les avantages de la voie trans-rotulienne qui a permis de trouver des corps étrangers non soupçonnés par la clinique et la radiographie.

Trois cas de tétanos. — *M. L. Bazy* rapporte trois observations dues respectivement à *M. Taillefer* (de Béziers), à *MM. Coudrain* et *Legrand-Desmous* (de St-Quentin) et à *MM. Chadria* et *Dubroucher* (d'Alger).

Un premier point est l'efficacité de la sérothérapie à très haute dose et par voie intra-rachidienne. Le traitement de la plaie tétanigène paraît aussi très important ainsi que l'anesthésie qu'il faut employer largement.

M. Taillefer a ainsi pratiqué 16 ponctions lombaires sous anesthésie générale (dont 14 au chloroforme). M. Coudrain a, au contraire, utilisé le sommifère par voie intra-veineuse et par la bouche.

M. Sorrel dit qu'il a vu un malade porteur de lésions bacillaires qu'il a guéri d'un tétanos par sérothérapie intra-rachidienne. Or ce malade est mort cinq semaines après d'une méningite tuberculeuse.

M. Maisonnet dit qu'il a vu, après de hautes doses de sérum, des accidents méningés dus à l'excès de sérum. Il faudrait peut-être alors compléter le traitement par de la vaccinothérapie.

M. Lecène croit qu'il y a deux cas à envisager : quand on n'a pas pu détruire le foyer tétanigène, la gravité est considérable, et les hautes doses de sérum sont justifiées. Quand on a pu au contraire détruire le foyer tétanigène, celles-ci sont au contraire dangereuses. M. Lecène rapporte ainsi un cas où il a fait l'excision d'une épine contaminante et des injections de sérum antitétanique à doses moyennes. On lui fit alors 300 cmc. en 48 heures, puis 300 cmc. en 3 jours. Il guérit, mais fit un purpura considérable et eut jusqu'à 3 gr. d'albumine par jour.

Ulcère récidivant du duodénum. — *M. Roux-Berger* fait un rapport sur une observation de *M. Simon* (de Strasbourg).

Un homme, opéré 6 ans auparavant pour un ulcère du duodénum (gastro-entérostomie) fait un syndrome de perforation gastrique. A l'intervention, perforation près de la bouche de gastro-entérostomie resection et dégasto-entérostomie. Deux ans après, nouvelles douleurs et opération : résection pylorique de gastro-entérostomie postérieure.

L'année d'après, ulcère peptique ; gastro-entérostomie précolique à anse longue avec pépinojéjunostomie.

Actuellement, aucune amélioration et signes d'ulcère sur les deux bouches.

C'est un bel exemple des ulcères rebelles.

M. Ockinzyc a observé un cas analogue et il se demande si la conception de Fonsterer n'est pas la bonne, où cet auteur préconise, dans ces cas, une gastro-pylorectomie très large.

M. Picot croit que la stase hyperacide doit être un facteur de récidive.

M. Cunéo dit que les résections très larges de l'estomac sont encore le meilleur moyen de guérir les ulcères peptiques.

M. Brocq a fait des expériences pour savoir si la radiothérapie ne diminue pas l'acidité gastrique ; il y aurait peut-être là une technique adjuvante après les opérations.

M. P. Duval dit que l'évolution normale de tout chirurgien est de passer de la gastro-entérostomie à la résection gastrique puis de revenir à la gastro-entérostomie.

M. Lecène, dans le cas de M. Okinzyc, a recommandé au malade de se mettre au régime déchloruré ; c'est souvent un moyen très efficace.

Radiothérapie et opération dans les fibromes. — *M. Roux-Berger* fait un rapport sur une observation de *M. Ibos* (de St-Quentin).

Une femme, traitée auparavant par la radiothérapie, est opérée, et on trouve des adhérences extrêmement serrées qui compliquent beaucoup l'intervention. Après de multiples incidents, la malade finit par guérir.

Pancréatite chronique avec ictère. — *M. Leveuf* apporte trois observations.

1° Malade de 46 ans opérée en 1923 pour un ictère chronique, laparatomie exploratrice, on trouve un gros pancréas et on referme.

La malade fait alors une fistule biliaire spontanée et guérit parfaitement.

2° Malade de 29 ans. Ictère par rétention. Opératton : gros pancréas. Cholécystostomie. Guérison rapide.

3° Malade de 67 ans. Ictère par rétention.

Gros pancréas à l'intervention. Cholécystostomie. La fistule biliaire ne se ferme pas. Cholicystogastrotomie. Guérison.

La malade revient pour vomissements. On fait une gastro-entérostomie. Pas d'amélioration. Mort. A l'autopsie, les sutures gastriques n'ont pas tenues. Le cholédogue est dilaté.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de sclérose pancréatique intense.

M. Cunéo insiste sur le fait qu'une bile vésiculaire claire ne signifie pas obligatoirement un cystique bouché.

M. Gosset soutient une opinion analogue : il convient donc de faire d'abord une cholicystostomie, puis, ultérieurement si le cholédogue ne se débouche pas, une anastomose cholicysto-duodénale.

M. Alglave apporte une observation analogue.

Présentation de malades. — *M. Alglave* présente un malade à qui il a fait une arthrotomie trans-rotulienne, et une autre où il a utilisé la voie trans-oléocranienne.

M. Auvray présente un malade qui possède une quadruple rétraction palmaire et plantaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juillet 1929.

Abcès du cerveau à synystomatologie complexe ; difficultés du diagnostic de l'abcès temporosphénoïdal droit idiopathique. — MM. *A. Lemierre* et *R. Thurel*, à propos d'un cas, insistent sur les difficultés du diagnostic de l'abcès cérébral idiopathique. En l'absence de traumatisme cranien important et d'affections suppurées de l'oreille, du nez, des poumons ou d'endocardite maligne, on n'était guère tenté de porter le diagnostic d'abcès du cerveau, surtout lorsque la synystomatologie s'éloigne des descriptions classiques. Il en a été ainsi dans l'observation rapportée par les auteurs : le tableau clinique était dominé par des manifestations méningées et des signes d'hypertension intra-cranienne. Une première réaction méningée avec liquide louche, contenant de nombreux polynucléaires plus ou moins altérés, fit songer à une méningite purulente ; en réalité, il s'agissait d'une réaction méningée puriforme aseptique, d'ailleurs transitoire. Lors d'une seconde poussée méningée avec lymphocytose céphalo-rachidienne, on constata un Bordet Wassermann positif et une réaction du benjo n colloïdal anormale avec précipitation partielle dans les premiers tubes ; le traitement spécifique resta sans action. Ces réactions méningées ont été transitoires, par contre le syndrome d'hypertension intra-cranienne s'est précisé et est passé au premier plan ; en l'absence de signes de suppuration et de toute étiologie d'abcès du cerveau, le diagnostic de tumeur cérébrale était le plus vraisemblable. L'apparition tardive des signes de localisation, phénomènes parétiques du côté gauche, parésie faciale, puis hémiparésie, s'expliquait par le siège des lésions dans le lobe temporosphénoïdal droit ; à noter cependant une parésie précoce du moteur oculaire comme du côté des lésions ; cette parésie semble avoir une valeur localisatrice ; elle est signalée dans plusieurs observations d'abcès du lobe temporosphénoïdal. A l'autopsie, on constata un abcès enkysté dans la profondeur du lobe temporo-sphénoïdal droit, contenant du pus à staphylocoques. Le point de départ de cette suppuration a échappé aux investigations anatomiques.

Deux malades atteintes de tuberculose pulmonaire, traitées par le séro-médicament du Dr Dufour. — M. *Henri Dufour*. — Le séro-médicament dont il est question est employé depuis plusieurs années par son auteur qui, dans des publications antérieures, en a donné la composition, basée sur un mélange de sérum de lapin tuberculiné avec l'iodo-benzo-méthylformine. Le premier cas concerne une fillette de deux ans vivant avec une mère tuberculeuse. Le début de l'affection remonte à mars 1929 et a été précédé de quatre bronchites, d'une rougeole et d'une coqueluche avec otite à l'âge de dix-huit mois. L'enfant a présenté par la suite du pemphigus. Soignée aux Enfants-Malades en avril 1929 pour broncho-pneumonie avec fièvre à 39°-40° s'accompagnant d'amaigrissement et d'une cutiréaction très positive. La petite malade, à son entrée à Broussais, avait les deux poumons encombrés de râles humides et sibilants, une respiration soufflante aux hiles des deux côtés, température vespérale entre 39 et 40°. Toux, amaigrissement. La radiographie confirme l'étendue des lésions ganglio-pulmonaires, surtout marquées à gauche. Du 18 mai au 3 juillet, l'enfant reçoit douze piqûres intra musculaires de séro médicament, à partir du 20 juin, la température respirale ne dépasse pas 37°5. En un mois 1/2 et malgré la période fébrile, le poids est passé de 11 kgr. à 12 kgr. 700. Transformation de l'état général et local. Les clichés radiographiques n'ont pas sensiblement changé. D'ailleurs ils ont été pris à un mois d'intervalle seulement.

Le deuxième cas a trait à une jeune fille de vingt ans présentant une lobite du sommet droit très étendue ainsi que le révèle une radiographie faite en mars 1928, conforme à l'examen clinique. Il y a de l'amaigrissement notable, une expectoration bacillifère, une fièvre à 38°5. En quatorze mois, la malade a reçu quatre-vingt-cinq piqûres de séro-médicament sans modifier d'autre part son genre d'existence. La fièvre a disparu, la malade crache rarement et émet encore quelques bacilles (examen de mai 1929). Le poids est passé de 52 kgr. 500 à 66 kgr. Transformation complète de l'état général et des signes stéthoscopiques. La lobite supérieure droite qui, lors de la première radiographie, englobait tout le lobe sous forme d'opacité avec image lacunaire à contours irréguliers, a fait place sur le cliché 1929 (juin) à une zone sombre occupant seulement l'extrême pointe du sommet et la région para-vertébrale.

Abcès tuberculeux du cervelet. Sur la coloration des bacilles de Koch dans le névraxe. — MM. *Georges Guillain*, *J. Christophe* et *I. Bertrand* rapportent l'observation d'une malade chez laquelle, en raison d'une céphalée aiguë, d'un léger syndrome méningé clinique, d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien, on porta le diagnostic probable d'abcès de l'encéphale. Il existait un léger syndrome cérébelleux statique sans dysmétrie, sans adiadococinésie, sans tremblement ni nystagmus. La température était normale. La malade mourut su-

bitement. L'autopsie montra des lésions tuberculeuses de l'hémisphère cérébelleux gauche avec un abcès de la grosseur d'une olive. Des bacilles de Koch très nombreux furent colorés.

Les auteurs recommandent spécialement pour la coloration des bacilles de Koch dans le névraxe la technique préconisée par I. Bertrand et Medakovitch à la fuchsine anilinée d'Ehrlich après fixation au formol.

Aucun signe clinique ne permettait de localiser le siège de cet abcès dans une zone spéciale du cervelet et de donner un conseil d'intervention soit sur le vermis soit sur l'un des lobes cérébelleux. L'examen anatomique a montré d'ailleurs que toute intervention chirurgicale n'aurait pu avoir de résultat utile.

La vaccination régionale par la porte d'entrée. — *M. P. Poincloux* expose les principes et la technique générale de sa méthode de vaccination qui consiste à injecter le vaccin correspondant à une infection donnée, non pas en un point quelconque de l'hypoderme, non pas dans les lésions qu'on se propose de guérir, mais dans le tissu que le microbe pathogène a utilisé pour pénétrer chez son hôte. Il affirme que les vaccins injectés selon cette méthode engendrent des réactions et des résultats dont la constance, la netteté et la qualité doivent retenir l'attention. L'expérience de l'auteur porte sur plus de 180 malades (arthrites, uréthrites chroniques, orchi-épididymites gonococciques, salpingites, métrites gonococciques, colibacillaires, staphylococciques, mammites, otites moyennes, fièvre typhoïde, etc...). Chez tous ces sujets, chaque fois qu'on était certain d'avoir injecté le vaccin spécifique par la porte d'entrée spécifique, et que le traitement était appliqué avec une suffisante persévérance (cinq injections) les effets salutaires furent bons ou excellents.

Vaccination régionale par la porte d'entrée. Traitement des complications articulaires de la blennorragie.— *MM. C. Lian, P. Poincloux* et *M. Copelovici-Cope* relatent brièvement les résultats obtenus en appliquant la vaccination régionale par la porte d'entrée à 18 malades atteints d'infections articulaires ou para-articulaires par le gonocoque. Ces résultats permettent de considérer que la vaccination régionale par la porte d'entrée améliore beaucoup le pronostic de ces complications presque toujours tenace, souvent redoutable au point de vue fonctionnel. Habituellement le processus inflammatoire articulaire ou para-articulaire est interrompu de 10 à 15 jours après cinq injections de vaccin gonococcique (I. Pasteur) faites avec une seringue garnie d'une aiguille fine de 6 à 7 mm. de long, dans les parois de l'orifice uréthral (méat chez l'homme, relief des glandes de Skène chez la femme). L'action sur la douleur est souvent brusque, survenant 24 heures après la première injection. Les réactions vaccinales sont presque constamment vives, commençant 30 à 45 minutes après la piqûre. Elles ne se produisent, pour la dose initiale de 1/4 de ce que si le vaccin est spécifique et que s'il est injecté en bonne place.

Spirochétose ictéro-hémorragique sans azotémie pendant la rémission thermique. – *MM. Brulé* et *Stehélin*. — Un garçon de café ayant manipulé des légumes, dans une cave infestée de rats, contracte une spirochétose ictéro-hémorragique d'ailleurs bénigne, dont le diagnostic fut confirmé par l'évolution clinique et par le séro-diagnostic de Martin et Pettit.

L'ictère fébrile et la légère azotémie du début rétrocédèrent en 8 jours et pendant la période de rémission thermique, le taux de l'urée sanguine était absolument normal. L'azotémie reparut au cours de a rechute mais sans dépasser un gramme, et disparut rapidement.

Une telle observation montre à l'évidence que la rémission thermique, si caractéristique de l'ictère à spirochètes, ne peut être comme on l'a soutenu, attribuée au rôle hypothermisant des grandes rétentions d'urée ; l'azotémie, pour fréquente qu'elle soit à cette période, peut manquer totalement, la courbe de température conservant sa double ascension habituelle.

Essais de traitement de staphylococcies cutanées par le lysat-vaccin. – *MM. Flandin* et *Duchon*, signalent les bons effets du lysat-vaccin dans le traitement des furoncles.

M. Jansion a obtenu également d'excellents résultats en y associant l'insuline.

Utilité des ponctions étagées et en particulier de la ponction sous-occipitale dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — *MM. Chavany, Vannier* et *Bonan*.

Méningite cérébro-spinale à méningocoques A, traitée par la trypaflavine intra-rachidienne. Guérison.— *MM. Chavany, Arnaudet* et *Gaillard*.

Septicémie puerpérale grave guérie par les immuno-transfusions. Polynévrite de la convalescence vraisemblablement post-sérothérapique simulant la paralysie alcoolique avec syndrome psychique. — *MM. A. Tzanck* et *R. Weismann-Netter*. — Chez une femme atteinte depuis deux mois d'une septicémie puerpérale du plus sévère pronostic, les immuno-transfusions par vaccination du donneur ont amené une guérison rapide alors que tous les traitements antérieurs et les transfusions simples, avaient été inefficaces. A la convalescence de l'injection est apparue une polynévrite avec atteinte maxima des membres inférieurs et syndrome psychique simulant la paralysie alcoolique avec syndrome de Korsakoff. Les auteurs croient qu'il pourrait s'agir d'une forme exceptionnelle de polynévrite post-sérothérapique, due soit à une sérothérapie antérieurement pratiquée, soit aux transfusions elles-mêmes.

Cirrhose pigmentaire et lambliase intestinale. — *MM. Marcel Labbé, Fl. Nepveux* et *R. Justin-Besançon* rapportent l'histoire anatomo-clinique d'une entérite grave, évoluant depuis dix ans avec des accès thermiques à 40° et constitution progressive d'une cirrhose hypertrophique pigmentaire. L'examen des fèces et du liquide duodénal a révélé des quantités considérables de lamblias. A l'autopsie, on a trouvé une cirrhose avec surcharge pigmentaire. Deux autres observations qui illustrent les rapports possibles de la lambliase intestinale et de certaines hépatites chroniques,

Remarques sur un cas d'agranulocytose.— *MM. Ed. Benhamou, A. Nouchy* et *A. M. Sudaka-Planty* rapportent l'observation d'une femme de 37 ans, qui fut prise brusquement de fièvre avec frissons et d'asthénie profonde. Cet état infectieux sévère, la présence de bulles grisâtres sur la peau et au pourtour de l'anus, la coexistence d'une petite bulle analogue sur le pilier antérieur droit de la gorge, sans phénomène hémorragique, sans anémie, sans splénomégalie, firent penser à une agranulocytose. L'examen du sang pratiqué aussitôt permit de confirmer ce diagnostic : pas de granulocytes, leucopénie, chiffre normal des G. R. et des plaquettes ; signe du lacet négatif, temps de saignement et de coagulation normaux. Bilirubinémie : 5 unités V. D. Bergh. Hémoculture négative. Une diarrhée profuse, une tachycardie et une polypnée croissante, des foyers bronchopneumoniques, un petit exsudat pleural, marquèrent l'évolution, rapidement fatale de cette agranulocytose pure. Cette observation tire son intérêt : de l'importance des phénomènes cutanés et de la précession nette des accidents ulcéro-nécrotiques de la gorge ; de l'épreuve de l'adrénaline qui fit passer le chiffre des leucocytes de 2.160 à 7.280 sans faire « sortir » de granulocytes ; des recherches bactériologiques et de l'expérimentation qui montrèrent que les microbes trouvés dans l'exsudat pleural étaient vraisemblablement des microbes d'infection secondaire ; des examens biologiques complémentaires et plus particulièrement de la mesure de la tension superficielle du sérum, dont le chiffre était particulièrement élevé (62,5 dynes) chez cette malade.

René GIROUX.

(*Voir la suite page* 1555.)



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

La méconnaissance d'une urétrite simple

Suite médicale. Conséquence sociale,

Par le Dr L. BOULANGER.
Assistant à l'Hôpital d'Urologie.

Un client que, deux ans auparavant, j'avais soigné pour une uréthrite à gonocoques banale, guérie par le permanganate de potasse, vient me consulter pour un nouvel écoulement survenu à la suite de coït avec son amie dont un voyage à l'étranger l'avait séparé depuis plusieurs mois.

Sûr de lui-même, il voit dans cet écoulement la preuve et le résultat d'une infidélité de son amie, à qui il l'a reprochée, avec d'autant plus d'irritation, que, très attaché à elle, il avait le projet de l'épouser ; se dit atteint d'une blennorrhagie, et à l'appui de son dire, me montre un écoulement urétral abondant vert jaune, épais, crémeux, dont, en effet, l'aspect éveille l'idée d'une blennorrhagie. Mais, fidèle à une ligne de conduite, dont j'ai donné les raisons ailleurs (1) et à laquelle je me conforme toujours, de ne me faire une opinion sur un écoulement urétral, *a fortiori*, de la faire connaître à mon client, qu'après avoir acquis une conviction absolue sur sa nature, donnée par un ou même plusieurs examens microscopiques, j'examine immédiatement au microscope l'écoulement qui m'est montré. Je vois une abondance extrême de leucocytes, mais aucun micro-organisme ; ni gonocoque, ni autres microbes. Je fais part de ce résultat à mon client et lui demande de me faire connaître les circonstances dans lesquelles s'est produit son écoulement. Il me dit alors avoir fêté son retour par une série de dîners où l'excellence, la recherche et l'abondance de la chère rivalisaient avec le choix la variété et la qualité des vins (mon client, ami de la bonne chère, était en situation de satisfaire toutes ses fantaisies), suivis de coïts répétés et réitérés et qu'après quelques jours de ces excès bachiques et prouesses amoureuses, il avait vu apparaître au méat un léger suintement qu'il avait immédiatement soigné au moyen d'injections d'une solution de permanganate, délivrée sans ordonnance, faites copieusement plusieurs fois par 24 heures et sans interruption jusqu'au jour où je le vois ; il ajoute que malgré ce traitement régulièrement suivi, son état, loin de s'améliorer, va plutôt en empirant. L'emploi du permanganate étant de nature à masquer la présence de gonocoques existants et à les rendre temporairement invisibles, je ne tiens aucun compte de la négativité de l'examen que je viens de pratiquer, j'en fais connaître la raison à mon client en lui recommandant de cesser de faire usage de permanganate, de suivre un régime sobre, une hygiène sévère, dont le coït est exclu et je lui donne rendez-vous à quelques jours de là. Mon client revient me voir, ayant suivi mes avis, je constate une modification dans l'aspect de son écoulement devenu plus fluide et moins abondant. J'en fais l'examen microscopique dont le résultat est le même que celui de l'examen précédent : leucocytes, aucun microorganisme, ni gonocoques ni autres microbes. La négativité de cet examen jointe à la modification de la sécrétion urétrale due à la simple cessation d'injections de permanganate et à l'observation d'un régime et d'une hygiène appropriés à l'état du malade orientaient le diagnostic dans le sens d'une urétrite simple non gonococcique et non pas dans celui d'une urétrite infectieuse gonococcique. J'expliquai alors à mon client le mécanisme de la production de l'uréthrite qu'il présentait et qui était le suivant : sous l'influence combinée des excès de table répétés, absorption de mets épicés, vins généreux, liqueurs et de coïts réitérés, une inflammation de la muqueuse urétrale s'était produite exacerbée par une médication intempestive, absolument contre-indiquée, inopportune et excessive ; et, une urétrite aiguë s'en était suivie s'accompagnant de symptômes tels qu'à un examen superficiel ils pouvaient en imposer pour une blennorrhagie en réalité inexistante et je conclus en lui affirmant qu'il n'avait en somme, que ce qu'il s'était donné lui-même à lui-même. L'évènement et la marche de la maladie confirmèrent ce diagnostic étayé par plusieurs autres examens microscopiques, tous également négatifs qui évolua comme évolue une urétrite simple et guérit par le traitement de l'uréthrite simple qu'elle était et qu'elle avait toujours été.

En outre, je dus faire valoir à ses yeux certaines autres considérations, que je reproduis ici, car, des faits analogues à celui que je viens de relater ne sont pas exceptionnels, et les réflexions qu'ils suggèrent me semblent être d'une application pratique.

D'abord, et avant tout, je lui appris que les écoulements urétraux n'étant pas tous dus au gonocoque, tant s'en faut, et même n'étant pas tous d'origine vénérienne (1), il était absolument illogique de préjuger de la nature d'une urétrite, d'un écoulement d'après la simple constatation de son apparence et des signes objectifs qu'il présente, sans recourir à l'examen microscopique si simple si facile à pratiquer et si sûr dans ses résultats qui permettent d'asseoir un diagnostic certain et quelles étaient les suites médicales d'une semblable pratique. Fait dans de telles conditions et sur de simples apparences, un diagnostic a beaucoup de chances d'être erroné et l'erreur du diagnostic conduit fatalement à une erreur de traitement préjudiciable au malade ainsi qu'il en avait fait l'expérience, et dont il avait été victime.

Par ailleurs j'ai fait ressortir à ses yeux la conséquence sociale sérieuse que peut avoir la méconnaissance de la nature d'une urétrite. A cet égard, je crois pouvoir reproduire ici ce que j'ai écrit ailleurs à ce sujet.

« A un autre point de vue, le diagnostic exact de la nature d'une uréthrite non gonococcique est très important à établir, car de lui dépendra parfois d'empêcher de naître des soupçons injustifiés qui peuvent avoir de regrettables conséquences, ou de la faire cesser, en attribuant à sa cause réelle et innocente une urétrite faussement crue d'origine coupable. » (2).

Dans le cas particulier, ainsi que je me crus autorisé à le lui dire, ses soupçons injurieux s'ils n'avaient pas été démontrés n'avoir pas de fondement l'auraient peut-être conduit à ne pas donner suite à son intention de sortir d'une situation fausse en régularisant sa liaison par son mariage avec son amie, dénouement aussi souhaitable pour le monde que désirable pour les intéressés qui en avaient conçu le projet.

(1) BOULANGER. — Peut-on, sans examen microscopique de la sécrétion urétrale, faire le diagnostic exact et complet d'une urétrite. *Journal de Praticiens*, 4 octobre 1924.

(1) BOULANGER. — Les urétrites non gonococciques,. Travaux annuels de l'hôpital d'urologie, 3e série, 1923.

(2) BOULANGER. — *Ibidem.*

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 juillet 1929

Contribution à l'étude des perforations d'ulcus gastriques et duodénaux. — *M. Villandre* fait un rapport sur trois observations de *M. Flahaut* (de Cholet). Les deux premières concernent des perforations gastriques ; la troisième une perforation duodénale. L'auteur a pratiqué l'enfouissement, la gastro-entérostomie, et le drainage à la Mikulicz. Guérison des deux premiers cas ; le troisième est mort le treizième jour de phénomènes pulmonaires.

Amibiase hépatique simulant la cholécystite. Drainage de l'abcès par la cholécystostomie. Guérison. — *M. Victor Pauchet* fait un rapport sur cette observation de *M. Mac Donald* (de Huelva, Espagne). Les symptômes étaient ceux de la cholécystite. Cholécystostomie. La guérison complète a été assurée par un traitement à l'émétine et au stovarsol.

Fracture par arrachement de la tubérosité antérieure du tibia. — *M. Sejournet* fait un rapport sur cette observation de *M. Millet* (de Paris). — Un jeune homme de 16 ans, après un effort de saut, présente de l'impotence du membre inférieur et un hématome du genou. A l'intervention, la tubérosité antérieure du tibia est arrachée et fracturée en deux morceaux contenus dans l'extrémité inférieure du tendon rotulien. Hémicerclage au fil de bronze. Deux ans après il persiste une gêne légère, fatigue plus rapide, atrophie musculaire. Une radiographie montre la consolidation de la fracture. Le fil métallique est bien toléré.

Arrachement du tendon du quadriceps au niveau de son insertion rotulienne. — *M Sejournet* fait un rapport sur cette observation de *M. Millet* (de Paris). — Un homme de 70 ans tombe et ne peut se relever. Hématome du genou et dépression profonde au niveau de l'insertion du quadriceps. Opération : le tendon du quadriceps totalement arraché est suturé au catgut ; réfection des expansions des muscles vastes. Marche normale au bout de deux mois.

Opération d'Albee chez une pottique ayant présenté une double paraplégie. — *M. Massart* communique l'observation d'une malade de 20 ans ayant présenté une double paraplégie traitée par la ponction d'un abcès abordé par costo transversectomie avec repérage radiographique. Les troubles sensitifs et moteurs ayant rapidement rétrocédé, l'auteur fit quatre mois plus tard une opération ankylosante du rachis. La guérison de la paraplégie se maintient depuis vingt mois ; l'état général et local est excellent. Les opérations d'Albee chez les paraplégies guéries sont actuellement rares et cette observation mérite d'être particulièrement retenue.

Technique de la réduction des fractures de jambe sur la « Table à fractures ». — Pour les fractures fermées de jambe à grand déplacement et difficiles à réduire, *M. Judet* utilise une « table à fractures » permettant de tirer dans la direction et avec la force voulue. Après contrôle aux rayons X, le membre est mis en suspension pour permettre, sans risque de déplacement, la construction d'un appareil plâtré exact. L'auteur insiste sur l'importance d'un traitement précoce, car les difficultés de réduction s'accroissent rapidement avec le temps ; et sur la nécessité d'une surveillance constante de l'appareil. Grâce à cette technique de précision, l'ostéosynthèse devient inutile dans la majorité des cas.

Un cas de syphilis musculaire pseudo-néoplasique. — *M. Planson* communique l'observation d'un homme de 45 ans atteint d'une tumeur du muscle grand dorsal, grosse comme deux poings et dont les caractères (consistance, volume, absence de limites nettes, évolution) étaient telles qu'on ne pouvait penser qu'à une néoplasie maligne et que le diagnostic de sarcome musculaire s'imposait. Or, après ablation chirurgicale, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une myosite scléro-gommeuse de nature syphilitique. L'auteur rappelle les quelques observations similaires qui ont été publiées et attire l'attention sur la nécessité de toujours penser à la syphilis en présence des tumeurs musculaires.

Cancérisation de la maladie de Basedow. — *MM. V. Pauchet et Hirchberg* montrent que le traitement de la maladie de Basedow doit être médico-chirurgical. Le traitement médical sera utilisé dans tous les cas. L'opération opératoire sera basée sur le métabolisme basal et l'examen du pouls : on ramène le malade à un métabolisme normal avec l'iode et le pouls à 100 avec la quinicardine. L'opération est faite sous anesthésie locale et supprime les 4/5 de la glande thyroïde. Ce goitre peut devenir cancéreux ; l'intervention prévient cette transformation.

Celle-ci peut-être soupçonnée quand on constate, à l'examen microscopique, de grosses atypies nucléaires et des karyokinèses.

Les fractures isolées des apophyses transverses lombaires. — *M. Massini* (de Marseille) en communique trois observations. Il décrit le mécanisme, le diagnostic et le traitement de ces fractures, plus fréquentes qu'on ne le croit habituellement.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par la « lampe à arc ». — *MM. Barbarin et Dausset* ont obtenu dans le traitement des tuberculoses chirurgicales d'excellents résultats par les bains de lumière de « lampe à arc ». Ces résultats sont nettement supérieurs à ceux que donnent les rayons ultra-violets. Pour ces auteurs, la lampe à arc est la véritable cure solaire artificielle indiquée chaque fois que l'héliothérapie continue n'est pas possible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 9 juillet 1929)

L'encéphalite post-vaccinale ou encéphalite vaccinale.—*M. Netter.*

Contribution à l'étude de la vaccination contre la dengue. — *MM. Blanc et Caminopetros* (lecture faite par M. R. Petit). — Depuis l'épidémie de dengue qui a frappé la Grèce, le docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur hellénique, s'est consacré à l'étude et surtout à la prophylaxie de cette maladie.

Dans un travail effectué en collaboration avec le docteur Caminopetros, les deux médecins font connaître un procédé de vaccination efficace contre la dengue ; celle-ci consiste en deux injections à trois semaines d'intervalle de virus bilié au quinzième et de virus bilié au vingtième.

L'immunisation est presque absolue contre une inoculation sévère de virus très actif de dengue.

Traitement diastolique en oto- rhinologie. — *M. G. F. Gautier.* Dans une note sur le traitement diastolique en oto-rhinologie, l'auteur signale les résultats obtenus par la diastolisation, qui assure la mise en condition du naso-pharynx par ses manœuvres restauratrices et modelantes.

L'auteur décrit son appareil « l'oscillateur sinusoïdal», complément de la diastolisation, dont les oscillations transmises du couloir nasal à la cavité pharyangienne, modifient les troubles vaso-moteurs et trophiques et agissent favorablement sur les troubles de l'audition.

Un cas normand d'encéphalite postvaccinale. — *M. F. Devé* (de Rouen) apporte l'observation d'un enfant de trois ans et demi, vacciné sans succès à l'âge de trois mois et qui, à la suite d'une revaccination, a été atteint d'une encéphalite de nature vaccinale.

M. Devé souligne la coïncidence d'une réaction vaccinale locale intense, et il tire de son exposé un nouvel argument en faveur de la revaccination à brève échéance aprèr échec d'une première vaccination pratiquée dans la première enfance, afin d'éviter les accidents lors d'une primo-vaccination positive tardive.

BIBLIOGRAPHIE

Cliniques de l'hôpital Saint-Pothin.— Les compressions médullaires, par L. Bériel et A. Mestrallet, Paris, 1929, J.-B. Baillière, édit., un vol. in-8° de 193 p., 74 fig. dans le texte en noir et en couleurs : 25 fr.

Ce volume est le premier d'une série qui paraîtra sous le titre général : Cliniques de l'hôpital Saint-Pothin et qui constituera un enseignement élémentaire de la neurologie. Dans sa préface, l'A. avertit que ce ne seront pas des livres de recherches, mais des livres d'apprentissage et qu'ils renfermeront seulement des *éléments* pour la connaissance des maladies du système nerveux.

Ils sont tirés des cours pratiques faits à l'hôpital par l'A. et qui ont tant de succès auprès des étudiants. Ce ne sont donc pas des manuels de pathologie interne et par conséquent ils ne seront alourdis d'aucune considération bibliographique ou pathogénique, d'aucune discussion de pathologie générale. Ils ne visent qu'à être utiles à l'étudiant et surtout au médecin praticien. C'est dans ce but que le plus grand développement est donné aux affections fréquentes tandis que celles qui se rencontrent rarement sont volontairement laissées au second plan, ceci afin de rester plus près de la réalité clinique.

Le premier fascicule paru a trait aux *compressions médullaires*, sujet tout particulièrement étudié par l'A. Les lecteurs retrouveront avec plaisir dans ce volume l'exposé des idées qu'il a soutenues dans les thèses inspirées ces dernières années à ses élèves.

Ce titre groupe nombre de maladies courantes par un lien réel. Elles sont généralement étudiées distinctement, tandis que la réalité les présente souvent sous les mêmes apparences symptomatiques des compressions. L'A. a estimé qu'il y avait là un groupement qui méritait de former un des principaux chapitres de la clinique neurologique et d'être présenté comme tel à l'esprit de l'étudiant. L'étude de ce livre, admirable de clarté et de précision, qualités que peuvent lui envier bien des gros traités, lui permettra, lorsqu'il sera installé, de résoudre au moins dans leurs grandes lignes, bien des problèmes qui, autrement, le rebuteraient parce que trop ardus pour un médecin non spécialisé. Il est de la pratique de tous les jours d'avoir à reconnaître une paraplégie : étape élémentaire d'un diagnostic qui devra ensuite être plus précis et comportera des sanctions thérapeutiques d'un intérêt capital pour le malade. Tout praticien ayant porté le diagnostic de paraplégie devrait pouvoir le préciser et être à même d'orienter son malade vers le confrère de la spécialité dont il relève. Ce livre le lui permettra.

Il rendra également les plus grands services aux candidats aux divers concours. Puisque les qualités de clarté et de simplicité y sont primordiales, c'est dans cet ouvrage qui les possède au suprême degré qu'ils iront chercher les questions qu'il traite, regrettant que la collection entière ne soit pas parue. Nous savons pourtant qu'incessamment un second fascicule va paraître qui constituera un petit traité très élémentaire de psychiatrie.

J. Rousset.

Archives dermato-syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, publiées par H. Gougerot, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Les archives dermato syphiligraphiques de la clinique de l'hôpital Saint-Louis paraissent régulièrement chaque année en un tome comprenant quatre fascicules se vendant séparément. (Editions médicales Norbert Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Sommaire du no 1, Avant-propos.

Les jeudis de la clinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital Saint-Louis.

L. Brocq (1866-1928).

Programmes et horaires de la clinique : école de sérologie ; cours de perfectionnements, etc.

I. — Leçons et démonstrations des jeudis.

Sabouraud. — Sur l'étiologie de la pelade (avec 8 figures).

Professeur agrégé Nanta. — Les manifestations cutanées au cours des splénomégalies primitives et les aspergilloses cutanées (avec 5 figures).

Burnier. — Les sels d'or dans le traitement des tuberculoses cutanées (avec 2 figures et un tableau).

Mlle Olga Eliascheff. — Les glandes cutanées, glandes sudoripares, eccrines et apocrines, etc. (avec 2 figures).

II. — Travaux originaux.

Gougerot et Paul Blum. — Dermatose nouvelle : érythème papulo-squameux circiné leucodermique (avec 4 figures en noir et 2 en couleurs).

Gougerot et Carteaud. — Dermatose nouvelle : papillomatose confluente et réticulée (avec 8 figures).

Gougerot et Mlle Olga Eliascheff. — La petite papule, lésion élémentaire et initiale de la poikilodermie réticulée de Petges-Jacobi (*premier mémoire*) avec 6 figures.

Gougerot, Barthélémy et Lotte. — « Roseole » tuberculeuse (avec une courbe de température).

Gougerot et Burnier. — Nouveau cas de tuberculose sarcoïde sclérodermiforme à structure non folliculaire du type Gougerot-Denécheau. Etude critique de ces sarcoïdes (avec un schéma et une microphotographie).

Gougerot, Barthélémy et Lotte. — Lupus miliaire disséminé, tuberculose atténuée, forme de transition vers les tuberculides (avec 4 figures).

Burnier. — Epithélioma sur lupus érythémateux (2 figures).

Gougerot et Burnier. — Nœvus angiomateux réticulé avec zones atrophiques sans ulcérations antérieures (1 figure).

Gougerot et Burnier. — Maladie de Raynaud, état sclérodermiforme de la face, lipomatose des membres, télangiectasies multiples, etc.

Burnier et O. Eliascheff. — Mélanose de Riehl (2 figures).

Gougerot, Carteaud et Sidoun. — Chéloïdes sur cicatrices de zona (1 figure).

Gougerot et Filliol. — Lichen plan sur cicatrices de zona.

Gougerot, Barthélémy et Lotte. — Psoriasis post-traumatique précoce sur ventouses scarifiées (1 figure).

Gougerot et Paul Blum. — Psoriasis post-traumatique tardif sur cicatrice (1 figure).

Gougerot. — Psoriasis déclenché par le soleil.

Gougerot, Kuss et Thiroloix. — Syphilis ostéo-articulaire post-traumatique méconnue et opérée, puis envahissant cinq ans après la peau sous forme de syphilide serpigineuse et ulcéreuse (1 figure).

Gougerot, Burnier et Blum. — Chancres gonococciques (observations et revue générale, (1 figure).

Gougerot, Carteaud et Tardieu. — Gonococcies chancriformes papuleuses et ulcéreuses du prépuce, simulant sur le même malade la syphilis et la chancrelle (2 figures).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Strasbourg. — (Clinique des maladies cutanées et syphilitiques). — *Cours de perfectionnement de dermato-vénéréologie.* — Ce cours sera fait sous la direction de M. le professeur L.-M. Pautrier, avec la collaboration de MM. : Professeur A. Barré, professeur de clinique neurologique ; professeur Léon Blum, professeur de clinique médicale ; professeur Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; professeur Merklen, professeur de clinique médicale ; professeur Weill, professeur de clinique ophtalmologique ; Dr Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie ; Dr Larrousse, agrégé de bactériologie ; Dr Gunsett, chargé de cours de radiologie ; Dr Rœderer, chargé d'un cours de dermato-vénéréologie ; Dr Simon, professeur agrégé de clinique chirurgicale ; Dr Vaucher, chargé de cours de clinique médicale ; Dr André Bœckel, chargé de la policlinique urologique ; Dr Diss, chef de laboratoire ; Dr Gasser, dhef de laboratoire ; Dr Georges Lévy, ex-chef de clinique.

Ce cours aura lieu tous les jours du 7 octobre au 23 novembre 1929, matin et soir, aux heures indiquées ci-après. Tous les cours, essentiellement pratiques, seront accompagnés de présentations de malades, de photographies, de projections, de démonstrations bactériologiques et histologiques. — Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes de traitement. — En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans le service. La clinique des maladies cutanées possède une bibliothèque de près de 3.000 volumes et la collection complète des périodiques, un musée photographique et un musée histologique.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Dermatologie. — Lundi 7 octobre : 9 h., Prof. Pautrier : Examen d'un malade atteint d'une dermatose ; les lésions élémentaires ; 5 h., Dr G. Lévy : Histologie et physiologie normale de la peau.

Mardi 8 octobre : 11 h., Dr Rœderer : Gale, phtiriase ; 5 h., Dr Rœderer : Les éruptions artificielles de cause interne et de cause externe. Hydroa vacciniforme. Radiodermites.

Mercredi 9 octobre : 9 h., Prof. Pautrier : Tuberculose cutanée, ulcère tuberculeux, gommes tuberculeuses, tuberculose végétante ; 5 h., Dr Glasser : Teigne du cuir chevelu.

Jeudi 10 octobre : 9 h., Dr Glasser : Teignes de la barbe et de la peau glabre. Les épidermophyties ; 5 h., Prof. Pautrier : Lupus tuberculeux.

Vendredi 11 octobre : 11 h., Prof. Pautrier : Lupus érythémateux ; 5 h., Dr Glasser : Mycoses, sporotrichose, blastomycose.

Samedi 12 octobre : 9 h., Dr Lévy : Petite chirurgie dermatologique ; 11 h., Dr Glasser : La lèpre ; 5 h., Prof. Pautrier : Tuberculoses cutanées atypiques et tuberculides.

Lundi 14 octobre : 9 h., Dr Lévy : Streptococcies cutanées. Impétigo ; 5 h., Dr Rœderer : Thérapeutique dermatologique ; les excipients.

Mardi 15 octobre : 11 h., Dr Lévy : Staphylococcies cutanées : ecthyma, folliculites ; 5 h., Dr Rœderer : Thérapeutique dermatologique ; les médications.

Mercredi 16 octobre : 9 h., Dr Lévy : Séborrhée, Pityriasis simplex et stéatoïde ; 5 h., Prof. Pautrier : Acnés, couperose.

Jeudi 17 octobre : 9 h., Dr Roederer : Thérapeutique dermatologique ; les médications ; 5 h., Dr Roederer : Prurits, urticaire.

Vendredi 18 octobre : 11 h., Prof. Pautrier : Lichénifications normales et anormales ; 5 h., Prof. Pautrier : Eczéma.

Samedi 19 octobre : 9 h., Prof. Pautrier : Eczéma, dysidrose ; 5 h., Prof. Pautrier : Thérapeutique interne des dermatoses.

Lundi 21 octobre : 9 h., Dr Lévy : Les prurigos ; 5 h., Dr Roederer ; Les érythèmes.

Mardi 22 octobre : M. Roederer : Erythrodermies exfoliantes. Pityriasis rubra de Hebra ; 5 h., Prof. Pautrier : Lichen plan.

Mercredi 23 octobre : 9 h., Dr Lévy : Dermatites polymorphes douloureuses ; 5 h., Dr Glasser : Herpès, zona.

Jeudi 24 octobre : 9 h., Dr Lévy : Pityriasis rosé. Dermatose figurée médio thoracique ; 5 h., Prof. Pautrier : Les pemphigus.

Vendredi 25 octobre : 11 h., Prof. Pautrier : Psoriasis ; 5 h., Dr Roederer : Pityriasis rubra pilaire. Parapsoriasis.

Samedi 26 octobre : 9 h., Dr Lévy : Les syndromes vaso-moteurs ; 5 h., Prof. Pautrier : Les parakératoses psoriasiformes.

Lundi 28 octobre : 9 h., Prof. Pautrier : Les alopécies ; 5 h., Dr Diss : Sclérodermies, atrophies cutanées.

Mardi 29 octobre : 11 h., Prof. Pautrier : Pelade ; 5 h., Dr Diss : Troubles de la pigmentation.

Mercredi 30 octobre : 9 h., Dr Diss : Acanthosis nigricans. Maladie de Recklinghausen ; 5 h., Dr Roederer : Kératodermies. Ichthyose. Kératose pilaire.

Jeudi 31 octobre : 9 h., Dr Diss : Affections des poils et des glandes cutanées ; 5 h., Dr Glasser : Electrolyse, cryothérapie, douche filiforme.

Samedi 2 novembre : 11 h., Dr Diss ; Nævi, adénomes, hidradénomes, chéloïdes, verrues ; 5 h., Dr Roederer : Lésions linguales et buccales dans les dermatoses.

Lundi 4 novembre : 9 h., Dr Lévy : Maladies de Darier, de Bowen, de Paget, Xeroderma ; 5 h., Dr Diss : Epithéliomas cutanés.

Mardi 5 novembre : 9 h., Dr Diss : Les purpuras ; 11 h., Dr Gunsett : Electrothérapie de haute fréquence, rayons ultra-violets ; 5 h., Dr Diss : Tumeurs conjonctives, sarcomes.

Mercredi 6 novembre : 11 h., Dr Lévy : Xanthomes, xanthélasmes ; 5 h., Prof. Pautrier : Mycosis fongoïde.

Jeudi 7 novembre : 9 h. : Prof. Pautrier : Hygiène de la peau et du cuir chevelu. Cosmétiques, fards, teintures ; 11 h. Dr Gunsett : Radio et radiumthérapie ; 5 h., Dr Paul Blum : Les cures thermales.

Vénéréologie. — Vendredi 8 novembre 3 h., Dr Larrousse : Le tréponème ; 5 h., Dr Roederer : Balanites, herpès génital, papillomes vénériens.

Samedi 9 novembre : 11 h., Prof. Pautrier : Chancre mou. Ulcère vénérien adénogène ; 3 h., Dr Glasser : Le gonocoque ; 5 h., Dr Rœderer : Uréthrite antérieure aiguë (son traitement).

Lundi 11 novembre : 9 h., Prof. Pautrier : Chancre syphilitique ; 3 h. Dr Rœderer : Uréthrite postérieure aiguë (son traitement) ; 5 h., Dr Glasser : Blennorragie aiguë chez la femme.

Mardi 12 novembre : 9 h., Dr Glasser : Complications de la blennorrhagie aiguë chez la femme ; 3 h., Dr Rœderer : Syphilis secondaire cutanée ; 5 h., Dr Rœderer : Syphilis secondaire des muqueuses.

Mercredi 13 novembre : 11 h., Dr André Bœckel : Cystites, pyélonéphrites ; 3 h., Dr Glasser : Ponction lombaire ; 5 h., Prof. Barré : Syphilis cérébro-spinale.

Jeudi 14 novembre : 9 h., Prof. Pautrier : Les arsénobenzols, techniques, accidents ; 3 h., Dr Rœderer : Complications des uréthrites : cowpérites, vésiculites ; 5 h., Dr Rœderer : Prostatites aiguës, épididymites.

Vendredi 15 novembre : 9 h., Dr Rœderer : Traitement mercuriel et bismuthique. — L'iodure ; 3 h., Dr Lévy : Manifestations générales de la syphilis secondaire ; 5 h., Dr Lévy : Syphilis tertiaire.

Samedi 16 novembre : 11 h., Dr André Bœckel : La blennorragie chronique ; 3 h., Dr Rœderer : Le rhumatisme blennorragique ; 5 h., Prof. Pautrier : La syphilis héréditaire,

Lundi 18 novembre : 9 h., Prof. Pautrier : Traitement de la syphilis aux périodes pré- et posthumorales ; 11 h., Dr André Bœckel : Vaccinothérapie de la blennorragie chronique ; 5 h., Prof. Léon Blum : Syphilis du foie.

Mardi 19 novembre : 11 h., Dr André Bœckel : Les rétrécissements de l'urèthre ; 3 h., Dr Simon : Syphilis ostéo-articulaire ; 5 h., Prof. Barré : Tabes et paralysie générale.

Mercredi 20 novembre : 9 h.. Prof. Pautrier : Syphilis et grossesse ; 11 h., Prof. Canuyt : Syphilis de l'oreille et des fosses nasales ; 5 h., Prof. Léon Blum : Syphilis du rein.

Jeudi 21 novembre : 9 h., Prof. Pautrier : Syphilis des glandes endocrines ; 11 h., Prof. Canuyt : Syphilis de l'arrière-gorge et du larynx ; 5 h., Dr Vaucher : Syphilis du poumon.

Vendredi 22 novembre : 11 h., Dr Bœckel : Uréthroscopie — Diathermie (étincellage, etc.) ; 3 h., Dr Bœz : La sérologie de la syphilis ; 5 h., Prof. Merklen : Syphilis du cœur et des vaisseaux.

Samedi 23 novembre : 9 h., Prof. Pautrier : Syphilis et déontologie ; 11 h., Dr Weill : Syphilis oculaire ; 5 h., Prof. Pautrier : Prophylaxie et lutte anti-vénérienne.

Les élèves recevront après chaque cours un résumé de 2 à 3 pages, tapé à la machine à écrire, qui, avec les notes qu'ils auront prises, leur permettra de reconstituer la leçon. Droit d'inscription : 300 francs. S'inscrire en écrivant directement au Dr Rœderer, hôpital civil. Le nombre des inscriptions est limité.

Cours de laboratoire : Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses sera organisé s'il réunit 5 adhésions minimum (21 leçons).

Tous les élèves seront exercés individuellement aux manipulations pratiques. Ils se constitueront une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes, qui resteront leur propriété personnelle. Droit d'inscription : 300 francs.

Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne. — Le prochain voyage Pyrénées-Océan partira de Paris-Austerlitz le 8 septembre, à 7 h. 42. Le rassemblement aura lieu à Périgueux le même jour à 16 heures. On visitera les stations préhistoriques du Périgord, puis, le 10 septembre, commencera le parcours en autocars dans les stations pyrénéennes : Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Argelès, Les Eaux-Bonnes, Pau, Cambo, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, etc. Un repos de deux jours est prévu à Biarritz, les 14 et 15 septembre, avec promenade à Saint-Sébastien. On reviendra par Bayonne, Salies-de-Béarn, Dax, Arcachon, et on terminera par la visite de Bordeaux, avec excursions aux grands vignobles du Bordelais et en mer. Le voyage prendra fin le 21 septembre et on sera rentré à Paris à minuit.

Les adhérents bénéficieront d'une réduction de 50. p. 100 dans les chemins de fer en 1re et 2e classe au choix. Le voyage sera accompli avec le plus grand confort et toutes les facilités possibles. Le séjour sera assuré partout dans les meilleurs hôtels. Des réceptions sont prévues dans les stations, ainsi que des conférences avec démonstrations.

Le nombre des adhérents est limité. Les inscriptions, réservées aux médecins et à leur famille, seront admises par rang de date. Ecrire, dès à présent, à la Direction des Voyages médicaux pyrénéens, à La Malou (Hérault).

Les médecins et l'équivalence du baccalauréat. — Nous avons publié, d'après le *Temps*, sous ce titre, une « lettre ouverte » adressée au ministre de l'instruction publique par l'Association corpo-

rative des étudiants en médecine de Paris. M. Saurin, président de l'Union nationale des associations d'étudiants de France, a adressé au même journal, les renseignements suivants, qui paraissent de nature à calmer les appréhensions qui se sont manifestées à cet égard dans le corps médical français :

Il y a longtemps que cette question des équivalences du baccalauréat et de l'envahissement de la profession médicale préoccupe les étudiants. A notre dernier congrès national à Toulouse, au début d'avril, le vœu suivant, présenté par la section de médecine de l'Association de Paris, avait été adopté à l'unanimité :

« Les étudiants en médecine de France attirent l'attention des pouvoirs publics sur l'encombrement de la carrière médicale et lui demandent d'envisager la manière de remédier à cet état de choses.

« Considérant la pléthore des médecins de France,

« Considérant le nombre croissant des médecins marrons et des scandales médicaux,

« L'Union nationale des étudiants demande :

« 1° Que désormais le diplôme d'Etat soit exigé de façon stricte pour exercer la médecine en France,

« 2° Qu'aucune dispense ni équivalence ne soit plus accordee en vue de l'obtention de ce diplôme d Etat, même pour les étudiants pourvus du diplôme d'université, qui devront pour exercer refaire des études régulières et remplir ainsi les conditions du paragraphe précédent.

« 3° Que les médecins étrangers naturalisés français et munis du diplôme d'Etat, ou étudiant en vue d'acquérir ce diplôme soient astreints à toutes les obligations militaires auxquelles ont dù ou doivent satisfaire les étudiants français. »

Ce vœu fut présenté à M. le ministre de l'instruction publique qui, dès avril, nous rassura sur les craintes que nous manifestions.

Dès que le bruit s'accrédita qu'une réforme dangereuse allait être accomplie, nous nous empressâmes, non pas de protester publiquement, mais de nous informer auprès du ministère de l'instruction publique. Je suis en mesure aujourd'hui de vous certifier qu aucun abus ne sera commis.

La réforme qui va être réalisée n'accordera aucune dispense, aucune équivalence, soit pour le baccalauréat de l'enseignement secondaire, soit pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Il s'agit tout simplement de se montrer équitable pour les jeunes étudiants étrangers qui font le geste d'adopter notre patrie dès leur majorité.

En effet, le jeune bachelier étranger (bachelier dans son pays) lorsqu'il aura obtenu sa naturalisation, et partant, rempli les mêmes obligations militaires que ses camarades de naissance française, aura la faculté de poursuivre ses études supérieures pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine (et non pas seulement le diplôme d'université qui ne lui permettrait pas d'exercer). Mais il ne pourra soutenir sa thèse, c'est-à-dire l'épreuve définitive, *sans avoir, entre temps, passé le baccalauréat français.*

La solution du ministère est donc bien en conformité de vue avec le vœu que nous avons émis. Loin d'accorder une équivalence de diplôme quelconque, on exigera de tout étudiant étranger, naturalisé même étant jeune, trois conditions essentielles : obligations militaires, études médicales complètes et baccalauréat français.

Il y a donc lieu, à mon avis, de se réjouir de la décision de M. le ministre de l'instruction publique, qui ne permet aucune atteinte au bon renom, non seulement de l'enseignement médical français, mais encore de cet enseignement supérieur que le monde entier nous envie.

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 15 janvier 1930 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le samedi 19 octobre 1929, à 9 h. 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze à dix-sept heures, depuis le jeudi 12 septembre jusqu'au samedi 5 octobre 1929 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Nécrologie. — Dr Crespin, de Calais. — Dr Lherbier, de Roubaix, décédé à l'âge de 63 ans. — Dr Albarel, de Narbonne, décédé à l'âge de 56 ans. — Dr Henry Michel, de l'Arbresle (Rhône), ancien vice-président du Syndicat des médecins du Rhône, décédé à l'âge de 69 ans.



TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de l'étiologie du cancer

Par MM.
Félix RAMOND et **Félipe SOULÈS** (de Buenos-Ayres).

Il y a près de trente ans, l'un de nous étudiait l'action du poivre finement pulvérisé sur l'épithélium rénal, dans un compte rendu de la Société de Biologie. Après avoir isolé, près de son embouchure vésicale, sur le lapin, un des uretères, l'auteur injectait dans l'uretère et le bassinet correspondant une suspension de poivre dans de l'eau stérilisée. Une ligature posée sur l'uretère isolait dans le bassinet la suspension irritante de poivre. L'animal sacrifié au bout d'un mois présentait, au niveau du rein expérimenté, des lésions irritatives épithéliales, qui rappelaient celles du cancer de l'organe. Mais la lésion ainsi obtenue restait purement locale, sans tendance à la propagation. Il n'y avait donc pas cancer dans le sens exact du mot.

Ultérieurement, avec le concours de ses internes, Ravina, Delalande, puis du Dr Soulès, l'auteur reprenait ses expériences primitives, mais en se servant, cette fois-ci, du goudron, dont l'action cancérigène sur la peau est bien connue. Les résultats obtenus furent du même ordre que précédemment : réaction épithéliale locale, mais sans tendance à la propagation.

C'est alors que le Dr Ramond, mettant à profit ses recherches sur la métaplasie gastrique, eut l'idée de modifier sa technique opératoire. Le cancer donne l'impression d'un processus inflammatoire d'un caractère tout spécial ; le noyau de l'épithélium semble subir une irritation, qui le pousse à s'hyperplasier ; le protoplasma suit cette hyperplasie, et la cellule cancéreuse est constituée, avec tous ses caractères infectants bien connus.

Quelle est la cause de cette irritation nucléaire ? L'auteur, se rappelant tous les travaux récents sur les transformations ultra-microscopiques des microbes les plus banaux, supposa que ces virus filtrants, peuvent pénétrer à travers la membrane nucléaire, et causer dans le noyau l'irritation prolifératives, origine possible du cancer. Mais cette hypothèse n'explique pas pourquoi cette irritation se localise uniquement à un système cellulaire bien déterminé, comme c'est le cas du cancer d'un organe, et qui fait que l'inflammation cancéreuse diffère grandement de l'inflammation classique des tissus. Celle-ci, en effet, envahit tous les éléments cellulaires du voisinage, qu'ils soient conjonctifs ou épithéliaux, et la conséquence est toute différente de l'inflammation cancéreuse, qui, elle, se localise à un seul épithélium, respectant le tissu conjonctif et les cellules épithéliales des organes du voisinage. La métastase elle-même souligne cette spécificité inflammatoire cellulaire : ne prolifèrent que les cellules cancéreuses du cancer originel, soit dans l'organe primitivement atteint, soit dans les organes plus ou moins distants.

Si l'on suppose que les éléments microbiens filtrants sont adaptés à ne se développer que sur un organe déterminé, on comprendra facilement qu'ils n'auront aucune tendance à envahir un épithélium différent de celui auquel ils auront été habitués.

C'est pourquoi, avec la collaboration intelligente et avertie du Dr Soulès, nous avons cultivé une association microbienne — bactérium coli, entérocoque, streptocoque hémolytique et staphylocoques doré et blanc — sur un bouillon renfermant du rein de lapin broyé et aseptique, pendant deux mois. La culture a été ensuite filtrée sur bougie Berkefield n° 3, et le liquide obtenu ne présentait plus que des éléments filtrants. Il a été ensuite injecté dans l'uretère d'un lapin, d'après la technique exposée plus haut.

Beaucoup de lapins ont succombé pour des raisons variables. L'un d'eux cependant a survécu, et a été sacrifié au bout de cinq mois, dans un grand état de maigreur. Pas de lésions autres que la lésion du rein correspondant, autour duquel on apercevait une série de ganglions du volume d'une grosse lentille, durs, blancs, ayant tous les caractères des ganglions néoplasiques.

L'examen histologique du rein nous a permis de déceler, au milieu d'une forte réaction fibreuse, l'existence de boyaux épithéliaux, développés aux dépens des tubes contournés, des anses de Henley, et surtout des tubes collecteurs.

Mais l'étude des ganglions était encore plus démonstrative. Ces ganglions avaient perdu toute leur ordination primitive, et ils étaient bourrés de larges cellules polygonales, à noyau très fortement teinté, à protoplasma granuleux et spongiocytaire, rappelant tous les caractères classiques des cellules néoplasiques du rein cancéreux habituel. Pour la première fois, il nous semble que nous avons obtenu la propagation des cellules inflammatoires du rein.

Cette expérience unique n'est évidemment pas suffisante pour entraîner la conviction (1). Aussi continuons-nous nos recherches de laboratoire, qui, nous l'espérons, confirmeront nos résultats actuels. S'il en était ainsi on pourrait envisager la nature du cancer sous un angle nouveau, qui le rendrait moins mystérieux et moins redoutable, et surtout, qui nous permettrait, par la sérothérapie, d'obtenir l'arrêt du processus, et peut-être la guérison.

D'autres recherches en cours semblent nous confirmer, par les épreuves de la cuti-réaction, qu'il s'agit bien, dans beaucoup de cancers, d'infection par des microbes banaux, mais capables, par de nouvelles circonstances, de proliférer dans les noyaux cellulaires.

Le paludisme et la grossesse

Par le Dr **PIET**.

Le paludisme latent se réveille souvent après une blessure. Après un accouchement, il peut aussi donner lieu à une fièvre plus ou moins précoce, plus ou moins intense, qui apparaît en dehors de toute infection génitale ou sanguine. Les faits de ce genre ont été signalés récemment à différentes reprises (2). Leur importance a été mise hors de doute dans deux articles de M. Henri Vignes (3).

Mais l'infestation palustre, qui éclate surtout après la délivrance, pèse déjà sur la grossesse.

Ce n'est pas une notion nouvelle.

On connaît depuis longtemps l'influence des « fièvres » sur la génération. La malaria a dépeuplé des campagnes entières, et fait disparaître des villes florissantes, même dans nos régions (4). Or, si elle est devenue plus rare et moins sévère en France, après avoir sévi sur tout son territoire (5), elle n'en est certainement pas éliminée ; dans bien des endroits elle reste cachée sous l'étiquette

(1) Un de nos collègues, à qui nous avons montré pièces et coupes nous a fait remarquer qu'il pouvait s'agir d'un cancer spontané. L'objection] est d'importance ; c'est pourquoi il est nécessaire, avant de conclure définitivement, d'attendre le résultat des expériences en cours d'exécution.

(2) *Journal des Sc. Méd. de Lille*, 18 et 25 déc. 1921. *Concours Médical*, 12 nov. 1924 (Prof. Delmas, de Montpellier) *Presse Médicale*, 27 août 1924 (Favreau, de Bordeaux.)

(3) *Journal des praticiens* 22 juillet 1922 : Paludisme et gestation. *Progrès Médical*, 11 août 1938 : Le paludisme en pratique obstétricale.

(4) Les « fièvres » ont transformé jadis en déserts le Pélopponèse et la Campagne romaine, fait disparaître notamment les villes romaines d'Ostie et de Pomponia (près d'Hyères) dans l'antiquité, plus près de nous Brouage, de grand port en 1650, devenu simple hameau.

Voir le remarquable travail de MELIER : Acad. de Médec. 1847 : Mémoire sur les marais salants

(5) TROUSSEAU : Cliniques Méd. de l'Hôtel-Dieu. (Paris 1868) Tome III pp. 417 et suiv. — Léon COLIN : Traité des Malad. épid. 1879 p. 688. — LAVERAN : Traite du paludisme, 1907, pp. 92 et 93. — G. LEMOINE : *Nord Médical*, 15 mars 1910, n° 371, etc..

Cf. le curieux relevé historique et bibliographique d'E. LEGRAIN : La lutte contre le paludisme. Paris, chez Maloine, sans date ; page 11.

de telle ou telle affection saisonnière (1), et fait encore sans bruit, à petite dose, son œuvre de mort.

Il importe de la dépister ; car le traitement donne, à peu de frais, des résultats considérables.

***

Le paludisme, au cours de la grossesse, ne provoque guère que des symptômes d'apparence banale. Le diagnostic se fait en clinique (2) par la triade bien connue :

a) *Retour périodique* des accidents (3).

b) *Tuméfaction de la rate*, percutable le plus souvent dans le dos, sous la pointe de l'omoplate (4).

c) *Action rapide de la quinine*, donnée à doses suffisantes et de façon convenable.

En fait, ce sont là des signes de contrôle de soupçons déjà conçus ; l'attention est mise en éveil sur l'influence de la malaria par

Les troubles *d'auto-intoxication* ;

Les *hémorragies* ;

L'inertie relative du muscle utérin.

L'un ou l'autre symptôme prédomine, suivant l'âge de l'imprégnation.

***

Dans les *premières semaines*, l'impaludation aggrave beaucoup — si même elle ne les détermine point, — les *vomissements*, les *défaillances*, l'état de *courbature*, souvent considérés, à tort, comme presque physiologiques.

Le redoublement d'activité circulatoire résultant de la fécondation mobilise les parasites inertes cantonnés dans la rate. De là viennent, après une certaine période d'incubation, de petits accès frustes, presque sans fièvre ou même hypothermiques, décelables seulement par une observation minutieuse.

La destruction répétée des globules rouges du sang entraîne une *anémie* discrète, mais d'autant plus gênante que les besoins d'oxygène sont augmentés.

Les déchets des parasites et surtout des globules détruits encombrent le foie déjà surchargé : on voit apparaître les signes de l'*auto-intoxication*, au sens strict du mot.

Peut-être faut-il faire aussi la part de l'*insuffisance surrénale*, toujours importante dans les différentes manifestations du paludisme.

En pareil cas la quinine, bien loin de renforcer les malaises, donne de meilleurs résultats que les régimes de désintoxication les plus sévères, ou l'opothérapie.

Toutefois, en raison de la surcharge hépatique, il est souvent nécessaire de lui associer de petites doses de magnésie, ou mieux de l'administrer en injections intramusculaires isotoniques.

L'action spécifique du médicament se manifeste avec sa régularité et son efficacité habituelles : détente nette des malaises en 48 heures ; amélioration très importante après absorption d'un total de 5 gr. environ.

***

Entre trois semaines et trois mois et demi, l'impaludation est une cause fréquente d'hémorragies et de fausses couches. A cet égard, son importance peut balancer largement celle de la syphilis dans certains milieux (1) ; au reste, les accidents palustres sont plus précoces d'ordinaire que ceux de la syphilis.

L'*hémorragie* ou la perte de sang modérée est généralement le symptôme de début, avant toute colique utérine.

Dès lors, le col semble fort court. Un peu plus tard, quand le doigt peut s'y engager, on a souvent l'impression que l'œuf a été ou est encore inséré dans le segment inférieur.

C'est une situation évidemment défavorable, en raison du peu d'extensibilité de l'utérus à ce niveau. Elle contribue peut-être à stimuler les contractions. L'évacuation prématurée serait ainsi liée à l'insertion basse de l'œuf, qui suppose elle-même une inertie relative du segment inférieur. Or nous allons retrouver l'inertie dans la plupart des accidents palustres plus tardifs de la grossesse.

Le traitement par la quinine doit être mis en œuvre et conduit énergiquement. Il ne peut remédier au décollement déjà réalisé ; mais on le voit souvent en arrêter l'extension. Sous son influence, nous avons vu se refermer un col, dont l'ouverture, à deux mois, atteignait le diamètre d'une pièce de deux francs ; l'accouchement s'est fait à terme ; l'enfant pesait 4 kg., elle est âgée de neuf ans à l'heure actuelle.

Quand le traitement n'empêche pas l'évacuation de l'utérus, les accidents fébriles ou subfébriles qui la suivent si souvent sont au moins atténués.

***

Si la grossesse continue à évoluer dans le segment inférieur de l'utérus, on se trouve fréquemment en présence d'*insertions basses du placenta*, très fréquentes, pouvant aller jusqu'au *placenta marginal* et même au *placenta praevia*, avec leurs conséquences habituelles ; pertes de sang fréquentes, sinon *hémorragies*, *hydrorrhée* déciduale ou ovulaire.

Dans notre région, où nous croyons voir souvent des cas de paludisme autochtone, fruste ou larvé, ces complications semblent beaucoup moins exceptionnelles qu'on ne pourrait le croire d'après les traités d'accouchements classiques.

La quinine ne les modifie pas sans doute. Pourtant il ne faut pas hésiter à l'employer. Elle ramène la contractilité utérine vers la normale, et pourra prévenir un certain nombre de complications possibles.

***

L'*accouchement*, même à terme, est souvent pénible chez les femmes en puissance de malaria (anémie, rate grosse, petits malaises périodiques.)

La dilatation est lente : l'énergie du muscle utérin est faible, ou vite épuisée ; le travail cesse avant la période d'expulsion.

La plupart des femmes à qui j'ai dû faire une application de forceps, depuis dix ans, pour inertie utérine simple, sans rétrécissement ou autre cause appréciable de

(1) L'étiquette de « grippe saisonnière » paraît être celle qui couvre le plus de cas frustes ou larvés méconnus. *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 23 janv. 1921.

(2) Il ne faut pas compter sur la recherche de l'hématozoaire dans le sang.

Elle est trop incertaine dans des cas frustes où l'impaludation est déjà ancienne ; d'une technique trop délicate pour être bien vulgarisée ; trop lente si l'on doit la répéter, alors qu'il faut traiter les accidents en pleine période active pour obtenir une médication efficace, et un contrôle thérapeutique décisif du diagnostic.

L'examen microscopique ne peut être qu'un moyen de confirmation, et un moyen de luxe, si l'on peut dire.

(3) Les périodes de la tierce et de la quarte sont bien connues, mais il y en a d'autres non moins caractéristiques.

Sur les fièvres pseudo-continues (avec rémissions journalières, rémittentes quotidiennes, doubles tierces, etc., voir surtout GRALL : Traité de pathologie exotique 1910, T. I., pages 199 et suiv.

Sur la rechute septane, d'importance capitale, « l'estampille du paludisme » (loi de KOCH et de GRALL), voir *Ibid.* page 214, et aussi *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 15 mai 1920.

Au reste, rappelons la maxime de LAVERAN : « .. le médecin qui ne connaîtrait du paludisme que la forme intermittente serait exposé à commettre des erreurs très préjudiciables à ses malades. (Traité de Médecine de BROUARDEL et GILBERT. T. I, page 51.)

(4) Sur l'ascension de la rate hypertrophiée voir a) GRALL : Traité de pathologie exotique. T. I., page 399. — b) *Journal des Sc. Méd. de Lille* 28 déc. 1924. — c) Rapport de la Commission Médicale Ministérielle annexé au Décret du 17 mars 1926 sur les invalidités en ce qui concerne le paludisme. *Journal Officiel*, 30 mars 1926.

(1) Rappelons qu'à Paris même, et dans les milieux particulièrement suspects, la syphilis n'a été effectivement trouvée que dans la moitié des cas d'avortement spontané ou de mort de l'enfant *in utero*. (H. VIGNES et GALLIOT. *Progrès médical*, 6 janvier 1923). — Prof. BRINDEAU et Prof. COUVELAIRE. (Acad. de Médec. 20 et 27 mars 1923.)

dystocie, présentaient les stigmates cliniques de l'impaludation. Celles qui n'ont pas été traitées aussitôt ont fourni, en suite de couches, des tracés thermiques avec « crochets » brusques périodiques, sans cause extérieure appréciable.

Dans ces cas l'action « ocytocique » attribuée à la quinine est de règle. Un à deux grammes de médicament *per os*, ou mieux en injections isotoniques intra-musculaires, suffisent souvent à remettre en marche un travail suspendu, parfois même à franchir un faible rétrécissement du bassin (1).

***

Après l'expulsion, l'inertie utérine relative des impaludées se manifeste encore.

La délivrance est souvent retardée, d'autant plus que le placenta est inséré, en tout ou partie, sur le segment inférieur dont la contractilité est faible.

Il faut se défier beaucoup, chez les impaludées, du décollement en deux temps.

Le placenta se détachant d'abord du fond, s'arrête à l'anneau de Bandl et forme une sorte de bouchon derrière lequel le sang s'accumule. L'écoulement extérieur est minime : en voyant remonter le fond utérin on se félicite d'une délivrance rapide : heureux si en posant la main sur le ventre on provoque l'issue d'un flot de sang qui avertit du danger. Il peut être nécessaire de compléter artificiellement le décollement du placenta.

***

Durant les *suites de couches*, l'inertie peut conduire à une erreur de diagnostic, surtout s'il y a en même temps des accès de fièvre. On est tenté presque fatalement de croire à une infection utérine avec rétention, derrière un col perméable ; or les injections les plus minutieuses, le curettage même, restent inefficaces. L'accouchée reste déprimée : la température ne revient pas à la normale.

Le ventre est-il resté souple, le fond de l'utérus indolent, l'écoulement *utérin* normal ? mieux vaut ne pas s'obstiner, et examiner la rate et la langue.

Si la rate est percutable, même *dans le dos*, si la langue est saburrale et jaune au milieu, tout en restant humide, si la fièvre est intermittente, rémittente ou de type inverse, quelques doses de quinine donneront plus de résultats que les désinfections génitales les plus sévères, ou les vaccinations les plus savantes.

***

Pour terminer, faut-il envisager l'influence de l'imprégnation malarique sur l'*allaitement* ?

Il est clair que des femmes sous l'influence de la fièvre, même tout à fait fruste, de l'anémie, et de la surcharge hépatique, ne peuvent faire d'excellentes nourrices.

Mais le traitement semble très difficile à conduire durant la lactation : les doses faibles de quinine sont inefficaces ; les doses fortes semblent très défavorables à la sécrétion lactée ; la dose maniable oscille probablement entre 0 gr. 50 et 0 gr. 70 par jour. La marge est faible, et à moins de nécessité absolue, il vaut mieux ne pas en donner aux nourrices. Mais on obtient d'excellents resultats en donnant des doses massives : 1 gr. 50 à 2 gr. par jour à titre préventif entre l'accouchement et la montée de lait.

(1) Mme C... IIpare, a un bassin légèrement rétréci. Appelé au premier accouchement d'urgence, j'avais dû faire une application de forceps assez pénible pour extraire l'enfant qui n'avait pu être ranimé. On m'appelle au second accouchement parce que toute contraction a cessé. Ne voulant pas courir le même risque, je recommande de transporter la femme à l'hôpital au plus tôt ; mais constatant des signes nets d'impaludation, je fais une injection intra-musculaire de quinine (1 gr. 20). Vingt minutes plus tard, les bourdonnements d'oreilles commencent : les douleurs reprennent aussitôt, et l'enfant est expulsé spontanément à la troisième contraction, à l'instant même où on amenait une voiture pour emporter la mère.

Il y a plus. On voudra bien excuser le caractère franchement paradoxal de l'exposé qui va suivre. Il s'appuie sur un tel nombre de faits, et si réguliers, qu'il paraît impossible de l'omettre.

Dans le milieu où nous sommes, les *crevasses* du sein coïncident presque toujours avec les signes du paludisme fruste : grosse rate, petits écarts de température sans cause appréciable, malaises à éclipses ou intermittents.

Ayant fait un traitement en vue de ces symptômes, nous avons eu la surprise de voir les gerçures se fermer en deux ou trois jours, d'une façon à peu près définitive sans autres soins. Depuis lors, nous avons donné de petites doses de quinine — associée à la magnésie et au glycéro-phosphate de chaux, le plus souvent —, dans la plupart des cas de gerçures et nous avons vu disparaître dans les mêmes délais ces petites lésions si tenaces et si difficiles à tenir pour négligeables.

S'il fallait une explication à ces faits, on la trouverait sans doute dans des troubles de la circulation sanguine du mamelon. On sait combien ces troubles sont fréquents chez les sujets en puissance d'impaludation, surtout dans les territoires irrigués par des artères ou artérioles hélicoïdales, ou terminales (et c'est ici le cas), par thrombose, ou par angiospasme. Les petites ulcérations s'en suivent.

On peut se demander même s'il ne faut pas admettre aussi l'existence de thromboses dans des accidents plus graves de la lactation : les *abcès du sein* qui débutent brusquement, d'une façon massive, pour ainsi dire, dans la profondeur, loin du mamelon, ce qui va mal avec la théorie classique de l'infection par les canaux galactophores, ou même avec l'idée d'une lymphangite d'origine superficielle.

Ces abcès-là se comportent bien plutôt comme des foyers de nécrobiose *qui s'infectent secondairement*. Il n'est pas rare d'en voir sortir, à l'incision, des masses bourbillonneuses considérables qu'on ne voit jamais dans les suppurations de lymphangite.

Si la malaria n'a pas le monopole des embolies ou des thromboses, elle paraît cependant tenir une place importante dans leur étiologie.

***

Nous voici assez loin sans doute des vues classiques en obstétrique, et même en malariologie, et l'on ne voudrait pas trop insister sur des rapprochements peu précis.

Il reste néanmoins que l'infestation palustre peut se manifester avec plus ou moins d'intensité à l'occasion de la grossesse, sans que ses frontières soient partout bien délimitées.

C'est une raison de plus pour la rechercher dans les cas embarrassants. Quand on a pu la saisir, les succès sont faciles, car peu d'affections cèdent aussi bien au traitement, et le médecin rend à peu de frais d'importants services.

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE.

L'ictère simple du nouveau-né [1]

Par M. le Professeur P. LEREBOULLET.

Fréquent, l'ictère simple du nouveau-né se voit chez bon nombre des enfants qui entrent dans cet hospice et peut, chez eux, être observé et suivi. Son étude est particulièrement intéressante, car il s'agit ici d'un phénomène presque physiologique auquel il faut trouver une explication physiologique, explication sans doute difficile, à en juger par la série des discussions que cet ictère a soulevées. On pourrait presque faire une bibliothèque avec les livres, les thèses, les articles consacrés à cet ictère simple du nouveau-né depuis une soixantaine d'années.

Son histoire n'est toutefois pas très ancienne et les vieux auteurs sont assez silencieux à son sujet. On trouve toutefois quelques descriptions qui peuvent être relevées, telle celle de Morgagni qui, dans sa 48e lettre, y fait nettement allusion.

« Il est aussi, dit-il, des hommes savants qui croient que tous les nouveau-nés deviennent ictériques, parce que le premier lait, s'aigrissant dans l'estomac, forme un coagulum, qui distend bientôt après le duodénum, et qui fait que la bile regorge dans le foie et dans le sang, par suite de l'obstruction de la voie de cet intestin, ce qu'on reconnaît par la circonstance qu'on dissipe insensiblement cet ictère avec un peu de rhubarbe et de savon. Mais il est certain que le lait ne s'était pas aigri dans l'estomac de beaucoup d'enfants nés avec cet ictère, et sur quinze des miens, qui étaient tous devenus jaunes bientôt après l'accouchement, quelques-uns même d'une manière assez grave, l'ictère se dissipa peu à peu de lui-même sur tous, sans le moindre secours de l'art. Or, il est à peine croyable que le lait se fût aigri sur tous ces enfants, dont quelques-uns l'avaient reçu de leur mère, et certains autres d'autres nourrices, et, ce qui est plus fort, qu'il s'aigrisse sur tous les autres enfants des différents endroits qui font usage d'un lait si différent, et dont les estomacs varient tant entre eux. »

Après Morgagni, bien d'autres observateurs notent la jaunisse du nouveau-né et tentent de l'interpréter. C'est ainsi que Levret, en 1776, soutient que c'est un faux ictère par ecchymose généralisée résultant du poids de l'air sur les tissus nouveaux de l'enfant qui passent par des stades de coloration différente, amenant la production de cette jaunisse ; cette théorie simpliste et manifestement erronée a, du moins, le mérite de mettre en relief l'érythrodermie qui précède la teinte jaune. Un peu plus tard, Baumès, de Nîmes, dans un curieux mémoire couronné en 1785 par la Société royale de médecine et imprimé en 1788, publie dix observations (dont la première est celle de sa fille Justine) et en détaille l'évolution. Il conclut « que le méconium joue le plus grand rôle dans l'évolution de la jaunisse » tout en admettant d'autres causes et notamment « l'engouement du duodénum par les saburres laiteuses » déjà discuté par Morgagni. Pour lui toutefois, « dans le plus grand nombre d'ictères causés par le méconium, il est probable que cet excrément repompé donne à la peau la teinte foncée qui distingue ces enfants et que les issues naturelles de la bile ne sont pas fermées ». Vous voyez là, ébauchée, une théorie de la résorption, par l'intestin, de la bile du méconium qui devait être reprise en 1885 sous une forme nouvelle par Quincke, invoquant la persistance du canal veineux d'Aranzi et le passage direct de la bile résorbée dans la circulation.

Plus près de nous, Breschet, un médecin de cet hospice, mit, en 1820, en évidence l'importance de l'érythrodermie aboutissant pour lui à une vaste ecchymose superficielle, de laquelle résulte la teinte jaune des tissus. Plus tard, Hervieux étudie à son tour cet ictère et, le premier, soutient qu'il est dû à la présence de la bile dans le sang des nouveau-nés. Puis ce sont Porak, Depaul, Lesage et Demelin, qui, tour à tour, analysent les caractères de cet ictère et, influencés par les travaux contemporains de Gubler et Dreyfus-Brisac, soutiennent son origine hémaphéique.

Depuis 1901, enfin, une série de travaux ont à nouveau été consacrés à cet ictère. D'une part, à Bordeaux, le professeur Moussous et son élève Leuret insistent sur le rôle des altérations sanguines et l'influence de la destruction sanguine dans la genèse des ictères du nouveau-né. D'autre part, mon maître regretté, le professeur Gilbert, et moi-même, nous étudions, en nous basant sur des faits suivis par moi dans cet hospice, l'état du sang et des urines des nouveau-nés ictériques et nous mettons en relief l'importance de la cholémie. Je reviendrai tout à l'heure sur ces travaux. Je pourrais vous en citer encore bien d'autres, je me borne à vous rappeler ceux de MM. Cathala et Darmoy et tout récemment ceux du professeur Marfan et de son élève Hallez, énumérant tous les arguments invoqués en faveur de son origine hémolytique et montrant quelques-unes des raisons qui permettent d'admettre également le rôle du foie.

Je ne puis vous analyser tous ces travaux, mais je voudrais, en m'appuyant sur eux et en vous relatant quelques-unes de mes recherches personnelles, vous montrer comment il est possible de synthétiser les diverses hypothèses émises et d'arriver à une conception rationnelle et relativement simple de cet ictère physiologique du nouveau-né.

Mais auparavant je veux vous montrer ce qu'est l'ictère du nouveau-né en vous présentant un petit malade :

Voici un enfant qui est entré dans le service le 13 mai à l'âge de 10 jours. Nous ne savons de ses antécédents que peu de chose, la mère et le père étaient tuberculeux. L'enfant a été vacciné par le B. C. G., à sa naissance. Il pesait 2 kgr.820 en venant au monde : c'est donc un débile et vraisemblablement un pématuré ; il a 48 centimètres de taille. Il présentait un ictère assez marqué avec imprégnation des muqueuses associée à une érythrodermie encore très apparente. L'ictère du nouveau-né commence, en effet, à l'habitude, par une première phase de deux ou trois jours pendant lesquels le nouveau-né est surtout érythrodermique : puis, sur cette rougeur se développe secondairement une jauneur qui donne à la peau une teinte orangée, cuivrée, teinte qui existe surtout sur la figure, au thorax ; à un second degré, elle gagne l'abdomen, la partie supérieure des membres ; à un troisième degré, se généralise.

Porak a insisté sur ces degrés de l'ictère du nouveau-né qui se développe plus ou moins, mais commence par une période d'érythrodermie.

L'ictère, chez notre petit malade était donc, au début, masqué en partie par l'érythrodermie, puis il est devenu un ictèr extrêmement net au bout de quelques jours. Actuellement, c'est encore un petit enfant jaune correspondant au 3e degré, de Porak. Il a d'ailleurs les conjonctives colorées comme dans les ictères très intenses, alors que, dans l'ictère léger du nouveau-né, celles-ci sont à peine imprégnées.

L'ictère du nouveau-né qui se manifeste ordinairement de 2 à 4 jours après la naissance, a son maximum aux 6e et 7e jours, puis il décroît progressivement ensuite pour disparaître 8 ou 15 jours après — parfois cependant, il dure un peu plus longtemps.

Chez notre petit malade qui est au 19e jour, l'ictère persiste encore, bien qu'il soit nettement en décroissance, et on peut dire que, malgré son caractère accentué, il rentre dans la catégorie des ictères physiologiques.

Je vous ai dit que cet ictère du nouveau-né est extrêmement commun. Porak l'a noté chez 80 % des nouveau-nés, probablement compte-t-il les cas frustes. En général, on admet un ictère du nouveau-né sur trois enfants, mais ce sont des

(1) Leçon faite le mercredi 22 mai 1929.

chiffres sujets à variations, selon qu'on admet que l'ictère du nouveau-né existe alors que l'enfant est à peine jaune ou suivant qu'on demande qu'il soit franchement jaune pour le qualifier d'ictérique.

C'est en tout cas, un ictère très fréquent. Cet ictère ne s'accompagne sur la peau d'aucun autre symptôme associé, sauf un certain degré d'œdème suspubien qu'on a signalé comme associé à l'ictère et qui est fonction, en partie, de la débilité de l'enfant.

Mais un ictère n'est pas spécifié seulement par la teinte de la peau, il est, en outre, spécifié en général par les caractères des *urines*, des *selles* et du *sang*.

Chez les petits ictériques comme celui-ci, les *selles sont colorées*, et, même plutôt *surcolorées*. Notre petit malade a des selles bileuses, modifiées uniquement dans le sens de l'hypercholie.

Les urines sont remarquables, dans l'ictère du nouveau-né, par leur pâleur ; même lorsqu'elles ne sont pas tout à fait claires, elles ne sont jamais très colorées.

Lorsqu'il y a une trentaine d'années, j'étais interne ici même, j'ai étudié les urines des nouveau-nés ictériques dans une trentaine de cas, dans la plupart, je n'ai pas trouvé de pigments biliaires : il y avait *leucosurie*.

Ce point avait été vu par d'autres auteurs et, c'est en se basant sur l'absence de pigment dans les urines qu'ils disaient que ce n'était pas là un ictère ordinaire. Ce n'est pas à dire que, lorsqu'on cherche avec une grande attention on ne puisse trouver de pigment biliaire : c'est ainsi que, dans deux cas sur 20, j'en ai trouvé. Et M. Hallez dans ce service, il y a trois ou quatre ans, en faisant des recherches de même ordre, a trouvé par des techniques appropriées que, chez quelques enfants, on trouvait dans les urines des traces de pigment biliaire.

M. Hallez, comme moi-même, a rencontré plus fréquemment de l'*urobiline* (dans 28 % des cas) ; personnellement, j'en ai trouvé chez un certain nombre de petits ictériques, surtout quand l'ictère est à son déclin.

Enfin, nous avons recherché les *sels biliaires*. J'ai trouvé assez fréquemment des sels biliaires dans les urines des petits ictériques par la réaction de Hay. Et M. Hallez de même noté récemment leur présence.

Cependant ce n'est pas la règle et on peut dire qu'il s'agit ici *d'ictères acholuriques* dans lesquels il n'y a que rarement trace de pigments biliaires, et où, dans la majorité des cas, il n'y a pas d'urobiline ou de sels biliaires.

L'examen du sérum sanguin montre pourtant que cet ictère répond à une *bilirubinémie* assez intense, ainsi qu'en témoigne le sérum de notre petit malade, qui est actuellement extrêmement coloré, présentant une teinte jaune-orange, en rapport sans nul doute avec la présence de pigments biliaires.

Quand on recherche les caractères de ce sérum au point de vue des réactions sanguines et qu'on se sert de l'échelle dite de Fouchet, on voit que le sérum de ce petit enfant a une coloration verte très intense alors que le sérum d'un enfant normal a une coloration beaucoup moins marquée. La cholémie est encore actuellement chez cet enfant de 1 p. 5.000 à l'échelle de Fouchet ; elle était, il y a quelques jours de 1 p. 4.000 et était certainement plus élevée encore au début même de cet ictère.

Cet enfant est donc actuellement en période de décroissance, de la cholémie et de l'ictère. Il ne présente par ailleurs rien de particulier : l'examen de ses organes ne révèle rien, peut-être le foie est-il légèrement augmenté de volume.

Voici donc l'histoire clinique de l'ictère du nouveau-né, ictère qui apparaît au 2e ou 3e jour après la naissance, qui dure 10 à 15 jours, qui cesse ordinairement avant le 20e jour ; qui ne s'accompagne d'aucun trouble pathologique ; cet ictère s'accompagne d'élimination normale de la bile par les selles, alors que celle-ci fait défaut dans les urines, malgré la présence d'une proportion élevée de bilirubine dans le sang.

Avant d'achever cette description clinique, je dois vous signaler que cet ictère est un ictère plus fréquent chez les prématurés, les débiles, chez les jumeaux ; nous en avons ici un exemple, car ce petit malade est un débile.

Cet ictère est plus fréquent également chez les enfants nés après un accouchement laborieux, chez lesquels, il y a eu, de ce fait, présence d'un céphalématome, d'une bosse séro-sanguine, d'ecchymoses sur le corps ; la présence d'extravasations sanguines paraît faciliter le développement de l'ictère.

On l'observe aussi volontiers chez les enfants nés en état d'asphyxie ; chez ceux dont la mère a été soumise à une anesthésie chloroformique prolongée ;

Il est plus fréquent, comme Porak l'a montré, après la ligature tardive du cordon, quand on a laissé s'accumuler dans l'organisme de l'enfant une plus grande quantité de sang.

Enfin, l'ictère survient assez souvent chez l'enfant exposé au froid, et quand il s'agit d'enfants trouvés, il est assez fréquent, car ces enfants sont, dans nombre de cas, abandonnés et exposés au froid.

Cet ictère, d'autre part, guérit toujours — j'insiste, sur ce fait : c'est un état physiologique, mais un état physiologique plus spécial à certains enfants que je viens d'énumérer.

Ceci dit, revenons à l'étude de l'explication de cet ictère du nouveau-né, à l'étude de la physiologie pathologique de cet ictère, ou plutôt de la « physiologie » de cet ictère puisqu'il n'a rien de pathologique.

Deux théories se sont partagées les faits :

1° La théorie dite de l'ictère *biliphéique* ;

2° La théorie de l'ictère *hémaphéique* ou hémolytique. L'ictère biliphéique étant un ictère dû à la résorption des pigments biliaires normaux, l'ictère hémaphéique est dû à la résorption de pigments biliaires modifiés ou de pigments formés directement dans le sang du fait de la destruction des globules rouges.

Avant d'aller plus loin, je veux vous montrer comment, dans ces deux théories, il y a une part de vérité, comment il faut admettre les deux éléments biliphéique et hémolytique qui ne s'excluent nullement. Il me suffira pour cela de vous rappeler quelques constatations déjà anciennes et à mon sens démonstratives.

I. — *Le sang du nourrisson contient de la bile d'une manière certaine.* C'est un point capital qui, en 1900, n'était pas fixé. Il importait justement de l'établir car certains auteurs soutenaient que c'était la bile, d'autres que c'étaient des pigments dérivés du sang et sans relations avec la bilirubine.

Alors que j'étais interne de M. Hutinel, j'ai pu examiner une vingtaine de nourrissons, j'ai prélevé leur sang et recherché leur cholémie. J'ai trouvé chez ces 20 nourrissons une cholémie extrêmement marquée, que j'ai spécifiée par les réactions d'usage à l'époque c'est-à-dire la recherche de la réaction de Hayem, de l'anneau bleu (on met le sérum dans un petit tube au fond duquel on dépose avec une pipette de l'acide nitrique nitreux, il se fait au contact du sérum et de l'acide un coagulum blanc sur lequel se dessine un anneau bleu, traduisant la présence de bilirubine, indiquant par son intensité qu'il y a une quantité appréciable de bile dans les humeurs).

Dans une vingtaine de cas, j'ai trouvé une réaction de Hayem très fortement positive ; je l'ai mentionnée en même temps que j'ai signalé l'acholurie habituelle.

J'ai fait de nouvelles recherches avec M. Gilbert et Mlle Stein en 1903, avec M. Herscher en 1905 ; j'ai étudié quel pouvait être le degré de la cholémie dans l'ictère des nouveau-nés. Voici les chiffres trouvés par moi en 1905 dans neuf cas d'ictère ; la bilirubine y a été dosée par la méthode de Gilbert-Herscher-Posternak :

Noms	Jour de la prise de sang		Proportion de bilirubine contenue dans le sérum	Quantité de bilirubine par litre de sérum
Henriette D..	12e jour	ap. la naissance.	1/1600	0 gr. 625
Francine L...	14e jour	—	1/1600	0 gr. 625
Pierre B....	4e jour	—	1/1000	1 gr.
Henri P.....	10e jour	—	1/2100	0 gr. 476
Renée M....	7e jour	—	1/1780	0 gr. 561
Louise M....	2e jour	—	1/1650	0 gr. 606
Henri B.....	4e jour	—	1/750	1 gr. 333
Charles A....	12e jour	—	1/670	1 gr. 492
Anne-Marie G.	5e jour	—	1/500	5 gr.

Ces chiffres ne sont peut-être pas absolument rigoureux, mais ils indiquent de toute façon une cholémie très intense. Ils tirent leur importance de ce fait que si l'on cherche parallèlement le chiffre de la cholémie dans les ictères de l'adulte, notamment quand il y a obstruction du cholédoque, par cancer du pancréas, ou par calculs biliaires, on voit que, dans ces cas, lorsque l'ictère est à son maximum, on a 1 gr. de bilirubine pour 900 ou 1 gr. p. 1000 alors que dans l'ictère du nouveau-né on peut avoir 1 pour 500.

Chez le nouveau-né, il y a donc cholémie égale ou supérieure à celle de l'adulte. Il faut admettre que la cholémie du nourrisson est une cholémie extrêmement intense. De cette intensité relative, deux raisons peuvent être données :

La première, c'est que la masse sanguine est extrêmement réduite chez le nourrisson ; la masse sanguine chez un nourrisson de 2 kilos n'excède pas 250 grammes, c'est dire qu'il y a loin des 5 à 6 litres qu'on trouve chez l'adulte.

Dans cette masse sanguine extrêmement faible, la quantité de bilirubine déversée peut être relativement concentrée, sans qu'elle soit rapportée à l'ensemble de l'organisme, très considérable.

La seconde raison, c'est que le foie des nourrissons par rapport au poids total du corps est beaucoup plus important puis qu'il représente en moyenne 1/23e du poids total, tandis que chez l'adulte, il représente 1/31. On comprend par conséquent, que la cholémie soit proportionnellement beaucoup plus intense chez le nourrisson que chez l'adulte. Quoi qu'il en soit exactement, il ressort de ces constatations qu'il y a une forte proportion de pigments biliaires dans le sang du nouveau-né ictérique.

Chez les nouveau-nés qui ne sont pas ictériques, la proportion de pigments biliaires est déjà assez marquée, très supérieure à la cholémie physiologique de l'adulte. En 1903, j'ai constaté, avec Mlle Stein, qu'il y a chez le nouveau-né une *bilirubinémie physiologique* assez intense et celle du nouveau-né ictérique n'en est que l'exagération. Chez le nouveau-né non ictérique, la bilirubinémie existe en effet (toujours d'après la méthode de Gilbert, Herscher et Posternak) dans la proportion de 1 pour 6.000 de bilirubine dans le sang ; il y a donc, 5 ou 6 fois plus de pigment dans le sang du nouveau-né qu'il n'y en a chez l'adulte. Il y a donc *bilirubinémie physiologique à la naissance* et l'ictère n'est que l'exagération de ce phénomène physiologique.

Cette bilirubinémie fœtale a d'ailleurs été constatée par d'autres observateurs tels que Bang et Williamson et elle paraît constante. Elle s'associe à deux autres constatations : il y a dans le sang du cordon, une proportion anormale de bilirubine, mais moindre que dans le sang du fœtus ; le sang de la mère est un peu plus cholémique qu'un sang normal.

II. — Nous avons étudié en 1903 le *sang du cordon* avec M. Gilbert et Mlle Stein. Quand on prend ce sang et qu'on l'étudie, on y trouve une proportion notable de bilirubine. Par les mêmes méthodes, nous avons noté un gramme de bilirubine pour 10 litres de sérum. C'est dire qu'il y a une cholémie relativement élevée, mais moindre que celle du nouveau-né à la naissance puisqu'on trouve chez lui un pour 6.000 ; c'est néanmoins déjà une cholémie très appréciable.

Le *sang de la mère est un peu plus cholémique qu'un sang normal* ; quand on recueille ce sang maternel avant la naissance de l'enfant, c'est-à-dire chez une femme enceinte arrivée au terme de sa grossesse, on trouve une cholémie très supérieure à ce qu'on a appelé la cholémie physiologique (1 p. 30.000 en moyenne). Si l'on veut interpréter ces chiffres (qui n'ont qu'une valeur relative, mais peuvent être comparés entre eux), il faut admettre que le sang qui revient du placenta s'est débarrassé d'une partie de ses pigments dans le sang maternel et que le cordon représente une voie d'élimination, pour les pigments qui ne peuvent s'éliminer par le rein ou l'intestin. Le sang du cordon contenant environ trois fois plus de pigment biliaire que le sang maternel et étant lui-même d'un tiers environ moins riche que le sang du nouveau-né, la cholémie physiologique du nouveau-né à la naissance (par suite celle du fœtus) semble avoir comme voie d'excrétion naturelle, au moins pour une part, le cordon ombilical.

Voilà les conclusions auxquelles j'étais arrivé en 1905 ; elles permettent d'expliquer comment se produit l'ictère du nouveau-né.

Cette bilirubinémie fœtale est un fait constant ; M. Bang, notamment, l'a étudiée en détail ; mais elle peut s'expliquer de différentes façons.

C'est ainsi qu'on peut se demander si elle tient — comme je l'avais pensé — à ce que le lobule hépatique ne fonctionnant pas par son pôle externe, le foie n'éliminant pas de bile dans l'intestin d'une manière active, il y a résorption de la bile par les veines sus-hépatiques, le foie fonctionnant comme glande vasculaire sanguine. C'est, en effet, une règle chez le nourrisson que le foie fonctionne avant tout comme glande vasculaire sanguine. La bile qui s'y forme ou s'y élimine, s'élimine par les veines sus-hépatiques et passe dans la circulation, et ainsi se produit une bilirubinémie fœtale.

Mais on peut penser aussi — et c'est l'opinion soutenue par Bang — que l'intestin étant gorgé de méconium, c'est-à-dire de bile, et n'étant pas ouvert à l'extérieur, cette bile, complètement aseptique, peut à un moment donné être résorbée ; il peut y avoir alors transport, par le canal d'Aranzi, dans la circulation générale de cette bile résorbée ; la bile serait, selon le vieux mot de Baumès « repompée » par la paroi intestinale. Quelle que soit la réalité de ces vues hypothétiques, il y a un fait : c'est la présence de bilirubine dans le sang du nouveau-né à la naissance, et un autre, l'élimination de la bilirubine en grande partie par le cordon ombilical, qui paraissent démontrées par les chiffres que je viens de vous citer.

Il est évident que ces recherches prêtent à certaines critiques parce que les méthodes sur lesquelles elles se basent sont critiquables et que la technique que nous avons utilisée pour apprécier la quantité de bilirubine, qui existe dans le sang des ictériques n'est peut-être pas à l'abri de toute cause d'erreur.

Aussi avons-nous étudié ici avec M. Gournay, le sang d'un certain nombre d'enfants ictériques, non plus par la méthode de Gilbert-Herscher Posternak, mais, par d'autres méthodes plus actuelles, celles de Van den Bergh, de Fouchet, de Meulengracht. Elles aussi sont délicates et comportent quelques causes d'erreur. Mais elles ont montré de la même façon qu'il y avait hypercholémie chez nos nourrissons, et que cette hypercholémie diminuait à mesure que l'ictère s'atténuait. Et chez nos petits malades nous avons vu, comme chez celui que je vous ai montré tout à l'heure, une cholémie extrêmement intense, persistant encore un certain temps alors même que l'ictère aura disparu, puis s'atténuant elle-même ; nous avons pu, à l'aide de la méthode de Fouchet, établir des chiffres comparatifs qui montrent qu'il y avait dès l'entrée une cholémie intense chez des ictériques ; je crois donc que les conclusions que j'avais formulées autrefois restent vraies.

Cholémie intense chez le nouveau-né ictérique, cholémie moindre chez le nouveau-né normal ; élimination de la bile pendant la vie fœtale par voie placentaire par le cordon ombilical, voilà les trois points que ces recherches ont mis en lumière. Ils ne sont nullement, incompatibles avec le rôle attribué dans la genèse de l'ictère, à la destruction globulaire marquée qui suit la naissance. C'est ce que je veux maintenant vous montrer.

III. — *L'existence à la naissance d'une hémolyse plus marquée* a été constatée par bien des auteurs et le grand intérêt des travaux de M. Leuret a été de mettre en évidence cette hémolyse plus facile chez le nourrisson. Il a montré que chez le nouveau-né qui vient de naître, on trouve très facilement un plasma laqué. Il a admis que, dans l'ictère physiologique, il y avait une phase d'hémoglobinémie correspondant à la phase d'érythrodermie et une phase de cholémie correspondant à la période d'ictère.

En étudiant, de même que Cathala et Daunay, le sang des nouveau-nés, il a également trouvé une résistance globulaire anormalement diminuée.

Il avait rapproché ces constatations faites chez les nouveau-nés des constatations faites chez des sujets adultes en étudiant l'ictère hémolytique, et avait montré que chez le nouveau-né, il y a un syndrome d'ictère hémolytique, avec hématies granuleuses, résistance globulaire diminuée, et une phase d'hémoglobinémie qui précède la phase de bilirubi-

némie. Ce n'est pas absolument exact. Mes recherches ont montré qu'il y avait toujours une cholémie considérable, même dès la naissance ; d'autre part, il ne faudrait pas croire que la résistance globulaire soit toujours diminuée. M. Hallez, dans des recherches faites, il y a trois ans, a montré que, dans 52 % seulement des cas, chez les nouveau-nés ictériques, la résistance globulaire était diminuée. Pollitzer a trouvé également une augmentation de la résistance globulaire dans certains cas et, personnellement, dans nos recherches avec Gournay, nous avons trouvé une résistance globulaire augmentée et parfois marquée chez la plupart des nouveau-nés atteints d'ictère. Par conséquent, l'on ne doit pas trop s'attacher à ces constatations, car elles ne sont pas constantes.

De plus, on a montré que les hématies granuleuses étaient relativement rares chez le nourrisson ; et, quand on fait la recherche des autohémolysines dans le sérum, on peut avoir des résultats contradictoires.

S'il est prouvé que, chez les nourrissons, il y a tendance à l'hémolyse plus grande, il n'est pas prouvé que cette tendance à l'hémolyse résolve tout le problème et qu'il y ait chez le nourrisson ictérique un syndrome d'ictère hémolytique absolument net, au sens où on l'entend chez l'adulte.

Il suffit au surplus de se rappeler le chiffre élevé des globules rouges chez le nouveau-né, l'hyperglobulie relative habituellement constatée (et qu'avec M. Gournay, nous avons pu vérifier) pour comprendre qu'il y ait *à la naissance hémolyse plus facile* et que celle-ci puisse intervenir dans la genèse de l'ictère. D'ailleurs, la débilité congénitale, la souffrance du fœtus pendant l'accouchement, l'anesthésie choloroformique, la présence d'un céphalhématome favorisent l'hyperhémolyse et récemment le professeur Marfan a bien mis en lumière les multiples exemples de cette destruction excessive des globules rouges à la naissance.

IV. — Maintenant que je vous ai dit qu'il existe une cholémie marquée, une hémolyse indiscutable chez le nouveau-né, quel que soit le mécanisme de cette hémolyse, *comment interpréter l'ictère du nouveau-né* ?

Je crois qu'on peut éliminer les théories anciennes et qu'on peut estimer que *la théorie de la résorption de la bile du méconium par le canal d'Aranzi* ne peut être retenue. Cette théorie, la plus ancienne, puisque émise déjà par Baumès, a été reprise par Quincke et défendue récemment par Bang. Elle ne peut pas être retenue parce que, très vite après la naissance, le méconium s'élimine normalement et pourtant l'ictère persiste parce qu'au surplus dans le méconium acide, les pigments biliaires sont insolubles et inabsorbables ; cette circulation entérohépatique de la bilirubine est bien peu vraisemblable.

Il me semble plus important de se rappeler que le foie, dans la vie intra-utérine, est une glande vasculaire sanguine, que l'élimination biliaire se fait en grande partie par voie centrolobulaire, que la bile ainsi versée dans la circulation explique la cholémie fœtale, que celle-ci a, comme voie d'élimination naturelle, le cordon ombilical (1).

Que se passe-t-il à la naissance ? Il y a une *perturbation brusque de cette élimination biliaire par la ligature du cordon*. La circulation fœto-placentaire ne se fait plus . La bile ne pouvant plus s'éliminer ainsi, ne pouvant pas encore passer librement dans l'intestin, s'accumule dans le sang.

Le foie n'a pas encore acquis sa fonction excrétrice normale, la bile passe sans doute en partie dans l'intestin, mais l'intestin est encombré par le méconium et il y a, en fait, une sorte d'ictère par obstruction et ce n'est que peu à peu que la circulation biliaire s'établit vers l'intestin, qu'une chasse biliaire se fait. Le foie n'est pas plus adapté à sa fonction que ne l'est le rein et plusieurs jours sont nécessaires pour cette adaptation (expliquant l'acholurie habituelle du nourrisson ictérique).

(1) Sans doute une partie de la bile va également dans l'intestin en contribuant à la formation du méconium, mais une notable quantité de la bile sécrétée doit aller ainsi jusqu'au placenta et à l'organisme maternel.

Alors, tenant compte de cette suppression de l'élimination de la bile par la voie ombilico-placentaire, tenant compte d'autre part, du manque d'adaptation du foie et des reins, on peut faire intervenir un autre élément pour expliquer l'intensité de la cholémie et l'ictère et c'est précisément la destruction globulaire intensive après la naissance.

Quel que soit le mécanisme intime de l'hémolyse, on ne peut pas nier cette destruction globulaire.

Que se passe-t-il à l'habitude chez les petits ictériques ? Ils naissent avec une *érythrodermie* marquée ; quand on fait la numération des hématies chez ces enfants nés rouges, on trouve une polyglobulie accentuée qui atteint et dépasse parfois 6 millions ; elle va de pair avec l'érythrodermie. Cet enfant qui naît rouge doit détruire ses globules en excès ; de cette destruction résulte une hyperformation de bilirubine ; qu'elle soit préformée dans le sang et éliminée par le foie, qu'elle soit directement sécrétée par les cellules hépatiques, peu importe en l'espèce ; elle est en excès et ne peut pas s'éliminer facilement par la voie intestinale. Voilà les faits.

Si on veut pousser l'analyse plus loin, on peut retenir encore deux particularités :

D'une part, la destruction des hématies est marquée pour des raisons physiologiques que Ziegelroth a mises en lumière ; il a, en effet, rappelé que chez le fœtus, dans la vie intra-utérine, l'oxygène est apporté au fœtus par les globules rouges de la mère que l'enfant va chercher au niveau du placenta ; ces globules rouges appartenant à la circulation générale de la mère sont relativement peu chargés en oxygène ; il faut donc une quantité proportionnellement considérable de globules pour apporter la quantité d'oxygène nécessaire au fœtus. Au moment de la naissance, l'enfant respire et brusquement l'air atmosphérique fournit largement à ses globules l'oxygène nécessaire. Dès lors, la monnaie respiratoire étant plus riche, il peut en supprimer une partie, et cette destruction massive des globules rouges contribue à l'hypercholémie de laquelle résulte l'ictère.

D'autre part, chez l'enfant qui naît débile, il y a une certaine sensibilisation des hématies au froid ; il y a volontiers chez l'enfant qui naît ainsi des foyers sanguins d'extravasation sanguine au niveau du crâne, des divers points du corps, et ces foyers peuvent être une des causes de l'hyperhémolyse.

Bref, il y a de multiples raisons à la destruction globulaire physiologique excessive qui suit la naissance, surtout chez les prématurés et les débiles.

J'espère avoir bien mis en évidence ces deux faits essentiels : destruction globulaire excessive chez le nouveau-né dès la naissance, hypercholémie secondaire, qui est la règle chez tous les nouveau-nés mais qui, l'exagérant chez certains, entraîne l'apparition de l'ictère.

Cet ictère est donc bien physiologique ; il n'est pas besoin d'incriminer l'insuffisance hépatique ni l'hémolyse pathologique pour expliquer les choses : il y a normalement, chez le nouveau-né, destruction des globules rouges, formation excessive de bilirubine qui ne s'élimine qu'incomplètement par les voies biliaires à la naissance, d'où cholémie et souvent ictère. Dès que le foie fonctionne, dès que la circulation biliaire hépato-intestinale est bien établie, l'ictère disparaît progressivement, et fait place à un état normal de la peau.

Est-ce à dire qu'aucun élément pathologique n'intervienne ? Non ; il y a des enfants prématurés et débiles qui sont plus atteints, chez lesquels le foie peut être secondairement touché au cours de cette période d'hypercholémie ; on peut leur trouver un foie un peu plus gros, une certaine insuffisance hépatique. Mais ces faits sont exceptionnels, et il n'est pas nécessaire d'invoquer une altération des cellules hépatiques pour expliquer l'ictère du nouveau-né. D'ailleurs dans les vues que j'avais personnellement exposées, de 1901 à 1905, j'avais, en signalant l'existence d'une cholémie marquée dans l'ictère simple du nouveau-né, toujours soutenu que la destruction exagérée des globules rouges devait expliquer cette cholémie ; et je crois que cette théorie très simple est celle qui se rapproche le plus de la réalité des faits.

Mais à côté de l'ictère physiologique, il y a des *ictères pathologiques* qui, eux, sont infiniment plus intenses ; ils s'accompa-

gnent d'une quantité de bile encore plus marquée dans les humeurs et ce sont des ictères dont le pronostic est plus grave, car ils ne guérissent pas seuls et même, dans la majorité des cas, ils conduisent à la mort.

Je vous rappelle qu'il y a des ictères liés à une *malformation des voies biliaires* ; l'enfant naît alors ictérique et, il devient de plus en plus jaune par suite d'une absence congénitale des voies biliaires et hépatiques, ou d'une oblitération congénitale du cholédoque ; l'enfant a alors un ictère pathologique qui entraîne la mort dans les six semaines qui suivent la naissance avec une cirrhose biliaire.

Il y a d'autres enfants qui présentent de l'ictère en même temps que des signes d'infection générale, ayant souvent une porte d'entrée ombilicale (Porak et Durante), liée au streptocoque, au proteus (Bar et Rénon) ou à d'autres germes.

Chez certains nourrissons, l'ictère relève de la syphilis et des multiples lésions qu'elle peut entraîner au niveau du foie. Il est d'autres cas qui s'apparentent à la maladie bronzée hématurique ou qui rentrent dans ce que l'on a décrit sous le nom de cirrhose biliaire du nouveau-né.

Je ne fais que vous citer ces divers exemples, car ces ictères pathologiques sont aussi exceptionnels que l'ictère physiologique est fréquent et ne peuvent guère prêter à erreur de diagnostic. Il s'agit de nouveau-nés très malades avec manifestations générales le plus souvent graves, chez lesquels l'ictère est habituellemeent très accusé et qu'il est aisé de distinguer de ceux atteints d'ictère physiologique.

Cet ictère physiologique guérit seul et aucun traitement n'est nécessaire. Son pronostic est favorable sous la réserve qu'il survient le plus souvent chez des sujets débiles, prématurés, plus faibles que d'autres et qui, de ce fait, ont besoin de plus de soins.

***

C'est donc vant atout par l'interprétation qu'on en peut donner que l'ictère simple du nouveau-né offre un intérêt. Point n'est besoin pour comprendre ce problème de physiologie d'opposer ici l'ictère hémaphéique et l'ictère biliphéique, l'ictère hémolytique et l'ictère hépatique. La théorie que je vous ai exposée me semble mieux rendre compte des faits. Je vous la résume en terminant. Chez le fœtus, au moment de la naissance, il y a une cholémie relativement élevée dont la voie d'excrétion est la circulation omphalo-placentaire. La ligature du cordon après la naissance crée brusquement un ictère par obstruction temporaire, augmenté par toutes les causes d'hyperhémolyse qui existent à la naissance, lesquelles peuvent entraîner une hypercholémie accusée ; la fonction d'excrétion biliaire intestinale n'est pas encore suffisamment établie pour permettre l'élimination de cette bile en excès ; l'acholurie presque complète s'explique égalemetnt par l'inaptitude temporaire du rein à sa fonction. Après quelques jours, foie et reins fonctionnant normalement, l'ictère disparaît, la peau cesse d'être jaune en même temps que la cholémie redescend à un chiffre voisin de la normale. Que l'ictère persiste et s'accentue, il s'agit alors d'un ictère pathologique.

Du mécanisme de celui-ci, je ne veux rien dire aujourd'hui et ce que j'espère avoir mis en relief, c'est l'importance de la cholémie physiologique du nouveau-né et de la voie d'excrétion omphalo-placentaire, dont la brusque suppression explique l'apparition de l'ictère simple pour peu que s'exagère l'hyperhémolyse physiologique qui suit la naissance.

ERRATUM. — Dans le *Progrès Médical* du 13 juillet, une coquille grossière a transformé le titre de l'article du Dr Damaye. Au lieu de **Conception sexuelle,** lire : **Conception actuelle et traitement du délire aigu et du délirium tremens**.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1929.

Reposition sanglante des luxations carpiennes. — ***M. Lapointe*** a fait sept fois cette opération qu'il estime supérieure à l'extirpation du semi-lunaire. Mais M. Lapointe se sépare de M. Cadenat pour la voie d'abord ; contrairement à cet auteur, il préconise la voie palmaire.

Tumeur paranéphrétique. — ***M. Michon*** rapporte cette observation de ***M. Duval*** (du Havre). Développée sans grands symptômes, la tumeur se présentait comme une tumeur rénale. Extirpation difficile. Histologiquement, il s'agit d'un fibro-lipomyxosarcome de malignité certaine.

M. Okinzyc demande s'il ne peut pas exister d'hyperfonctionnement de la glande en cas de néoplasme rénal.

M. Michon n'a jamais vu cela.

Pancréatite subaiguë. — ***M. Auvray*** — Femme jeune entrant à l'hôpital pour une crise douloureuse de l'hypochondre droit à l'opération, quinze jours après, il y avait des calculs dans la vésicule et sur la ligne médiane, une tumeur du volume d'un œuf avec au voisinage des taches de bougie très nettes. Drainage. Guérison.

M. Gosset s'oppose à l'incision de Kehr et préconise l'incision médiane sus-ombilicale.

M. Ozinzyc fait une petite boutonnière de drainage sous l'incision oblique ou transversale.

Tumeur de la parotide. — ***M. Lenormant*** rapporte une observation de ***M. Menegaux*** (de Paris). Il s'agit d'un épithélioma de la parotide récidivé après extirpation, qui a guéri complètement par un traitement radiothérapique intensif. Il s'agissait histologiquement d'un épithélioma mucipare du type cylindrome.

M. Lecène dit que les cancers primitifs ou épithélioma atypiques de la parotide sont rares et extrêmement malins ; il en a vu personnellement trois cas. Le premier a subi une extirpation complète, mais a récidivé et est mort. Un autre, pris tout au début, a été traité par les rayons X. La peau s'est ulcérée et M. Lecène est intervenu longuement. La récidive s'est produite rapidement et le malade est mort. Ces cas sont très différents du cylindrome, qui est un épithélioma typique.

Ulcère peptique. — ***M. Costantini*** (d'Alger) relate à la Société l'observation suivante : homme présentant un ulcère du duodénum, qui a été opéré d'une gastro-entérostomie au bouton. Un an après (sans avoir expulsé le corps étranger) les douleurs reparaissent.

La radioscopie montre une douleur fixe sur la bouche. A l'intervention, il existe un gros placard entre le pylore et l'anse jéjunale. Gastropylorectomie après dégastro-entérostomie. Opération de Polya. Guérison. M. Costantini a depuis deux ans abandonné le procédé au bouton.

Pseudarthrose du col du fémur. — ***M. Basset*** raconte qu'en 1919, il a vu une femme de 63 ans qui avait depuis trois ans une pseudarthrose. L'auteur lui fit un enchevillement d'os mort. La malade s'est levée douze jours après l'intervention Trois mois après, elle marchait avec une seule canne. Elle a été revue dix ans après, marchant très bien avec une canne.

M. Cunéo pense qu'une vis d'os mort mise dans une tête fémorale nécrosée ne peut la modifier, puisqu'il n'y a aucun élément vivant.

M. Leveuf pense que la nature de la cheville n'a aucune importance.

G. MENEGAUX.

CONSULTATION UROLOGIQUE

Albuminurie hématique. Albuminurie pyoïde.

Indications diététiques,

Par le Dr L. BOULANGER,
Assistant à l'hôpital d'Urologie.

Les urines contenant du pus ou du sang ou tous les deux à la fois se rencontrent très souvent dans la pratique urologique. Pour n'en citer qu'un exemple, de telles urines sont celles caractéristiques de la tuberculose rénale dans sa forme si fréquente chirurgicale, unilatérale, avec cystite.

J'ai eu l'occasion de voir un très grand nombre de ces malades qui le plus habituellement, ayant déjà été soignés, me disaient être soumis à un régime lacto-végétarien, avec parfois adjonction de régime déchloruré, ou même lacté-intégral, institué sur la foi d'une analyse d'urine établissant l'existence d'une albuminurie de quelques centigrammes (0,10, 0,20, 0, 40) toujours inférieure à un gramme).

On conçoit sans peine tout ce qu'une pareille pratique a de fâcheux pour le malade dans son illogisme et son erreur, car, d'abord il est tout à fait irrationnel de soumettre aux régimes ci-dessus indiqués un tuberculeux, malade le plus souvent d'un état général déficient lequel, loin par conséquent de s'accommoder d'un régime dèbilitant, réclame au contraire une alimentation substantielle dont l'usage quotidien de la viande est la base, et , ensuite parce que la minime quantité d'albumine, révélée par l'analyse, n'est pas le moins du monde symptomatique d'une affection rénale justiciable d'une médication par le lait et la suppression du chlorure de sodium, mais résulte tout simplement de la présence dans l'urine de sang ou de pus qui la fournissent d'où leurs noms d'albuminurie hématique, d'albuminurie pyoïde sous lesquels elles sont connues, désignations qui leur ont été données pour qu'en indiquant leur provenance elles soient individualisées et différenciées d'autres albuminuries, celles symptomatiques de lésions rénales qui les font naitre.

Ces faits bien simples en eux-mêmes m'ont pourtant semblé intéressants à signaler car leur connaissance permet, en évitant une erreur, de remplir une indication diététique utile au malade.

VARIETES

I

La pluie sur les roses

à Joseph Génévrier.

Si la fraîche rosée a mouillé, le matin ,
La rose à peine éclose, elle accroît son prestige,
Et son folâtre amant, le papillon lutin,
La trouvant plus jolie, autour d'elle voltige.

Mais la pluie à grands flots inonde le jardin :
La rose se déforme et pourrit sur sa tige...
Et son chantre Ronsard, que cette vue afflige,
Gémit éloquemment sur son triste destin.

Quand sur la joue en fleur de la vierge amoureuse
Une larme a coulé, — dépit, joie ou pudeur —,
Elle n'efface pas sa charmante rougeur.

Les larmes que répand l'épouse malheureuse,
Subissant l'abandon et l'infidélité,
Flétrissent à la fois son cœur et sa beauté.

II

Danse macabre

Echo de la musique de Saint-Saëns,

à Flavien Bonnet-Roy.

L'horloge a fini de tinter minuit.
La Mort , se dressant dans le cimetière,
De chaque tombeau soulève la pierre :
Chacun des Dormants s'éveille et la suit.

Tous ont fait toilette et la lune luit
Sur les linceuls blancs festonnés de lierre.
« Allons, vite ! Un bal ! » Parmi la bruyère
Les spectres en rond dansent à grand bruit.

Ils font cliqueter leurs os de squelettes
Et chantent en chœur, à voix de chouettes,
Le *De Profundis* en joyeuseté.

Mais koko riko : chacun vers sa tombe
Fuit en maugréant ; la pierre retombe
Jusqu'au prochain soir... Le coq a chanté.

III

La conscience de l'artiste

à Paul Richer.

Quand il eut terminé son Zeus Olympien,
De la sculpture grecque inimitable exemple
Et le plus merveilleux joyau de son œuvre ample,
Phidias s'exclama, nous rapporte un Ancien :

« Des hommes, dont chacun en passant te contemple,
« Sévère ou louangeur, le jugement n'est rien.
« Dis par ta Foudre, ô Zeus, si ton image est bien ! »
— La Foudre approbatrice éclata sur le temple..

Il te faut méditer ce conte fabuleux,
Si tu doutes de l'œuvre, artiste scrupuleux,
Où tu mis à la fois ton cœur et ta science.

Dédaigne les avis d'un public ondoyant ;
Ecoute seulement parler ta Conscience
Et tiens pour bien jugé son arrêt foudroyant.

Paul Le Gendre.

GLANURES

A propos de Théophraste Renaudot. — M. Jean Le Meur évoque dans *Le Temps* (23 juillet 1929) la figure de Théophraste Renaudot, à propos du tricentenaire de la publicité :

Parmi tant de centenaires, dit-il, celui de la publicité mérite qu'on le commémore. Or, il semble bien que cette puissante fée des fortunes et des gloires entre présentement, en tout cas, dans sa 300e année. Du moins y a-t-il trois siècles qu'elle fut conçue et officiellement préconisée dans notre pays. Son père, en ce sens incontestable, est celui même qui fonda par ailleurs et sans qu'il y ait inséré, soit dit en passant, nulle annonce, le premier journal français, notre bon patron Théophraste Renaudot. Or, en l'été 1629, le génial philanthrope obtenait définitivement l'exclusivité pour l'impression de ce qui peut être considéré sans doute comme le premier document de publicité commerciale en France. Par les arrêtés des 8 juin et 9 août, le conseil du roi et la Cour de Parlement lui en accordaient en quelque sorte l'imprimatur.

Après dix-huit ans de recherches, l'infatigable animateur allait mettre sur pied, sis rue de la Calandre, sortant au Marché-Neuf, à l'enseigne du Coq, un bureau d'adresse. Il serait ouvert de huit heures à midi et de deux à six, et comporterait commis et registres. Pour trois sous, tout le monde ou presque pourrait y venir demander ou offrir un emploi, y proposer ou quérir un renseignement utile sur quelque sujet que ce fût. Les pauvres ne payeraient rien.

Le prospectus, qu'après une si longue gestation se décidait à publier Renaudot, était en réalité, sous le nom d'« Inventaire des adresses du Bureau de rencontre où chacun peut donner et recevoir avis de toutes les nécessités et commodités de la vie et société humaine », une assez copieuse brochure. Il exposait le but de la publicité de registre en faisant pour la première fois d'imprimée.

Fondée sur l'autorité d'Aristote et du sieur de Montagne, elle s'adressait à tous, comblant une évidente lacune. « Une des plus grandes incommodités des sujets de Sa Majesté, remarquait judicieusement Renaudot, est la faute d'adresses des lieux et choses nécessaires à l'entretien de leur vie. Chacun sent la peine qu'il a de rencontrer à point nommé ses nécessités. Il semble manquer à la perfection de notre société quelque lieu public qui soit la lunette d'approche, l'abrégé et le ralliement de tant de pièces détachées ».

Exemple : « Il se présente une maladie fâcheuse où, après avoir inutilement employé les remèdes vulgaires, l'advis des médecins fameux se porte à l'usage de celui-ci ; mais, pour ce que l'on ne le tient pas d'ordinaire dans les boutiques et qu'on n'est point averti du lieu où il se trouve, on est contraint de s'en passer ».

Renaudot ne dit pas pourquoi il n'a pas réussi plus tôt à fonder ses bureaux, alors que, depuis dix-sept ans, le roi lui a donné le monopole de cette entreprise, qu'une allocation de 600 livres a récompensé ses efforts, et qu'une amende dix fois plus forte menace quiconque prétendrait marcher sur ses brisées. Le premier en date des journalistes français avait-il été lui-même arrêté par ce manque d'adresses auquel il allait enfin remédier, ou bien n'avait-il pas eu le temps de s'en occuper? C'est peut-être pour prévenir tout reproche à cet égard

qu'il se déclare, dans l'inventaire, médecin avant tout. « Né au bien public auquel il a sacrifié le plus beau de son âge », ses diverses manifestations philanthropiques sont pour lui un passe-temps. Il fait d'ailleurs aussi bien de s'y livrer que de dessiner pour se distraire « la posture d'un marmot ou la grimace d'un satyre ». Mais la médecine reste « la masse de son édifice », à l'exemple d'Hippocrate et de Galien. Tel un compas, conclut-il, toujours imagé, dont l'autre pied, « descrivant une autre figure, n'empesche pas la maîtresse branche de se tenir à son point ».

Quoi qu'il en soit, le voici à pied d'œuvre. Ce qui l'enchante, c'est que les pauvres seront les premiers à profiter de son office de publicité, les pauvres, « objet de ses labeurs et la plus agréable fin qu'il se soit proposée ».

Notre devoir n'est-il pas de secourir les pauvres ? Tout nous commande la charité, même la nature. Les corps célestes conservent les éléments dont ils n'ont que faire, les éléments compatissent et se transmettent les uns aux autres ; « ils se portent violemment pour suppléer au vuide et au deffaut de leur voisins ». Le lierre et l'épithyme trouvent des plantes plus fortes pour supporter leur faiblesse. Les oiseaux viennent en aide à l'oiseau nommé « cincle », qui ne peut faire son nid à cause de sa maigreur qui lui ôte de la force. A leur exemple, et surtout parce que la religion le commande, il faut aider les pauvres ; or, quelle est la meilleure façon de les secourir ? C'est de leur procurer du travail. Le plus grand bien qu'on puisse faire à quelqu'un, disait Saint-Bernard, est de lui donner un bon avis. Avant de songer à étancher l'océan pauvreté, empêchons les rivières d'y entrer. Si nous avons tant d'indigents, c'est qu'ils accourent « en troupes » à Paris et qu'ayant dépensé « ce peu qu'ils avaient au payement des bienvenues auxquelles les induisent ceux qui promettent de leur faire trouver un emploi, ils se trouvent accueillis de la nécessité avant qu'avoir trouvé maitres, d'où ils sont portés à la mendicité, aux vols, meurtres et autres crimes énormes.

Renaudot proposait donc le salut aux pauvres et aux malades d'ailleurs, comme aux bien portants, persuadé que ses confrères tiendraient à l'honneur de venir en son bureau les soigner pour l'amour de l'art et les purger gratis. Mais son génie inventif avait bien pressenti l'immense portée commerciale des bureaux d'adresses. Pour le commerce, écrivait-il, ces renseignements auront un intérêt inappréciable. Pour un marché, il s'en passera.

Ambition trop modeste, car son Inventaire fait face vraiment à tous les désirs. Il offre tous les emplois sortables : chapelains, gentilshommes suivants, clercs ou copistes, etc., cuisiniers, confituriers, va-de-pieds, et autres serviteurs quelconques. Seules les dames et demoiselles vertueuses — à plus forte raison les autres — n'étaient pas admises au bureau à cause du soupçon, de la médisance et de la corruption du siècle. Mais comme il eût été injuste de les laisser sans emploi, on les en fournissait par personne interposée, en adressant ceux qui se présentaient de leur part chez les plus anciennes et « preudes femmes » de vies et mœurs exemplaires.

Aux malportants, on indiquait des remèdes ; « le médecin ordinaire, remarquait l'Inventaire, ne devant désirer que le soulagement de son malade, d'autant plus aisé qu'on réveille sa mémoire par quelque proposition. » On donnait consultation aux plaideurs « qui voudraient savoir si l'avis d'autres avocats non intéressés en la conduite de leurs affaires se rencontrerait pareil à celui que leur conseil leur a donné ».

Les touristes trouvaient des listes d'hôtels, des itinéraires en pays « étranges », les jours et heures du « partement » des courriers et messageries. Les amateurs de curiosités pouvaient vendre et « acheter toutes choses exquises », si tant est que puissent figurer sous cette rubrique même des coquillages et

des instruments de mathématiques, des fruits pendant par les racines, des bois sur pied et des moulins sur l'eau. On vendait des brevets, on achetait des fonds de commerce, on prêtait de l'argent, tout cela pour trois sous.

Pour nos trois sous nous y pouvons entrer
Et trouver quelque chose ou blanque.

Le premier bureau d'adresses n'ouvrirait ses portes que dans quelques mois, en 1630. Il faudrait encore deux ou trois ans pour que les annonces, au lieu de figurar sur un registre fussent portées à domicile par le truchement d'une feuille d'avis agrémentée de quelques faits divers. Ce n'est qu'en 1632 ou 1633 que seigneurs et bourgeois, en leur logis, les pieds sur les chenets, pourraient sans se déranger pour courir au bureau d'adresses lire les réclames aussi alléchantes que celles-ci ; « A vendre une chesne de deux cent perles rondes et blanches du prix de 25 écus pièce » ; ou : « On demande compagnie pour aller en Italie dans quinze jours » ; ou même : « On vendra un jeune dromadaire à prix raisonnable ».

Mais déjà dans l'Inventaire présenté à l'agrément du conseil de Parlement le 9 août 1629, toute la publicité commerciale était en germe ».

Souvenirs sur Daniel Vierge. — Jérôme et Jean Tharaud, qui connurent Daniel Vierge, viennent de publier sur lui des souvenirs où ils célèbrent magnifiquement l'homme qui, avec Gustave Doré, fut le plus grand illustrateur du siècle dernier (*Figaro* 20 juin 1929). Nous en extrayons le passage où il est question de la maladie du génial artiste :

.... Il lui était arrivé une sinistre aventure. Le jour où l'on fêtait le quatre-vingtième anniversaire d'Hugo, après avoir vu défiler, dans la brume et le froid, tous les corps de métier devant la maison du poète, il était rentré chez lui, rue du Cherche-Midi,, avec une irrésistible envie de dormir. Il commanda de l'éveiller à trois heures du matin, pour qu'il pût faire sur la cérémonie le dessin que, chaque semaine, il donnait au *Monde Illustré*. Lorsque sonnérent trois heures, il semblait si profondément dormir qu'on ne l'éveilla pas. A midi, il dormait encore, On veut le réveiller, on le secoue, on s'aperçoit qu'il est paralysé. Une saignée peut-être l'eût sauve. Personne n'appelle un médecin. On le croit perdu, on l'abandonne. Cet abandon fut son salut. Il est si seul qu'il doit se soigner lui-même, se traîner dans sa chambre pour se servir. Une lutte magnifique s'engage entre la maladie et cet homme de trente ans. La maladie lui avait pris la main, la jambe droite, la langue, la moitié du cerveau. Dès qu'un peu de force lui revient, il quitte Paris, s'installe à Meudon, rapprend à marcher sur une route au bras d'un ami. Mais sa main, l'instrument de son génie, ses doigts qui avaient animé tant de héros imaginaires, restaient inertes et le demeurèrent toujours. Sa voix non plus ne revint pas. Il ne savait plus lire, Les mots s'étaient envolés de sa tête comme les oiseaux d'une cage : Ils n'y rentrèrent jamais. Mais sa mémoire des gestes, des attitudes, des physionomies, demeurait, par miracle, intacte. Son imagination aussi, et ce qu'il y avait sans doute de plus indestructible en lui, la joie.

Peu à peu sa main valide s'habitua à dessiner. Il se mit à sa propre école, donna des leçons à sa main gauche, lui enseigna l'expérience de sa droite. De nouveau *Pablo de Ségovie*, dont il illustrait les aventures quand la maladie l'avait surpris, reprit la vie sous ses doigts et recommença de courir les auberges d'Espagne, répandant dans le petit monde des amateurs d'art la nouvelle que Vierge était toujours vivant. Jamais il ne montra plus d'esprit, de mouvement, de fantaisie, de grâce et d'abondance.



NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. Hervé, médecin général de 2e classe.

Au grade d'officier. — M. Brochet, médecin en chef de 2e classe ; MM. Bouthillier, Brun et Ségard, médecins principaux.

Au grade de chevalier. — MM. Germain, Gaïc, Le Guillon de Creisquer, Ramond, Averous, médecins de 1re classe.

Médaille d'honneur des épidémies. — Des médailles d'honneur des épidémies ont été décernées aux personnes ci-après désignées en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Pallasse, Gravier, Goyet, médecins des hôpitaux de Lyon ; Duroux (de Sainte-Foye-lès-Lyon) ; Dodero et Condomine, médecins chefs de service à l'asile d'aliénés de Bron ; Girard, médecin capitaine des troupes coloniales ; Rougelet, médecin capitaine, chef de l'infirmerie-hôpital de Ben-Gardane ; Barral (d'Ecully).

MM. Perret, interne à l'hôpital-hospice de Sainte-Foy-lès Lyon ; Naussac et Moulinier, internes des hôpitaux à l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon ; Mme Dubois, interne des hôpitaux de Lyon ; Benoist, interne à l'hôpital Trousseau ; Fayot, interne à l'hôpital Lariboisière ; Cuilleret, interne des hôpitaux, à Lyon.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Betoulières (de Marseille), Thibaudeau (de Férignac), Bourrat (de Lyon), Rolland (d'Oullins), Reure et Proby (de Saint-Genis-Laval), Petit (de Sainte-Foy-lès-Lyon), Lannois (de Tassin-la-Demi-Lune), Jurie des Camiers (d'Oullins), de Giverdey et Girard (de Tassin-la-Demi-Lune), Gelin (de Champagne-au-Mont-d'Or), Gabourd (de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or), Feuillade (d'Ecully), Durand (de Caluire-et-Cuire), Defrain (d'Oullins), Gros (de Pierre-Bénite), Crémieu (de Lyon), Chopin (d'Oullins), Châtillon (d'Ecully), Bessière (d'Oullins), Bertrand (de la Mulatière) Bertholley (d'Oullins), Bachmann et Mme Bachmann (de Sainte-Foy-lès-Lyon), Camus, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Zolotiloff-Boris (de Sousse).

MM. Louyot, interne en médecine à Nancy ; Carle, Blanc, Dugois et Levet, internes des hôpitaux de Lyon ; Chevalier, interne à l'hôpital-hospice de Sainte-Foy-lès-Lyon ; Beuzart, interne à l'hôpital Tenon ; Soulié, interne à l'hôpital Beaujon ; Lelourdy, interne à l'hôpital Claude-Bernard ; Baize, interne à l'hôpital Saint-Antoine ; Flandrin et Duncombe, internes à l'hôpital Beaujon.

Mlle Silhol, externe en médecine à Montpellier ; MM. Bulart, externe en médecine à Reims ; Saint-Arroman, externe des hôpitaux à Lyon ; Baratoux, Ménétrel et Patey, externes à l'hôpital Trousseau ; Ozenat, externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades.

M. Samsoen, étudiant en médecine à Roubaix.

ME. Oudjari, Masslas, Laverré et Bernard, élèves à l'Ecole de santé militaire de Lyon.

L'avancement des officiers de réserve du Service de santé. — Un décret vient de fixer la constitution des cadres des officiers de réserve du Service de santé et leur avancement.

Ces cadres comprennent : 1° des médecins, depuis le grade de



médecin sous-lieutenant jusqu'à celui de médecin colonel ; 2° des pharmaciens, depuis le grade de pharmacien sous-lieutenant jusqu'au grade de pharmacien colonel ; 3° des dentistes militaires, du grade de dentiste militaire de 2e et de 1re classe.

Les médecins et pharmaciens sous-lieutenants, les dentistes militaires de 2e classe et les sous-lieutenants d'administration de réserve sont promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent quatre années de grade de sous-lieutenant et s'ils ont accompli une période d'exercices avec ce grade.

Les médecins et pharmaciens lieutenants de réserve, les lieutenants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six ans de grade de lieutenant et ont accompli avec ce grade deux périodes d'exercices. Une seule période est exigée lorsqu'ils proviennent des médecins ou pharmaciens lieutenants ou lieutenants d'administration du Service de santé démissionnaires de l'armée active.

Les médecins et pharmaciens capitaines de réserve, les lieutenants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de grade de capitaine et ont accompli avec ce grade deux périodes d'exercices et sous réserve de conditions analogues pour le franchissement de grade à celles qui sont ou pourront être exigées des officiers du Service de santé de l'armée active. Une seule période est exigée pour ceux de ces officiers qui proviennent des médecins ou pharmaciens capitaines ou des capitaines d'administration du Service de santé retraités ou démissionnaires de l'armée active.

Les médecins et pharmaciens commandants de réserve les commandants d'administration de réserve peuvent être promus au grade supérieur s'ils comptent quatre années de grade de commandant et ont accompli avec ce grade une période d'exercices et sous réserve de conditions analogues pour le franchissement de grades qui sont ou pourront être exigées des officiers du Service de santé de l'armée active. Aucune période n'est exigée pour ceux de ces officiers qui proviennent des médecins ou pharmaciens commandants ou des commandants d'administration du Service de santé retraités ou démissionnaires de l'armée active.

Peuvent être promus médecins ou pharmaciens colonels, lorsqu'ils comptent quatre ans de grade de lieutenant-colonel les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels de réserve provenant des officiers retraités de l'armée active, et, à titre exceptionnel, s'ils ont, en outre, accompli une période d'instruction avec leur grade, les médecins et pharmaciens lieutenants-colonels de réserve qui ont rendu des services signalés en collaborant à la préparation militaire scientifique, industrielle et technique de la défense nationale.

BIBLIOGRAPHIE

La coxite gonococcique, par Marthe Lamy. Un volume in-8 raisin (25 × 16) de 250 pages avec 31 figures 35 fr. Gautier-Villars et Cie, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

Dans le groupe des arthrites graves de la hanche, il faut désormais faire une place plus importante à la coxite gonococcique. Elle constitue une entité pathologique bien définie dont les conséquences, chez l'adulte comme chez l'enfant, sont redoutables.

Cette étude est basée sur 180 observations environ qu'il a été possible de retrouver dans la littérature, auxquelles l'auteur a joint 11 cas nouveaux recueillis en peu de temps dans divers services hospitaliers.

Au cours des chapitres successifs, on y trouvera, après un historique complet de la question, l'étude des notions étiologiques, des lésions anatomiques, de la pathogénie de ces arthrites. Plusieurs

chapitres sont consacrés à la symptomatologie avec ses diverses formes cliniques, aux complications (luxations pathologiques et enfoncement du cotyle en particulier) et au traitement. Une place importante est réservée aux coxites gonococciques de l'enfance.

Enfin le diagnostic est discuté aux divers stades de la maladie, et de très nombreuses figures viennent illustrer les données fournies par la radiographie.

Images hippocratiques. Douze estampes, bois gravés par le Dr Honoré BROUTELLE, présentées par le Dr Paul RABIER. Deuxième fascicule, supplément de la Revue l'*Art Médical*.

Des images Hippocratiques? des images relatives à la vie d'HIPPOCRATE, allez-vous dire. Pas du tout. Des images de la vie de ses disciples de nos jours, de la vôtre, cher confrère, de celle que vous menez tous les jours. Feuilletez et voyez plutôt, prises sur le vif et commentées avec l'humour et la tournure d'esprit qui lui sont si personnelles, par le Dr Paul RABIER, successivement, les scènes de la *maudite sonnette de nuit*, du gain imprévu d'*aimables parasites*, de la *statufication du rebouteux célèbre*, du *piège des assurances sociales*, de l'*omni re scibili*... exigé du praticien, des *aventures du trimard médical*, avec l'auto, du *renouvellement du serment d'Hippocrate*, des *amabilités du jeune confrère* concurrent, du *malade dissimulateur*, de la *consultation du Dr Tant pis avec le Dr Tant mieux*, des *propos lâchés* à tout venant. Au total douze scènes quotidiennes, traduites avec d'autant plus de réalisme que le Dr BROUTELLE les vécut avant que de les graver. Douze scènes gaies et tristes, comme la vie, et dont la vue amènera sur la bouche de nos confrères, selon, un sourire ou un pli de tristesse et qu'en tout cas ils conserveront comme on garde un souvenir de famille.

Journal d'un bourgeois de Paris sous Charles VI et Charles VII. Préface et notes d'André MARY. Un vol de la collection *Jadis et naguère* avec 13 gravures hors texte. Prix : 20 fr. Henri Jonquières, éditeur, 21, rue Visconti, Paris.

Le journal d'un bourgeois de Paris sous Charles VI et Charles VII, est une des plus précieuses chroniques qui nous soient parvenu[es] de ces temps troublés. Aussi le lira-t-on avec plaisir. Il nous repré[sente], en dépit de la différence des temps, des types qui n'ont pa[s] cessé d'exister, le bourgeois et le peuple de Paris. Et l'édition [a] été établie d'excellente façon, par M. André Mary.

Un complément aux mémoires d'Outre-Tombe. Mémoires et lettr[es] de Madame de Chateaubriand. Préface et notes par Joseph L[E] GRAS. 1 vol. de la collection *Jadis et naguère*, avec 8 gravure[s] hors texte. Prix : 20 fr. Henri Jonquières, éditeur, 21, rue Vis[conti], Paris.

Les mémoires de Mme de Chateaubriand n'avaient été publi[és] jusqu'ici que partiellement et à petit nombre. Ses lettres n'avaien[t] jamais été réunies ; il faut donc savoir gré au Dr Joseph Le Gra[s] de cette édition qui, en servant de complément aux Mémoire[s] d'Outre-Tombe, fera mieux connaître dans leur intimité le vicomt[e et] la vicomtesse et leurs amis.





NOUVELLES

XVIe Congrès annuel d'hygiène (Paris, Institut Pasteur, les 8, 9 et 10 octobre 1929). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès tiendra séance les mardi 8, mercredi 9 et jeudi 10 octobre 1929, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le docteur Georges Brouardel, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker, membre du Conseil supérieur d'hygiène, président de la Société pour 1929.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XVe).

L'inscription est gratuite ; mais seuls MM. les membres de la Société de médecine publique recevront le numéro que le *Mouvement Sanitaire* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Rapports. — 1° *Laboratoires et hygiène. — Contrôle des laboratoires.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Lisbonne et Rochaix : M. le docteur Dejust.

2° *Intoxications accidentelles au cours de la désinfection des locaux d'habitation par le gaz cyanhydrique.* — Rapporteur : M. Kohn-Abrest, directeur du laboratoire de toxicologie à la Préfecture de police.

3° *Rapports des services d'hygiène avec la surveillance et la protection de l'enfance.* — Rapporteur : M. le docteur Bussière, directeur des services d'hygiène de la ville de Montluçon, secrétaire général du Syndicat des médecins hygiénistes français, et le docteur Pissot, médecin de l'Office des pupilles de la Nation, en Seine-et-Oise.

Conférence. — M. le docteur René Martial : L'immigration en France dans le passé et de nos jours. — Technique. — Législation.

M. Dujarric de la Rivière : Les services maritimes et quarantenaires d'Egypte.

Visites. — Visite du service de M. le docteur Jules Renault à l'hôpital Saint-Louis (salles d'hôpital munies d'un système de ventilation permanente avec chauffage en hiver, rafraichissements en été et humidification constante).

La Société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui seront adressés avant le 15 août 1929.

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui seront strictement appliquées :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de 5 pages (pages de 39 lignes ; lignes de 52 lettres), format du *Mouvement sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ;

2° Les manuscrits devront être remis en séances ;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur*, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris ;

5° Faire précéder le texte d'un résumé de 4 à 5 lignes qui figurera en caractères gras en tête de la communication ;

6° Remettre en séance un résumé (10 à 15 lignes), en plusieurs exemplaires destinés à la presse.

A propos de la grève des médecins de Mulhouse. — On lit dans le *Nouvelliste de Lyon* (18 juillet 1929) l'annonce suivante:

La Caisse générale de malades de Mulhouse-Ville (assurance-maladie obligatoire, 30.000 assurés) cherche *pour de suite* médecins praticiens et médecins spécialistes ; conditions très avantageuses, minimum de traitement garanti. Traitement de la clientèle privée sans aucune restriction. S'adresser au comité directeur de la Caisse générale de malades de Mulhouse-Ville (Haut-Rhin).

Ce *pour de suite* est d'un français qui conviendra parfaitement aux métèques attirés par ces postes ; et tout sera pour le mieux ; la Caisse générale de Mulhouse et ses mercenaires pourront s'entendre puisqu'ils parleront la même langue.

Confrères, méfiez-vous ! — La Caisse générale Mulhouse-Ville a fait paraître dans la plupart des grands journaux quotidiens une annonce par laquelle elle cherche des médecins attitrés.

Nous rappelons aux confrères que le Syndicat médical de Mulhouse, qui groupe la totalité des médecins de la région, est en grève administrative avec cette Caisse.

Il avait — pour terminer le conflit — accepté toutes les conditions financières que lui imposait la Caisse, mais ne peut admettre qu'un médecin marron, engagé pendant la grève, soit gardé par la Caisse à un poste quelconque et la lutte se poursuit sur cette unique question. A la suite de son engagement, ce médecin a d'ailleurs été exclu de la communauté confraternelle.

Les confrères, qui seraient tentés de répondre à cette annonce, sont donc priés de s'adresser, en tout cas avant de prendre n'importe quel engagement, au Syndicat médical de Mulhouse qui les éclairera sur le rôle, pour le moins douteux, que veut leur faire jouer la Caisse générale Mulhouse-Ville.

Aucun médecin ne doit se laisser tenter par les offres de la Caisse Mulhouse-Ville.

Evitons la fonctionnarisation, encore plus la domestication ! (*La Confédération des Syndicats médicaux français.*)

La villégiature à Paris. — La Direction du *Foyer des dames* vient d'aménager dans un vaste pavillon, sis à proximité du bois de Saint-Mandé et entouré de jardins, une cinquantaine de lits pour y recevoir des jeunes filles (fonctionnaires, employées, dactylogra-

phes, étudiantes et autres) dignes d'intérêt, qui malheureusement ne peuvent se déplacer pour aller à la campagne ou à la mer.

Pour faciliter leur séjour, la Direction a établi des prix modérés, accessibles à leurs bourses, soit :

Pour un séjour d'un mois (logement, éclairage, eau, y compris 3 repas) : 450 fr.

Pour un séjour de quinze jours : 250 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction du *Foyer des dames*, 37, rue des Marguettes, Paris 12e.

Antibes. — La ville d'Antibes, venant de décider la création d'un Bureau d'hygiène, recherche un directeur de ce bureau. MM. les docteurs désirant postuler à cet emploi sont priés de bien vouloir faire parvenir, dans le plus bref délai possible, leur candidature à M. le Maire d'Antibes. Traitement : 18.000 fr. par an.

Médecins électro-radiologistes présents à Paris durant les vacances. — Pour répondre aux demandes de nombreux praticiens le syndicat nous communique le nom de ses membres présents à Paris :

Du 1er au 31 août : MM. Aubourg, Chemin, Charlier, Cottenot, Gibert, Le Goff, Levy-Lebhar, Lifschitz, Nadal, Quivy, Renaux, Thoyer-Roza ;

Du 1er au 15 : MM. Chéron, Colaneri, Gilson, Haret, Renaudeaux, Schmidt ;

Du 15 au 30 : MM. Beau, Dariaux, Moutard, Pornot.

Le Congrès international de chirurgie. — Le huitième congrès de la société internationale de chirurgie s'est tenu à Varsovie du 21 au 25 juillet, sous le haut patronage de M. Ignacy Moscicki, président de la République polonaise, et sous la présidence du professeur H. Hartmann, de Paris. Près de quatre cents chirurgiens de diverses nationalités s'étaient rendus à ce congrès dont l'activité a été très grande et le succès très vif, faisant honneur au comité d'organisation et au secrétaire général, le professeur Mayer, de Bruxelles. Ni l'Allemagne, ni l'Autriche, ni la Hongrie n'étaient représentées.

Les questions à l'ordre du jour étaient : l'embolie postopératoire, avec un rapport du professeur E. Forgue, de Montpellier ; les résultats de la résection de l'estomac dans le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal, avec un rapport du professeur G. Lardennois, de Paris ; le goître exophtalmique, avec un rapport du professeur L. Bérard, de Lyon ; la chirurgie réparatrice de la hanche, avec un rapport du professeur P. Mathieu, de Paris.

M. Laroche, ambassadeur de France, a assisté à la séance inaugurale et a offert un déjeuner en l'honneur des congressistes français. Après hommage rendu par les membres du congrès au soldat polonais inconnu, le professeur Hartmann et les chirurgiens français ont porté une couronne, en témoignage de souvenir, au monument élevé aux officiers et soldats de France morts pour la Pologne en 1919 et 1920. Sur l'invitation du gouvernement espagnol, la prochaine réunion de la société internationale de chirurgie, en 1932, se tiendra en Espagne.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXIVe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Lille, du 21 au 26 juillet 1930.

Président : M. le professeur Abadie, de Bordeaux.

Vice-président : M. le Dr Pactet, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

Secrétaire général : M. le Dr Pierre Combemale, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, médecin des Asiles.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIVe session.

Psychiatrie : Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. — Rapporteur : M. le Dr Lamache, ancien chef de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris.

Neurologie : Les réflexes de posture élémentaires. — Rapporteur : M. le Dr Delmas-Marsalet, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Assistance psychiatrique : L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades présentant des troubles mentaux. — Rapporteur : M. le Dr Calmettes, médecin-chef de l'asile de Limoges.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Dr Pierre Combemale, secrétaire général de la XXXIVe session, 93, rue d'Esquermes, à Lille.

Le prix de la cotisation est de 50 francs pour les membres adhérents et de 30 francs pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 10 juin 1930 recevront les rapports dès leur publication.

Clinique chirurgicale infantile. — Un cours de clinique infantile, aura lieu sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, avec le concours de MM. Lance, assistant d'orthopédie ; Huc, Aurousseau, Fèvre et Saint-Girons, chefs de clinique et chef de labora-

toire, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant.

Il comprendra 30 leçons et des examens de malades. Il commencera le lundi 16 septembre 1929 et sera terminé le mercredi 2 octobre 1929.

Sont admis au cours de révision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs pour chaque cours.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Journée médicale de Brides-les-Bains. — Une journée médicale aura lieu à Brides-les-Bains (Savoie) au début de la saison 1930. Cette réunion est placée sous le haut patronage ou avec la participation active des professeurs Achard, Carnot, Marcel Labbé, Rathery, Loeper, Villaret, Piéry, Surmont, Perrin, Giraud, Sellier, P. Merklen, des Drs Laubry, Sainton, Claisse, Bensaude, Trémolières, Harvier, Fiessinger, Stevenin. Des rapports sur diverses questions d'ordre biologique, clinique, ou thérapeutique, ayant trait à l'obésité seront présentés. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Dr Kermorgant, Société médicale de Brides-les-Bains (Savoie).

Pour les médecins de nos services coloniaux. — Un de nos lecteurs, médecin de l'Assistance médicale en Indochine, nous exprime le desir, assez naturel, que l'A. D. R. M. donne aux médecins civils français de l'Assistance médicale en Indochine les mêmes avantages qu'elle accorde aux étudiants et confrères étrangers.

« Le corps des médecins civils de l'Assistance de l'Indochine, ajoute-il, est malgré maints déboires parvenu à sa majorité. Il représente actuellement dans ce grand pays la science médicale française. Chargés de la direction médicale de vastes provinces et d'hôpitaux importants, les médecins civils de l'A. M. doivent tout faire et bien faire tout : médecine, chirurgie, laboratoire, hygiène, prophylaxie, spécialités. Sous leurs ordres travaillent des médecins indochinois qu'ils sont chargés de former. Chaque année c'est par dizaines de mille que se comptent les malades hospitalisés et consultants, par centaines de mille les indigènes de chaque province que le médecin doit protéger contre les endémies et les épimies. Sous peine d'une cristallisation regrettable dans une pratique et une théorie qui vieillissent vite les médecins de l'A. M. ont le plus grand intérêt à se mettre au courant des incessants progrès de leur art.

Or jusqu'ici, personne ne semble s'être intéressé à eux. Lorsqu'ils rentrent en France après le surmenage physique et moral de trois années ou plus au cours desquelles ils ont donné sans compter le meilleur d'eux-mêmes, ils doivent, s'ils désirent travailler, abréger leur court congé de six mois et frapper timidement aux portes des services où nul ne les connaît.

Les médecins militaires, eux, trouvent dans leurs hôpitaux l'aide dont ils ont besoin. Les médecins civils, n'ayant aucune maison-mère, si je puis m'exprimer ainsi, sont partout des étrangers.

Puisque leurs organisateurs ne paraissent pas avoir le souci de donner aux médecins civils les facilités de travailler en France, les médecins de l'A. M. en Indochine s'adressent à vous, Maîtres des Facultés, qui les avez formés. Ils vous demandent de ne pas abandonner ceux de vos disciples qui sont venus dans un lointain pays porter le renom et la conscience de la médecine française.

Comme aux étrangers, plus qu'aux étrangers, ouvrez-leur grandes les portes de vos services, de vos salles d'opération, de vos laboratoires.

Lesquels de vous, maîtres respectés, voudront s'intéresser à cent cinquante médecins français qui vous demandent secours ?

Société des amis de l'Internat. — La Société des « Amis de l'Internat », dont la première assemblée générale a eu lieu à l'occasion du dernier banquet de l'internat, est déjà entrée dans la voie des réalisations. Grâce à l'empressement de nombreux souscripteurs, elle peut, après moins d'un an d'exercice, atteindre déjà le but que s'étaient proposés ses fondateurs.

C'est ainsi que le conseil d'administration, dans sa séance du 3 juillet 1929, a pu désigner la thèse très remarquable d'un interne en exercice et allouer à son auteur la somme nécessaire au paiement des frais de son illustration ; dans la même séance, le conseil a décidé également d'allouer à la Bibliothèque de l'internat, nouvellement aménagée à l'Hôtel-Dieu, la somme de deux mille francs, destinée notamment à l'enrichir en abonnements de publications étrangères.

Rappelons que font partie de la « Société des amis de l'Internat » non seulement les Internes et anciens Internes (membres titulaires cotisation 30 fr. Rachat 300 fr.), mais tous ceux qui, à un titre quelconque désirent témoigner leur sympathie à l'Internat de Paris. (Membres associés 50 fr. Rachat 500 fr.)

Afin de permettre à la Société de pouvoir prochainement être reconnue d'Utilité publique et recevoir ainsi des dons et des legs importants, lui donnant le moyen d'étendre ses bienfaits, dont les décisions ci-dessus sont un premier exemple, il est fait un appel pressant à tous ceux qui n'ont pas encore envoyé leur souscription au dévoué trésorier (Docteur Jonier, Trésorier des Amis de l'Internat 3 rue Daru, Paris VIIIe Chèques postaux c/c n°1255-18 Sté des Amis de l'Internat, 3, rue Daru. Paris VIIIe.

Pour tous renseignements s'adresser au Docteur Henri Godlewski, Secrétaire général-14, rue Théodule-Ribot. Paris XVe.

Nécrologie. — Dr Gustave Desmons, médecin colonel en retraite, ancien rédacteur en chef du journal *le Réveil du Nord*.

TRAVAUX ORIGINAUX

Cancer et cicatrices,

Par Auguste LUMIÈRE.

« Le cancer, maladie des cicatrices », tel est le titre que nous avons donné à un récent ouvrage, espérant susciter, de la part des cancérologues, quelques remarques susceptibles d'être discutées en vue de pénétrer, si possible, plus avant dans la connaissance des phénomènes encore bien obscurs qui entourent la génèse des néoplasies (1).

Dans ce travail, nous n'avons donc pas eu la prétention, toujours excessive en matière scientifique, de formuler des opinions définitives ; notre but, beaucoup plus modeste, s'est limité à serrer de plus près qu'on ne l'avait fait antérieurement, quelques-uns des problèmes relatifs aux tumeurs malignes et de combattre certaines erreurs qui les concernent.

Avant d'aborder la discussion des objections qui nous ont été présentées, rappelons les principales conclusions telles qu'elles figurent dans notre ouvrage.

1° Trop souvent on réunit, sous le nom de cancer, des maladies qui sont essentiellement différentes les unes des autres, quant à leur étiologie, leur pathogénie, leur évolution, etc. ; aussi a-t-on jeté la plus grande confusion dans la question qui nous occupe lorsqu'on a appliqué à certains types de tumeurs les constatations faites pour d'autres proliférations.

Si l'on veut parvenir un jour à élucider l'énigme de la cancérose, il est absolument indispensable de ne pas tirer de l'étude du sarcome de Rous, par exemple, ou du sarcome ou des tumeurs mixtes de la parotide et de l'ovaire, des déductions qui ne peuvent concerner respectivement que chacune de ces hyperplasies et qui ne sont nullement applicables à des tumeurs d'une autre nature, telles que l'épithélioma. Chacune de ces néoformations constitue une entité nosologique entièrement indépendante des autres.

Le sarcome de Rous est, en effet, une maladie infectieuse, les tumeurs mixtes résultent de la prolifération de débris embryonnaires demeurés en inclusion accidentelle dans les tissus au cours du développement fœtal, tandis que l'épithélioma est, pour nous, une maladie des cicatrices. En attribuant à l'une de ces affections les constatations faites pour une autre, on agit comme si l'on voulait transporter dans le paludisme les observations que l'on aurait pu faire à la suite de l'étude de la fièvre typhoïde.

Il faut donc séparer, définir et classer les maladies tumorales, non pas en se basant sur des caractères qui, comme les dispositions histologiques, peuvent être communs à plusieurs types de tumeurs, mais en considérant leur pathogénie.

C'est effectivement la classification causale qui est sans conteste la plus rationnelle et la plus féconde puisque c'est à partir du moment où l'on a déterminé les causes que l'on a le plus de chances d'instituer les véritables remèdes.

En ce qui regarde les néoplasmes, ces causes ne sont encore que très imparfaitement précisées et c'est pour cela que la classification pathogénique des tumeurs ne peut être que provisoire ; en attendant qu'elle se précise, les confusions qui mêlent les symptômes des épithéliomas, des sarcomes et des autres néoformations ne doivent plus continuer à se produire.

2° Nous croyons avoir mis au point la question de la flore des cancers en démontrant que tous les microorganismes qui ont été considérés par de très nombreux auteurs comme des agents de la cancérisation ne sont que des germes complètement indépendants du processus prolifératif.

Quand les ensemencements de tous les fragments d'une même tumeur donnent des cultures positives, le microbe qui pousse est généralement le streptocoque, moins souvent le staphylocoque et plus rarement encore le mélange des deux cocci ; dans ces cas, la tumeur étant ulcérée ou siégeant au voisinage immédiat du tube digestif, ce sont les agents de l'infection secondaire que l'on cultive ainsi et qui n'ont aucun rapport avec la prolifération.

Lorsque quelques-uns seulement des fragments ensemencés végètent, la pullulation microbienne provient soit d'une faute de technique bactériologique, soit de spores de saprophytes que l'on rencontre habituellement dans tous les tissus normaux et qui y demeurent à l'état de vie latente.

C'est pour ne pas avoir contrôlé leur technique ou pour avoir négligé de procéder à des ensemencements témoins de tissus non cancéreux que les auteurs précités ont pris pour des microbes du cancer un certain nombre de germes qui n'ont rien à voir avec la pathogénie de l'affection.

Il n'y a pas, en somme, dans les cancers non infectés secondairement, d'autres microbes aérobies, cultivables par nos méthodes actuelles, que ceux qui peuvent se trouver dans tout tissu normal.

3° Nous pensons aussi avoir ruiné une autre légende qui est celle des cancers familiaux et des maisons à cancers.

Le calcul des probabilités appliqué aux statistiques des tumeurs malignes démontre que les cas où le mari et la femme sont tous deux atteints de cancérose ne sont pas plus nombreux que ceux qui nous sont indiqués par les lois du hasard ; il en est de même pour les coïncidences qui doivent réunir inévitablement, dans le même immeuble, un certain nombre de cancéreux.

Par exemple, le nombre de décès par cancer, dans une région donnée, représentant le quinzième de la mortalité totale, le calcul des probabilités nous enseigne que, sur 225 ménages, on en trouvera forcément un, en moyenne, dont les deux conjoints meurent de cancer.

Nous avons cherché à vérifier l'exactitude de cette proportion, sans même arriver au pourcentage prévu, parce qu'elle ne s'applique qu'à un très grand nombre de cas et que nous avons pu tomber sur une série défavorable ; d'autre part, il est des cas qui échappent au démographe parce que les statistiques ne répondent pas toujours à la réalité.

Il en est de même pour les maisons à cancer : nous avons établi un parallèle, pour la ville de Paris, entre le casier sanitaire par maison, dressé pour le cancer par Juillerat en 1916, et le calcul des probabilités et ce parallèle n'est nullement en faveur des maisons à cancer.

Sur les 80.639 immeubles de Paris, en 1916, le calcul nous indique que 14.826 d'entre eux devaient enregistrer un décès par cancer, pendant la période de huit années considérée ; en réalité, il y a eu 14,780 maisons qui se sont trouvées dans ce cas ; le nombre des immeubles qui auraient dû fournir deux morts par cancer pendant le même temps aurait dû s'élever, d'après les seules lois du hasard, à 7.413, alors qu'effectivement on a compté 7.175 maisons remplissant cette condition. Comme on le voit, la concordance est presque complète. Elle est un peu moins satisfaisante pour les immeubles enregistrant trois, quatre et cinq décès par cancer que le calcul évalue respectivement à 2.301, 462 et 75, alors que les nombres réels ont été 700, 181 et 48 ; la réalité étant inférieure au calcul qui nous enseigne, en outre, que l'on aurait dû compter 10 immeubles avec six décès par néoplasie alors qu'on en rencontre 13.

L'accord est très approché ; s'il n'est pas complet, cela provient de ce que toutes les maisons ne renferment pas le même nombre d'habitants, comme on le suppose dans le calcul, et que les lois de la probabilité ne sont exactes

(1) Auguste LUMIÈRE. — Le cancer, maladie des cicatrices. (Paris, Masson, éditeurs 1929.)

que quand elles s'appliquent à un nombre de cas très grand.

Il n'en est pas moins vrai que ce calcul nous prouve que la réunion dans un même immeuble de plusieurs cancéreux est due seulement au hasard, l'immeuble n'y est pour rien.

4º Nous pensons avoir réussi à prouver que le cancer n'est pas contagieux, en nous basant sur l'absence de germes spécifiques dans les tumeurs, sur l'impossibilité de l'inoculation, sur l'inexistenee de la contagion dans les hôpitaux et les centres anti-cancéreux, sur la possibilité de provoquer expérimentalement des tumeurs épithéliomateuses au moyen d'agents physiques et chimiques. L'hypothèse contagioniste n'est compatible, ni avec le fait que les irritations prolongées, de quelque nature qu'elles soient, sont capables d'engendrer des épithéliomes, ni avee la nécessité du vieillissement des cicatriees avant leur dégénérescence, ni avec celle d'un traumatisme secondaire sans lequel le processus prolifératif ne peut pas se manifester.

Nous avons répondu, en outre, aux arguments divers qui ont été avancés en faveur de la contagiosité de la maladie et tirés des observations faussement interprétées des cancers conjugaux, des maisons et localités à cancer, de la flore mythique des néoplasmes, de la pseudo-contagion des cages, etc.

5º Nombreux sont les auteurs qui ont injecté des extraits de tumeurs à des animaux sans obtenir des résultats constants : tantôt ces extraits étaient fort toxiques, tantôt on pouvait les introduire impunément dans la circulation. Nous avons expliqué sans peine ces différences et les contradictions qui caractérisent les travaux effectués dans ce sens par les différents auteurs ; il nous a suffi de nous reporter pour cela à nos expériences sur la toxicité des extraits de tissus normaux qui font ressortir la grande variabilité des effets suivant la manière de préparer les extraits et suivant leur âge. Les phénomènes toxiques observés dans tous les cas résultent de l'incompatibilité colloïdale entre ces extraits et le plasma circulant ; par leur mélange, il se fait des floculations plus ou moins abondantes, plus ou moins agressives qui engendrent tous les troubles observés ; il n'y a aucun poison dans ces extraits, qui ne sont nocifs que par les précipitations qu'ils déterminent dans la circulation des animaux auxquels on les administre.

***

Indépendamment des différents problèmes cancérologiques jusqu'ici très controversés et que nous pensons avoir mis au point, nous avons surtout cherché, dans notre ouvrage, à préciser la pathogénie de l'épithélioma dont nous avons fait une maladie des cicatrices, pour les raisons que nous allons très sommairement résumer.

Après avoir cité, à titre d'exemple, un nombre considérable d'observations, nous sommes arrivé à cette conclusion que, dans l'immense majorité des cas, le carcinome apparaît sur de vieilles lésions cicatricielles, quelle que soit la cause, mécanique, physique, chimique, parasitaire ou infectieuse qui l'ait engendré.

Deux graves questions se sont alors présentées à notre esprit :

1º La formation préalable d'une cicatrice est-elle nécessaire et indispensable à la génèse du cancer ?

2º Pourquoi certaines cicatrices sont-elles frappées de dégénérescence cancroïdale, tandis que d'autres ne donnent lieu à aucune prolifération tumorale ?

Le parallélisme entre la fréquence des lésions cicatricielles et la fréquence du cancer est depuis longtemps établi et admis par tous les cancérologues : les irritations chroniques, les ulcérations prolongées sont, de l'avis de tous, des points d'appel pour l'épithélioma et ce fait est déjà fort suggestif, en ce qui regarde la nécessité d'une altération tissulaire préparant l'hyperplasie.

D'autre part, on peut citer un certain nombre de cas dans lesquels la dégénérescence cancéreuse ne se produit pas s'il n'y a pas eu de lésion antérieure : c'est ainsi que l'on ne rencontre le cancer des voies biliaires que chez les lithiasiques ; c'est ainsi que le cancer primitif du poumon était propre autrefois aux mineurs du Schneeberg (63 décès pour cette cause, en 1869, sur 650 ouvriers), c'est ainsi que le cancer de la paroi abdominale ne se voit que chez les paysans du Caucase qui présentent, à ce niveau, des cicatrices de brûlures occasionnées par le port du « Kangris » ; c'est ainsi que le cancer de la face interne de la joue, chez la femme, est uniquement l'apanage des tribus qui chiquent le bétel ou fument des pipes, traumatisant la muqueuse jugale ; c'est ainsi que les épithéliomes scrotaux sont particuliers aux ramoneurs et aux fileurs, précisément parce que leur profession les expose à l'action de poussières irritantes qui viennent se loger dans les plis du scrotum où elles entraînent la formation de petites ulcérations, puis de cicatrices ; c'est ainsi que le carcinome de l'oreille de la brebis n'existe que dans certaines contrées couvertes de taillis épineux qui provoquent des lésions auriculaires répétées chez ces animaux.

Dans tous ces cas, là où il n'y a pas eu antérieurement d'irritations chroniques et de cicatrices, il n'y a jamais de cancer : *dans tous ces cas la cicatrice préalable est absolument indispensable à la cancérisation.*

Pourquoi n'en serait-il pas toujours de même ?

On ne peut guère admettre qu'il y ait deux pathogénies différentes pour la même affection : si la présence d'une ancienne cicatrice est rigoureusement nécessaire pour que la carcinose survienne dans tous les cas que nous venons de rappeler, on ne conçoit pas qu'il puisse en être autrement pour les autres.

D'ailleurs, quand on veut bien prendre la peine de rechercher cette altération, on la découvre presque toujours : Brun est parvenu à la dépister 321 fois sur 368 cancers des téguments. C'est dans 47 cas seulement qu'il n'a pas réussi à la découvrir et cela n'a rien qui doive nous surprendre, si nous considérons que certains sujets sont peu soigneux de leur personne et peu observateurs et que les lésions préexistantes peuvent être trop petites pour être visibles macroscopiquement ou affecter des couches de tissu sous épidermiques qui les dissimulent aux regards du malade et du médecin.

Notre conception est, d'autre part, entièrement d'accord avec tous les faits relatifs à l'épithéliomatose, elle explique d'abord, comme nous venons de le voir, le parallélisme impressionnant entre la fréquence des lésions irritatives, des altérations tissulaires et la fréquence des tumeurs.

Puisque c'est la cellule elle-même qui acquiert la pérennité, dans le cancer, cette cellule doit pouvoir être greffée comme les autres cellules vivantes et dans les mêmes conditions. C'est, en effet, ce que l'expérience démontre.

La conservation, dans la tumeur des caractères histologiques du tissu sur lequel elle prend naissance est un fait parfaitement compatible avec notre thèse, la néoformation gardant nécessairement l'empreinte de l'architecture cellulaire originelle de la cicatrice ; on conçoit aussi, d'après celle-ci, la raison pour laquelle toutes les recherches entreprises pour découvrir un parasite ou un microbe du cancer ont échoué et aussi pourquoi l'affection n'est pas contagieuse.

La relation entre la fréquence des néoplasmes et l'âge apparaît comme évidente avec notre théorie, les vieilles cicatrices étant seules susceptibles de dégénérescence pour les motifs que nous avons indiqués dans notre livre.

L'accroissement du pourcentage des tumeurs malignes avec la civilisation s'éclaire également grâce à la notion à laquelle nous nous sommes attaché. L'exemple des Basoutos, rapporté par Casalis de Pury, est de ce point de vue, des plus frappants : aussi longtemps que ce peuple a été indemne de syphilis, de blennorragie, de tuberculose et d'alcoolisme, causes indiscutables d'irritations, de lésions chroniques et de cicatrices, le cancer est demeuré inconnu dans la contrée ; la civilisation pénétrant peu à

peu dans le pays avec les vices et les infections qui en sont la rançon, on a vu le cancer acquérir une fréquence parallèle à celle des fléaux qui en sont la malheureuse conséquence.

Le siège le plus habituel des cancers répond complètement aussi à notre conception : ce sont les points de l'organisme les plus exposés aux ulcérations prolongées et, par suite, à la formation de tissu cicatriciel, qui sont le plus souvent frappés de dégénérescence épithéliomateuse, c'est-à-dire les régions où se trouvent des rétrécissements ou des changements de direction d'un canal naturel : pylore, valvule iléo-cæcale, angles hépatique, splénique, sigmoïde du gros intestin.

Nous avons donné, en outre, une explication qui concorde avec la pathogénie proposée pour chacun des autres phénomènes concernant la carcinose et notamment pour l'hérédité indirecte, les réparations cicatricielles pouvant affecter des formes plus particulièrement aptes à la dégénérescence chez certaines familles, notamment pour la similitude de la radiosensibilité des cellules néoplasiques et des cellules génitales, notamment encore pour le mécanisme de la guérison spontanée de quelques cas de cancers, notamment enfin pour la pseudo-contagion des cages dans les élevages mal tenus.

Toute cette argumentation est développée dans notre ouvrage auquel le lecteur pourra se reporter.

Nous n'avons pas réussi, en somme, à trouver un seul fait qui soit incompatible avec cette notion que l'épithélioma est une maladie des cicatrices.

***

Il nous reste maintenant à envisager les rares objections qui nous ont été soumises.

La plus importante est celle invoquée par les biologistes qui prennent la cancérose pour une maladie générale, s'appuyant principalement sur les modifications que l'on observe dans les humeurs des cancéreux. Certaines de ces modifications se présenteraient même d'une façon constante, d'après Slosse et Reding, dans le précancer.

Or, il ne nous est pas possible de nous rallier à cette manière de voir parce que les néoplasmes à leur début enlevés largement par la chirurgie ou par les agents physiques ne récidivent pas. Les malades sont complètement et définitivement guéris, sans que leurs humeurs aient été en quoi que ce soit modifiées.

La possibilité de faire apparaître un carcinome en un point très limité des téguments par la seule action locale d'agents physiques, la facilité de la greffe sur des sujets bien portants quelconques, l'inexistence du cancer chez certains peuples avant l'introduction des fléaux sociaux générateurs d'affection donnant lieu à des lésions cicatricielles, sont aussi des arguments auxquels la théorie humorale du cancer ne peut répondre.

A l'appui de leur conception pathogénique du cancer, Reding et Slosse citent ce fait que le glyome de la rétine, extrêmement rare dans les statistiques générales, peut frapper 20 % des membres d'une même famille et ce fait, écrivent-ils, témoigne avec éclat de l'influence de l'hérédité (1).

Pour nous, ce fait va précisément à l'encontre de la notion du cancer maladie générale ; si le gliome de la rétine frappe ainsi des sujets consanguins, ce n'est nullement parce qu'ils sont consanguins, c'est-à-dire parce qu'ils présentent une parenté humorale, mais bien parce qu'ils sont atteints d'une sorte de malformation locale héréditaire, rigoureusement limitée à la rétine, qui fait que cet organe peut être le siège d'une hyperplasie à un moment donné. Ce phénomène singulier constitue, à notre avis, une importante preuve nouvelle en faveur de ce principe que le cancer est, à l'origine, une maladie purement locale.

(1) Reding et Slosse. — Des caractères généraux de l'état cancéreux. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, T. XVII, 1929, p. 122-147.

Que reste-t-il à l'appui de la pathogénie humorale des tumeurs malignes ? Aux multiples constatations formellement contradictoires que nous venons de rappeler, il ne reste guère qu'un argument sérieux à l'appui de cette thèse : nous le trouvons précisément dans les expériences de Slosse et Reding, sur la glycémie dans le cancer et le précancer.

Nous avons admis, sans conteste, les conclusions de ces auteurs, dans notre ouvrage, et on nous a reproché d'avoir attaché trop d'importance à des travaux qui sont certes du plus haut intérêt, mais qui demandent à être repris. Ils présentent d'ailleurs de réelles difficultés et ne donnent point une impression de sécurité suffisante, étant donné que les micro-dosages qu'ils comportent sont effectués sur 1/10e de cent. cube de sang après des manipulations complexes et fort délicates.

Nous devons nous rendre à ces raisons d'autant que nous venons d'avoir un exemple personnel des erreurs auxquelles certaines méthodes peuvent conduire : tous les auteurs qui avaient comparé, avant nous les pH du sang artériel et du sang veineux avaient employé la méthode colorimétrique de Hasting et Sandroy ; ils avaient tous conclu qu'il n'y avait entre les deux pH qu'une différence insignifiante de 0,01 à 0,02.

Cette affirmation nous ayant paru peu vraisemblable, étant donnée la forte teneur en CO^2 du sang veineux, nous avons repris ces déterminations en nous adressant à la méthode électrométrique et en prenant toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur. Dans ces conditions, nous avons pu démontrer que toutes les conclusions antérieures étaient inexactes et que les pH sanguins artériels et veineux différaient toujours de 0,3 environ (1).

Nous avons jusqu'ici trop peu pratiqué la technique d'Hegedorn et Jensen pour le dosage du sucre sanguin et il ne nous est pas permis de porter un jugement sur ce procédé, mais les quelques titrages qui ont été pratiqués dans notre laboratoire ne nous ont pas donné la satisfaction que les recherches de Slosse et Reding nous avaient promise, peut-être parce que nous ne sommes pas encore suffisamment entraîné à la pratique de cette technique dont nous poursuivons l'étude.

Nous avons vu, dans notre livre, que trois conditions principales sont indispensables à la dégénérescence cancéreuse des cicatrices :

1° Il faut que la plaie primitive ait mis très longtemps à se réparer ; les blessures qui se ferment très rapidement ne donnent pas lieu à des cicatrices cancérisables.

2° Seules les cicatrices datant de 20 à 30 ans sont susceptibles de transformation néoplasique.

3° Pour que la prolifération soit déclanchée, il est nécessaire que le tissu cicatriciel soit soumis à un traumatisme secondaire : érosion, choc, piqûre, etc.

Nous avons donné les raisons de ces conditions et nous nous contenterons de les rappeler ici en quelques lignes.

Quand les plaies suppurent pendant longtemps ou sont très longues à guérir, pour toute autre cause, les cellules épidermiques qui se forment successivement sont constamment détruites par la suppuration ou autrement, il faut donc que ces éléments se reconstituent sans cesse et d'une façon prolongée ; la cellule est ainsi entraînée à la multiplication et sa fonction de reproduction est exaltée par cet entraînement et finit par conférer à l'élément une faculté particulière de prolifération, mais cette faculté demeure tout d'abord latente, comme celle de l'ovule qui doit mûrir et être fécondé pour se développer.

Le vieillissement de la cicatrice correspond au mûrissement ovulaire : dans l'un et l'autre cas, les colloïdes cellulaires évoluent, subissent une préparation maturative qui les rend ensuite aptes à la fécondation ; les colloïdes de la cellule cicatricielle mettent un temps très long à subir cette préparation parce qu'ils sont compacts, tandis que ceux de l'ovule sont très fluides et les changements dont

(1) Auguste Lumière, R. Malaval et Mme R. H. Grange. C. R. T. 188, 1929, p. 364.

ils sont le siège s'opèrent, par conséquent, beaucoup plus rapidement. La nécessité du traumatisme secondaire qui réalise des mélanges colloïdaux nouveaux paraît correspondre à la fécondation de l'ovule. Aussitôt ce mélange réalisé, la cellule cancéreuse est constituée avec sa propriété de multiplication indéfinie.

La deuxième condition de ce processus, c'est-à-dire la nécessité du vieillissement de la cicatrice a été le point de départ d'une objection qui nous a été présentée — le cancer des jeunes enfants, nous a-t-on fait remarquer, n'est plus compatible avec cette condition.

Nous avons eu l'occasion d'examiner déjà des cancéreux par milliers, principalement au Centre anticancéreux de Lyon, et nous n'avons pas encore rencontré un seul cas d'épithélioma chez l'enfant, c'est dire que cette affection est d'une extrême rareté dans les premières années de la vie.

Pour expliquer ces exceptionnelles hyperplasies, nous avons invoqué deux hypothèses : les colloïdes cellulaires de très jeunes sujets mûrissent beaucoup plus vite que ceux des adultes. Il semble y avoir une relation entre la croissance, le mûrissement et les processus tumoraux ; c'est ainsi que chez les animaux dont la gestation est de courte durée et la croissance rapide, comme chez les souris où ces phénomènes se déroulent dans un temps environ vingt fois plus court que chez l'homme, les phénomènes néoplasiques s'effectuent dans des délais proportionnellement raccourcis. Il est alors plausible d'admettre que si une lésion épithéliale a pu très exceptionnellement se produire dans la période fœtale ou aux tous premiers âges de l'existence, avec les caractères suffisants de persistance, l'évolution maturative de la cicatrice formée dans les conditions requises pourra être en rapport avec la rapidité des transformations cellulaires qui caractérisent la croissance.

Mais on peut encore répondre à l'objectiou soulevée en considérant que les tumeurs des très jeunes sujets constituent peut-être une maladie toute différente de l'épithélioma des cicatrices de l'âge mûr et il serait très intéressant d'analyser, de ce point de vue, avec précision, les dispositions histologiques des néoplasies infantiles, en les comparant à celles des carcinomes chez les adultes.

Enfin, on nous a fait observer que les travaux remarquables d'Hartmann sur l'ulcère calleux (1) ne paraissent pas s'accorder avec les constatations des frères Mayo, relatives au cancer de l'estomac, qui nous ont permis de comprendre ces tumeurs parmi les maladies de cicatrices.

Il est bien difficile d'en discuter pour le moment, étant donné que nous ne pouvons suivre l'évolution de ces tumeurs viscérales dès leur origine et que nous ne les connaissons qu'aux stades opératoires ou nécropsiques ; il nous semble cependant convenable d'admettre ou bien que ce sont aussi des épithéliomas formés aux dépens de vieux tissus cicatriciels (car on ne saurait accepter deux pathogénies essentiellement et profondément différentes pour une même affection) ou bien qu'il s'agit d'entités nosologiques d'un autre type, dont la genèse serait encore à découvrir.

Les quelques objections que nous venons de passer en revue n'infirment, en somme, d'aucune manière, cette notion que l'épithélioma est bien une maladie des cicatrices.



(1) H. Hartmann. — Chirurgie de l'estomac et du duodénum. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1928, p. 50.

Rupture spontanée d'une ascite à l'ombilic. Mort par péritonite aiguë.

Par M. LOEPER et J. DE SÈZE

Les cas de rupture spontanée d'ascite, fort bien connus, d'ailleurs et signalés dans tous les traités classiques, sont cependant fort peu nombreux. Ce caractère exceptionnel des accidents de ce genre nous a engagé à publier l'observation suivante

M. D..., âgé de 52 ans, mouleur sur plâtre, entre à l'hôpital le 10 janvier 1929, présentant tous les signes d'une cirrhose veineuse d'allure grave.

Il s'agit d'un malade obèse, de teinte très bronzée. Au mois de juin 1928, en même temps qu'il se sent envahi par une lassitude intense, il s'aperçoit que son ventre grossit et des œdèmes considérables apparaissent aux membres inférieurs. Entre le mois de juillet 1928 et le mois de janvier 1929, il subit 7 ponctions évacuatrices.

En décembre, la saillie de l'ombilic, déplissé et distendu par l'ascite, devient inquiétante ... bientôt la peau s'amincit, prend une teinte violacée ; au début de janvier, une petite veine pariétale s'ulcère : effrayé par l'hémorragie le malade entre à l'hôpital.

A l'examen, l'abdomen est très volumineux, très étalé. Il existe sous la paroi un réseau veineux de circulation collatérale : l'ombilic est très saillant globuleux, atteignant le volume d'une grosse orange. Par la veinule pariétale ulcérée, le sang coule en nappe.

Le temps de saignement est d'ailleurs augmenté, atteignant 4 minutes et demi, surtout la coagulation est très nettement retardée, à 13 minutes et demie .. On apprend en outre que le malade a plusieurs fois saigné du nez.

On évacue l'ascite par une ponction. On tamponne l'hémorragie ombilicale, qui finit par s'arrêter. Quelques jours après, survient une nouvelle hémorragie, qu'on parvient à arrêter comme la première. Et ainsi, pendant tout le mois de janvier, survient de temps à autre un suintement plus ou moins abondant, qui finit par affaiblir singulièrement le patient. C'est pourquoi, au début de février, pensant que l'insuffisance hépatique contribue pour une part à la tenacité des hémorragies, nous associons aux ponctions évacuatrices, répétées de huit jours en huit jours, deux médications susceptibles, pensons-nous d'agir favorablement sur la cellule hépatique elle-même : des injections intra-musculaires de 440 B, et l'ingestion quotidienne de deux ampoules d'extrait hépatique.

Nous ajoutons à ce traitement une dose journalière de trois grammes de chlorure de calcium, médication favorable à l'établissement d'une diurèse abondante.

Ce succès dépassa nos espoirs : la diurèse passa à 3 litres, 4 litres, puis 4 litres et demi, et s'y maintint pendant 15 jours ; puis, la quantité des urines tendant à fléchir, une nouvelle injection de 440 B. la ramena à 4 litres, pendant 4 jours. Après quoi une troisième injection mercurielle obtint le même succès; une quatrième injection pratiquée 4 jours après la troisième, amena le taux des urines à 5 litres et demi. Parallèlement à cette augmentation de la diurèse, le coefficient azoturique se relève, les forces du malade se réparent, l'appétit renaît, son faciès s'améliore : bref on assiste à une amélioration vraiment remarquable de l'état général.

Malheureusement l'ascite ne se tarit pas, les petites veines de la paroi cèdent les unes après les autres, donnant lieu chaque fois à une hémorragie prolongée, difficilement arrêtée. De jour en jour, l'ulcération cutanée s'agrandit et surtout se creuse ... Bientôt, le péritoine apparaît, et malgré les ponctions répétées plus souvent, la distension ombilicale ne cesse de progresser. Enfin le péritoine lui-même s'effondre, et l'intestin apparaît, avec un flot de liquide citrin qui inonde et traverse le lit. Dès lors, la situation se juge rapidement : la fièvre monte progressivement en 5 jours, de 37° à 39° 5, le liquide se trouble et devient très riche en polynucléaires. La quantité des urines diminue parallèlement.

Le malade meurt. A l'autopsie, le ventre est rempli d'un li-

BIBLIOGRAPHIE

La physiologie de l'amour, par Georges-M. KASSAINOS. A Boston, Massachusetts. Un volume de 326 pages.

Il est impossible de résumer le livre de M. Kassainos qui expose des idées très personnelles et parfois audacieuses sur la question érotique. Pour exposer correctement ses conclusions, il faudrait entrer dans des détails qui ne peuvent figurer dans une analyse bibliographique. Pour donner une idée des intéressantes vues de l'auteur je cite le titre des principaux chapitres : l'instinct, les pertes séminales nocturnes, comment l'homme fait l'amour, la masturbation, la moralité de l'érotisme, la sodomie, l'onanisme, les excès biologiques, la vieillesse.

G. P. B.

L'Eglise Bénédictine de La Charité-sur-Loire « fille aînée de Cluny ». *Etude archéologique*, par le Dr Pierre BEAUSSARD, membre de la Société d'archéologie de France. Ornée d'un dessin de Camille CIPRA, de nombreuses photographies, et de deux plans de l'Eglise et du Prieuré. Un beau volume de 300 pages in-8° carré sur vélin alfa français : 28 francs. (Editions Albert Delayance, 7 et 9, Grande-Rue, La Charité-sur-Loire (Nièvre).

L'Ordre bénédictin de Cluny a brillé, au Moyen-âge, d'un éclat incomparable, dans le domaine artistique intellectuel.

Parmi les nombreux prieurés rattachés à l'Abbaye-Mère, celui de La Charité a été incontestablement le plus florissant. Son titre de « fille aînée de Cluny » qu'il tenait de l'abbé St-Hugues, dès le XIIe siècle, se justifiait, tant par les prérogatives dont il jouissait dans l'ensemble de l'Ordre, que par la quantité des dépendances qui lui étaient soumises, aussi bien en France qu'à l'étranger, et surtout en Angleterre.

Son église, consacrée par le Pape Pascal II en 1107, est un des spécimens les plus remarquables de l'architecture romane du type bourguignon. Malgré les ruines définitives accumulées dans la nef par un incendie survenu en 1559, le monument conserve une ampleur architecturale et décorative du plus haut intérêt artistique.

L'étude archéologique vient d'en être reprise par le docteur Beaussard. La description méthodique adoptée par l'auteur permet un examen aussi rapide que complet de l'édifice dont la valeur monumentale se trouve augmentée de problèmes archéologiques engendrés par des remaniements successifs opérés à partir du XIIe siècle dans l'œuvre primitive du XIe siècle.

La partie iconographique a été choisie de façon à mettre en relief les éléments les plus caractéristiques de l'œuvre.

Enfin un abrégé de l'état actuel des lieux conventuels montre quelle était leur importance.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Abonnement : France : un an : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 juillet 1929 : R. Bray : L'esthétique classique (V) : Les unités ; Conclusion. — J. Chevalier : L'habitude (X) ; La vie et la mort de l'habitude (2e partie) ; Conclusions. — A. Mathiez : Le Directoire (V) : La politique de ralliement. — G. Gazier : La Renaissance littéraire en Franche-Comté. — M. Souriau : Causalité et finalité sociales (III) ; La sociologie des buts extérieurs (*fin*). — M. Bloch : L'Empire et l'idée d'Empire sous les Hohenstaufen (III) ; L'idée impériale (*fin*).

quide très louche, presque purulent, dans lequel les examens de laboratoire montrent la présence de très nombreux polynucléaires, avec une flore microbienne très abondante, où prédomine le staphylocoque.

***

Les cas de rupture de l'ombilic sous la poussée d'une ascite très abondante, ne sont pas non plus très nombreux. Glais, dans sa thèse (1) n'en a pu rassembler, en 1902, que sept observations. Depuis cette époque, on ne retrouve plus, au moins en France, que le cas de Cochez (2) en 1904 ; puis, le cas publié en 1922 par Lemierre et Levesque (3) qui insistent sur le caractère tout à fait exceptionnel de cet accident.

La marche des phénomènes se déroule à peu près toujours comme chez notre malade. La peau de l'ombilic, de plus en plus saillante et distendue, s'amincit à l'extrême et rougit. Une petit escharre se forme, se fissure et tombe: brusquement, le malade se sent inondé de liquide, qui s'écoule en jet ou goutte à goutte. Seule, la terminaison est variable. Nous ne mentionnons que pour mémoire l'influence *favorable* (?) de l'évacuation spontanée, signalée par Besnier (4).

Dans la règle, semblable accident amène la catastrophe : mort par péritonite suraiguë, comme chez notre malade ou comme dans un cas de Merklen et Gongelet (5). D'autres fois, le malade succombe avec les symptômes d'une insuffisance hépatique suraiguë, non pas créée, mais précipitée par la rupture de l'ascite: tel fut le sort du malade de Cerf (6) et du malade de Lemierre et Levesque. Ces deux derniers auteurs comparent judicieusement cet accident aux cas bien plus fréquents de mort rapide par insuffisance hépatique aiguë à la suite de l'évacuation thérapeutique de l'ascite par une ponction trop généreuse (7).

On le voit, quel que soit le processus qui finisse par emporter ces malades, la rupture spontanée de l'ascite à l'ombilic est presque toujours un accident mortel à bien échéance. C'est pourquoi, en dépit de leur extrême rareté, les cas de ce genre posent un problème thérapeutique qui mérite d'être examiné.

Lorsque le déplacement excessif de l'ombilic arrive à réaliser une véritable hernie qui menace les téguments, faut-il rester les bras croisés, attendant que la peau s'amincisse au point de se rompre ? Nous l'avons pensé chez notre malade. Il ne nous a pas semblé qu'une intervention sanglante pût lui rendre service, nous avons pensé, au contraire, qu'une brèche opératoire, taillée en pleine ascite, était vouée à la fistulisation, et ne pouvait que hâter le dénouement fatal. Or, voici que nous avons récemment fait pratiquer, sous la pression impérieuse des circonstances, la cure radicale d'une hernie épigastrique étranglée chez un homme de 25 ans, hérédo-et tuberculeux, atteint de cirrhose avec ascite très abondante. Bien que baignée de liquide ascitique, la plaie opératoire, s'est refermée par première intention, et le malade a été débarrassé de sa hernie . . .

Il ne nous parait pas du tout demontré que la réduction sanglante de la hernie n'aurait pas réussi dans le premier cas aussi bien que dans le second. Peut-être en l'opérant à temps, n'aurions-nous pas eu la surprise pénible de voir notre malade enlevé en quelques jours, au moment même où le fonctionnement apparemment meilleur de son foie, la persistance prolongée d'une diurèse très abondante, semblait lui promettre une plus longue survie.

(1) Th. de Paris, 1902-1903 : « Ouverture spontanée de l'ascite ».
(2) Soc. méd. des hôp., 17 juin 1904 : « Un cas de rupture spontanée de l'ascite à l'ombilic ».
(3) Soc. méd. des hôp., 13 juillet 1922 : « Rupture spontanée d'une ascite à l'ombilic ».
(4) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.
(5) Rupture spontanée d'ascite à l'ombilic (Soc. méd. hôp., 19 juillet 1901).
(6) Cité par Glais.
(7) M. Perrin. — La mort des cirrhotiques après paracentèse (*Presse médicale*, 1908, n° 7~, p. 609).

Hernie épigastrique étranglée au cours d'un syndrome ascitique.

Cure radicale — Guérison,

Par MM. LOEPER, DE SÈZE et LEROY.

M. P. Raoul, âgé de 24 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 7 septembre 1928, parce que depuis une quinzaine de jours, son ventre grossit avec rapidité. Mais c'est seulement au début de janvier 1929, que nous l'examinons nous-même pour la première fois.

On se trouve en présence d'un véritable infantile. Il a 24 ans mais il a le corps d'un enfant de quatorze ans : son facies, à la fois puéril et vieillot, imberbe et ridé, rappelle le masque si particulier de certains hypo-thyroïdiens. Les organes génitaux sont insuffisamment développés, les poils sont rares, les membres sont grêles, et constrastent étrangement avec le volume de l'abdomen, qui bombe fortement en avant, distendu par l'ascite. D'après les dires du malade, l'arrêt de développement remonterait à la puberté, mais l'enfance aurait été tout à fait normale.

On note tout de suite, à la base du cou, dans la fosse sus-épineuse gauche, sur l'avant-bras droit, au mollet gauche, de très nombreuses cicatrices d'adénite suppurée, cicatrices irrégulières, plissées, rétractées dont l'aspect est tout à fait celui des cicatrices de suppuration tuberculeuse. Presque toutes ces cicatrices remontent à l'enfance et plus particulièrement à l'âge de quatre ou cinq ans.

Ce malade a un frère et une sœur bien portants ; mais quatre autres sont morts en bas âge, dont plusieurs de « *méningite* », à l'âge de quelques semaines.

A l'examen de l'abdomen, on trouve d'abord tous les signes d'une ascite abondante ; et l'on est immédiatement frappé par l'existence, dans la région épigastrique, d'une saillie arrondie rénitente, d'ailleurs parfaitement réductible : cette poche liquide communique avec l'abdomen par un orifice où le doigt pénètre facilement, et se sent comme entouré d'un anneau dur et tranchant : il s'agit d'une grosse hernie de la ligne blanche sus-ombilicale autrement dit d'une hernie épigastrique. A certains moments, la poche ne contient que du liquide d'ascite, tantôt elle contient en outre une anse intestinale. La peau, à ce niveau, est amincie et parcourue par un fin réseau veineux : lorsque le malade tousse, lorsqu'il pousse, lorsqu'il fait un effort pour s'asseoir, la hernie exagère son volume, et atteint les dimensions d'une tête du fœtus : en même temps, la peau s'amincit d'une façon inquiétante, et devient presque transparente en même temps qu'elle rend une teinte franchement violacée.

Cette hernie, nous dit le malade, est d'apparition récente. Elle s'est installée brusquement, au début d'octobre, au moment où l'ascite, devenue très abondante, allait nécessiter la ponction pour la première fois.

Il existe sous la peau de l'abdomen, une circulation collatérale d'importance moyenne. Le foie est gros et surtout *très dur* : on le palpe très facilement en introduisant l'extrémité des deux doigts par l'orifice de la hernie ; on arrive ainsi sur la surface convexe qui est légèrement granuleuse, et surtout d'une dureté de bois. Le volume de la rate est nettement augmenté.

A n'en pas douter, il s'agit d'une cirrhose ; mais c'est une cirrhose assez particulière. On est frappé, en effet, chez ce malade, de la présence, sur toute la paroi thoracique antérieure d'une circulation collatérale très accentuée — incomparablement plus importante que sur l'abdomen. On constate en outre, dans le deuxième ou le troisième espace intercostal droit, un centre anormal de battements perceptibles à la vue et au palper. A l'auscultation, on entend à ce niveau quelques frottements superficiels. La pointe est fixe ; elle ne se déplace pas avec les changements de position du malade.

De plus, toute la base gauche est mate ; les vibrations y sont abolies, et l'on n'y entend pas le murmure vésiculaire. Mais toutes les ponctions exploratrices restent négatives : il semble donc s'agir d'une simple pachypleurite.

L'examen radioscopique confirme l'existence d'un épaississement pleural à la base gauche, d'une symphyse péricardique avec une ombre épaisse et diffuse de médiastinite péri et rétro-cardio-aortique.

L'examen du laboratoire du liquide d'ascite retiré par ponction, met en évidence une réaction cellulaire mixte, avec de très nombreux lymphocytes et beaucoup de cellules endothéliales. La réaction de B. W. et la réaction de Hecht sont positives au maximum dans le liquide d'ascite, positives au maximum dans le sang du malade.

Des signes manifestes de *cirrhose*, des manifestations multiples de *polysérite* inflammatoire, — processus exsudatifs pour le péritoine, inflammation fibro-adhésive pour les plèvres et le péricarde — enfin des stigmates d'*infantilisme* et d'insuffisance pluriglandulaire, tels sont les trois éléments de ce tableau clinique complexe. Du point de vue étiologique, il apparaît nettement que la *tuberculose et la syphilis*, avérées l'une et l'autre, portent chacune une part de responsabilité, et dans la formation de la cirrhose, dans l'établissement des inflammations pleuro-péricardo-péritonéales et dans le développement des insuffisances glandulaires.

Entre le mois de septembre 1928 et le mois de mars 1929, le malade reçoit, sans aucun résultat, un traitement au cyanure et une série de sulfarsénol, il subit quatre ponctions d'environ 7 litres chaque fois. L'ascite se reproduit rapidement. Au devant de la hernie épigastrique, la peau se distend et s'amincit davantage, de mois en mois... On commence à redouter la possibilité d'une ulcération. Au début de mars, on commence une série d'injections de 440 B, à raison d'une piqûre tous les 4 ou 5 jours. Le lendemain de chaque injection, la diurèse, qui se tenait jusqu'alors très régulièrement au-dessous d'un litre, dessine un clocher à 3 litres, pour retomber le lendemain aux environs d'un demi-litre. L'effet, du reste, ne s'épuise pas : après la 7e injection, l'effet est tout aussi immédiat, et la diurèse ainsi provoquée est tout aussi importante. Malheureusement, c'est une action thérapeutique très passagère ... le liquide continue de se reproduire abondamment ; au début d'avril, la tension excessive de l'abdomen oblige à une nouvelle ponction de 6 litres.

Vers le 15 avril, apparaît un fait nouveau : la hernie ne rentre plus ; le malade remarque ce fait, mais ne lui accorde aucune importance. Dans la nuit du 21 au 22 avril, il fait de violents efforts de toux, le 22 avril au matin, il ressent de vives douleurs dans la région épigastrique. Il y a arrêt complet des matières et des gaz ; coup sur coup, le malade vomit quatre à cinq fois. La température monte à 37°5, le facies s'altère. A l'examen, la hernie est tendue ; on sent, à travers une couche liquidienne une tuméfaction arrondie, très dure, irréductible. Pas de modification à la toux. Douleur vive au collet.

Indiscutablement, il existe un étranglement herniaire, devant lequel on n'a plus le choix de la conduite à tenir. Quels que soient les dangers possibles de l'intervention, quels que soient les risques de fistulisation consécutive, l'indication opératoire apparait formelle.

Transporté d'urgence, en chirurgie, dans le service du Professeur Lenormant, le malade est opéré le jour même à 18 heures, par MM. Leroy et Senèque. Anesthésie locale. Deux incisions curvilignes, à direction générale transversale. Libération, par en haut et par en bas, jusqu'à un collet. Laparotomie verticale médiane au-dessous de la hernie. Puis, section du collet. Contenu : côlon transverse, en bon état qu'on réintègre. On profite de l'intervention pour assécher complètement le péritoine. Puis fermeture des muscles en un plan, aux crins. Crins cutanés. Un drain sous la peau.

Les suites opératoires sont plus satisfaisantes qu'on n'eût jamais osé l'espérer. La température, dès le 3e jour, est à 37° et y reste. La brèche opératoire se ferme par première intention les sutures tiennent parfaitement : le malade a retrouvé une paroi ferme et solide.

Bien plus, il semble qu'au point de vue général, loin de nuire à notre malade, l'intervention lui ait plutôt rendu service ! Le fait est que l'ascite sembla, sinon se tarir, du moins se reproduire beaucoup moins rapidement. Avant l'opération, l'abondance de l'ascite obligeait à l'évacuer au moins une fois par mois. Lorsque, le 26 mai, un mois et trois jours après l'intervention, se sentant mieux qu'il n'avait jamais été depuis de longs mois, et se prétendant guéri, le malade quitta l'hôpital, il n'avait pas été ponctionné depuis le 30 mars, et l'indication d'une nouvelle paracentèse ne paraissait pas imminente (1).

***

Nous rappellerons que les cas de hernie épigastrique étranglée sont fort rares. « L'étranglement des hernies épigastriques, écrivent Gosset et Petit-Dutaillis, est absolument exceptionnel (2).

Si nous excluons les trois cas de Wiesinger (3) nous n'avons à retenir que les cas suivants. Les *trois* observations de Klein (4), remontant à 1820, de Fabre (5), et de Ridguay (6), où la hernie contient, comme chez notre malade, du *côlon transverse* — *Les quatre observations* de Dyatier et Berger (7), de Max Sebba (8), de Ridgway (9) de Guisenbauer (1), où la hernie contenait *l'intestin grêle*. — Les *deux* observations de Hotchkiss et Dieffenhach (1), dans lesquelles l'étranglement intéresse à la fois l'intestin grêle et l'épiploon. — Les *deux* observations de Ridgway ( ) et de Fraser (8), qui concernent des colo-épiplocèles étranglées : la malade de Fraser, par parenthèse, était une centenaire, que la cure radicale guérit parfaitement bien. — Enfin, les *deux* observations de Moschowitz (10) et le cas tout récemment publié par Zéno (11), et dans lequel l'épiploon seul était coïncé dans l'étranglement.

A ces observations, nous ajoutons la nôtre, qui représente aussi, sauf erreur ou omission de notre part, le *quatorzième cas* connu de hernie épigastrique étranglée.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de signaler que, chez le malade de M. Zeno, la hernie coexistait avec une lithiase biliaire : l'auteur pense qu'un léger degré de péritonite sous-hépatique, due à la lithiase, a été *l'amorce de l'épiploïte* avec torsion, laquelle amena secondairement les accidents de l'étranglement. De même chez notre sujet, l'étranglement, fait insolite, fut vraisemblablement causé par la périhépatite inflammatoire dont nous avons déjà parlé, et qui n'était elle-même, que la partie sous-diaphragmatique d'un processus de polyserite et de médiastinite tuberculeuse adhésive beaucoup plus étendu.

Oserons-nous prétendre, en terminant, que chez ce malade, la laparotomie ne fut pas seulement indispensable à la cure de l'étranglement herniaire, mais qu'elle eut encore une influence favorable sur l'évolution du processus ascitique ? Nous souvenant que, dans la production de cette ascite, l'exsudation tuberculeuse jouait un rôle aussi important que la transsudation cirrhotique, allons-nous rappeler l'erreur fameuse de Spencer Well, et préconiser à nouveau la cure chirurgicale de l'ascite essentielle ? Nous n'aurons pas cette audace. Ce simple fait que l'ascite fut vidée, lors de l'intervention, beaucoup plus complètement que ne l'avaient pu faire les paracentèses, suffit peut-être à expliquer la reproduction beaucoup plus lente de l'épanchement, dans les mois qui suivent.

Nous avons voulu cependant signaler ce fait un peu paradoxal : nous pouvions craindre *a priori*, que l'ascite ne gênât le chirurgien et ne détériorât son œuvre, et aussi que la chirurgie n'aggravât l'état précaire de notre jeune malade. Il arriva que l'ascite ayant respecté le travail du chirurgien, en reçut elle-même un soulagement inespéré.

(1) Le malade a été revu le 23 juin. L'abondance de l'ascite était très modérée, et la nécessité d'une évacuation ne s'imposait nullement.
(2) *Précis de pathologie chirurgicale*.
(3) *Deutsch Zeit. f. Chir.*, 1902, page 83. Un de ces trois cas concerne une hernie de la ligne blanche, mais sous-ombilicale ; les deux autres sont, en réalité, des suppurations rétro-pariétales sans hernie.
(4) Cité par Moschowitz.
(5) Fabre. — Thèse de Paris, 1911-1912.
(6) *Brit. Journal*, décembre 1910, p. 1916.
(7) *Presse médicale*, 1910, XXXV 23 octobre 1909, n° 43. p. 1880-81.
(8) *Deutsch med. Woch.* 30 avril, p. 323.
(9) *The Lancet*, 3 sept. 1913, p. 729.
(10) *Surgery, Gynécology and Obstétric*, 1914, vol. XIX, n° 4, page 520.
(11) Soc. Nat. de chirurgie, séance du 30 mai 1928.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La lutte contre les fléaux sociaux dans l'A.O.F.

Si quelqu'un doute de la valeur des études de synthèse qui résument brièvement et mettent pour ainsi dire, à la portée de tous, les grandes questions vitales, à l'ordre du jour, la lecture de l'article, si instructif, de M. Léon Launoy (1) lui montrera combien cette opinion est injustifiée. La mise au point de M. Launoy est importante, non seulement à titre documentaire, mais, aussi et surtout, en raison de ses conclusions pratiques indiscutables qui, sans doute, retiendront l'attention.

M. Launoy rappelle tout d'abord que l'A.O.F. n'est pas une colonie, mais un bloc colonial. Au centre de l'empire colonial français qui s'étend de la Méditerranée au Congo, elle est partiellemennt enclavée dans les boucles des fleuves Sénégal et Niger, débordées par le Soudan français et la Mauritanie. Elle comprend huit gouvernements. Cinq d'entre eux : Mauritanie, Sénégal, Guinée Française, Côte d'Ivoire, Dahomey, possèdent des débouchés maritimes. Les trois autres : Soudan français, Haute-Volga et Niger, sont intérieurs. Sur une surface, égale à huit fois celle de la France, vivent de 13 à 14 millions d'habitants, dont seulement quinze mille Européens.

Les données schématisées de M. Launoy montrent, à juste raison, que là, comme partout ailleurs en Afrique, le développement de la colonie est une question de main-d'œuvre.

Il est certain, comme le dit l'auteur, qu'une densité approximative de trois habitants au kilomètre carré, est absolument insuffisante pour tirer, d'un sol admirable, tout le parti possible. L'essor de le colonie est donc fonction de la conservation de la population. Celle-ci se trouve malheureusement en proie à des fléaux redoutables, encore que dans son ensemble l'état sanitaire soit satisfaisant.

Parmi les maladies à redouter, l'on doit citer : la peste la fièvre jaune, la lèpre, le paludisme, le pian, la fièvre récurrente, la pneumonie épidémique, la variole, la méningite cérébro-spinale et, bien entendu, la syphilis et le paludisme.

M. Launoy n'étudie pas en détail toutes les affections de l'A.O.F. Il en envisage seulement quelques-unes. En commençant par la variole, l'auteur indique que l'on a compté pour cette maladie en 1926, 250 cas environ. On a fait 1.817.349 vaccinations et ce nombre eût été dépassé de beaucoup si les indigènes ne fuyaient pas le vaccinateur et ne cachaient pas les cas de variole.

En 1927, la variole a fait de nombreuses victimes, dont voici le détail :

Sénégal	216	cas	38	décès
Haute-Volga	297	«	35	«
Niger	1707	«	349	«
Guinée	64	«	?	«
Soudan	201	«	9	«

On constate ainsi que le virus africain est très virulent et se rapproche de celui des Indes Anglaises. Ajoutons qu'en 1927, on a effectué 11.692.370 vaccinations.

L'A.O.F. est bien protégée contre la variole. Mais la population européenne l'est-elle autant contre la *fièvre jaune*? En 1926, la fièvre jaune a sévi dans le Bas-Sénégal, le Dahomey, la Haute-Volga et le Soudan. Les victimes ont été des Européens et des Syriens. La fièvre jaune a touché 43 individus avec 37 décès. La région la plus atteinte fut le Bas-Sénégal (34 cas, 29 morts). En 1927, l'épidémie fut plus importante : à Dakar (82 cas et 58 décès), au Sénégal (108 cas avec 77 décès), au Dahomey : 3 cas, 3 décès. Le noir paraissait insensible au virus amaryl, mais cette notion ne tient plus à la lumière de faits acquis par la Mission américaine de la fièvre jaune.

La lutte contre la fièvre jaune comprend, d'une part, les mesures de prophylaxie édictées pour défendre les individus contre la piqûre des insectes et, d'autre part, la mise en action de tous les moyens propres à découvrir et à détruire les gîtes à larves. A ces derniers, appelés dynamiques, il est nécessaire, d'après M. Launoy de joindre la méthode « statique » c'est-à-dire le contrôle minutieux des provenances de tous endroits suspects et contaminés.

Les travaux d'assainissement en cours doivent être poussés avec vigueur. On ne saurait trop appuyer, dit M. Launoy, l'institution à Dakar d'une école élémentaire de prophylaxie, qui serait rattachée au Service d'hygiène de la ville. L'enseignement pratique, qui y serait donné à tous, pourrait être complété par l'organisation de conférences avec films cinématographiques pour éclairer la population et faire de chaque habitant un collaborateur sanitaire.

Bien entendu, comme le dit l'auteur, la fièvre jaune ne disparaîtra pas incessamment de l'A.O.F.. En effet, l'assainissement complet ne pourra pas être obtenu avant de longues années ; il en sera de même pour la disparition totale des Stegomyia auquel se joint l'existence de plus en plus probable d'un réservoir indigène de virus amaryl. Ces conditions imposeront pendant longtemps le maintien des mesures rigoureuses actuellement en vigueur.

La *peste* est un fléau particulièrement meurtrier. Il est réservé, pour ainsi dire, au Sénégal. Les années 1925, 1926 et 1927 ont fourni les nombres des cas suivants :

1925	397	cas	229	décès
1926	842	«	484	«
1927	2.787	«	1.718	«

Les autorités sanitaires et administratives ne sont cependant pas blâmables, car elles ont fait une chasse effective à tous les rongeurs dont les parasites (puces) transmettent la peste à l'homme. La pratique des vaccinations par des vaccins injectables peut être ajoutée avec avantage à cette campagne de dératisation. Les grandes vaccinations, entreprises à Madagascar, permettront de juger de la valeur du vaccin antipesteux.

Après avoir mentionné la syphilis et le paludisme, qui demanderaient beaucoup de place si l'on voulait donner un aperçu suffisant, M. Launoy parle du *pian*, qui est répandu à la Côte d'Ivoire et en Basse-Guinée, mais qui a trouvé son maître avec le stovarsol.

La *fièvre récurrente*, une autre spirochétose, venue de la Nigéria anglaise et qui sévit en Haute-Volga, au Niger, au Dahomey, est efficacement combattue avec les arsenicaux trivalents, comme avec le stovarsol.

En A.O.F. la *trypanosomiase* ne se trouve qu'en cas isolés. La lutte contre la maladie du sommeil est menée avec vigueur dans le Cameroun et dans le Togo, car il faut, à tout prix, protéger l'A.O.F. contre cette redoutable affection.

Quant à la *lèpre*, cette maladie ne prédomine dans aucune des colonies du groupe de l'A.O.F., mais elle est répandue un peu partout et particulièrement en Guinée. L'auteur déclare qu'il serait bon d'établir des léproseries ou des villages de lépreux. On en a déjà établi un à la Côte d'Ivoire.

L'*ankylostomiase*, souvent confondue avec le béri-béri, représente un réel danger.

La *tuberculose*, ce grave fléau se développe au Sénégal, en Haute-Volga, en Guinée Française. Elle reste rare à la Côte d'Ivoire et évolue lentement dans la région frontière de la Gold Coast.

Pour terminer, indiquons la conclusion de M. Launoy, d'après qui l'on ne saurait trop demander aux dispensa

(1) Léon Launoy, Prof. agrégé de la Faculté de phar. de Paris. — L'Afrique Occidentale Française et les fléaux sociaux. *Les Annales Coloniales*, T. XXX, n° 6, 1929, pages 18-19.

teurs du « nerf » de la colonie de situer, en première place, le Service de Santé Colonial et celui de l'Assistance Médicale Indigène. Il ne faut pas étriquer les dotations aux œuvres d'assistance à la maternité, à celles de l'enfance, aux travaux de prophylaxie aux éléments de thérapeutique curative, mais il faut qu'elles soient massives. Le mot d'ordre en A.O.F. comme au Cameroun, comme au Congo, doit être : Guérir, et de sa compréhension, par les Pouvoirs Publics, dépend, de l'avis autorisé de M. Launoy, l'avortement ou le succès de l'œuvre civilisatrice dont la France assume la responsabilité.

G. Ichok.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1929.

Magnésium et cancer du goudron. — M. *Maroulas* apporte des expériences nouvelles sur le rôle du magnésium dans la préservation du cancer. Il ajoute une expérience personnelle qu lui a montré que la saturation de l'organisme par le magnésium exerce une action anticancéreuse très nette.

Note sur le traitement de la pneumonie par le salicylate de soude en injections intraveineuses. — MM. *Couvy* et *Popoff*. — Le traitement au salicylate de soude par la voie intraveineuse a donné à Dakar, dans 26 cas de pneumonie indigène dont quelques-uns particulièrement graves, une mortalité de 3,7 p. 100, alors que les statistiques les plus favorables atteignent 12 p. 100.

Le traitement n'a donné lieu à aucun incident ; dans deux cas seulement, il a été observé une réaction thermique d'une durée de quelques heures.

La solution de salicylate de soude utilisée était à 1 p. 30. Les ampoules doivent être de préparation récente (moins de dix jours).

Les résultats obtenus par les auteurs sont particulièrement remarquables, étant donnée la sensibilité particulière de la race noire au pneumocoque.

Les services d'immigration en Argentine. Leur législation et leurs statistiques. — M. *René Martial*, dans une communication très documentée, étudie les services d'immigration d'Argentine, leur organisation et leur fonctionnement. Il rappelle que le service de la statistique est dirigé par un français M. Jorge Méneclier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet 1929.

Sur un cas d'ostéomalacie amélioré par la radiothérapie ovarienne. MM. *O. Crouzon* et *L. Justin-Besançon* présentent une malade observée à la Salpêtrière pour ostéomalacie datant d'un an avec douleurs, déformations osseuses considérables et altération de l'état général.

Sous l'unique influence de la radiothérapie ovarienne, les altérations osseuses ont cessé d'évoluer, l'état général s'est considérablement amélioré et les douleurs ont disparu.

Les auteurs insistent sur ce fait que la calcémie de la malade était absolument normale.

Lithiase biliaire intra-hépatique. — MM. *Brulé*, *Leveuf* et *Stehelin*. — A l'autopsie d'un malade opéré pour lithiase du cholédoque, mais chez lequel on ne put faire qu'une cholécystostomie par suite de la gravité de son état, on trouva, outre de nombreux calculs dans le cholédoque, une lithiase intra-hépatique ; les canaux biliaires, petits et gros, étaient remplis de calculs et de boue biliaire ; en plein parenchyme, il existait un calcul de la grosseur d'un œuf.

L'examen histologique décela une cirrhose biliaire peu accentuée et une dégénérescence hépatique, qui, en l'absence de lésions inflammatoires, semblait surtout secondaire à la rétention biliaire. L'examen chimique du calcul montrait une composition se rapprochant de celle de la bile normale, mais avec un remplacement des alcalins par les alcalino-terreux. Il semble que la bile se soit progressivement précipitée derrière l'obstacle cholédocien.

Le malade avait depuis 25 ans des crises espacées de colique hépatiques et la lithiase cholédocienne était certainement très ancienne ; elle était cependant restée absolument latente pendant les deux dernièras années et la phase infectieuse avec ictère était d'apparition toute récente.

Sur l'emploi dans le régime des diabétiques des sucres caramélisés. — MM. *Labbé*, *Boulin* et *Gilbert Dreyfus* ont étudié le mode d'assimilation chez les diabétiques des sucres caramélisés, soit en l'introduisant dans le régime de malades probablement épuilibrés, soit en pratiquant des épreuves d'hyperglycémie provoquée. Il en ressort que ces sucres sont à peu de chose près aussi mal tolérés que le glycose ou la saccharose, non soumis à la caramélisation. Ils déterminent toujours une hyperglycémie et une glycosurie notables ? Ils ne méritent, en aucune façon, d'être introduits dans la diatétique.

M. *Rathery* partage l'opinion de M. Labbé et de ses collaborateurs,

Œdème à rechute et anémie grave chez un nourrisson carencé atteint de broncho-pneumonie récidivante. — MM. *Ribadeau-Dumas*, *Max Lévy* et *Louis Villemin* rapportent l'observation d'un enfant de 16 mois, pesant 8 kgr. 400, qui, depuis l'âge d un an, était atteint de troubles digestifs et d'anorexie, ayant entraîné une stagnation du poids ; il présentait, en outre, un léger œdème périphérique, une anémie marquée, un certain degré de rachitisme, le tout entretenu par un régime lacté exclusif et par une infection rhino-pharyngée chronique. L'évolution de trois foyers successifs de broncho-pneumonie entraîne l'exagération des symptômes précédents. Le nombre des globules rouges tombe à un million, les poussées fébriles amènent des oscillations considérables de la courbe de poids; atteignant 1 kgr. et s'accompagnant d'anasarque généralisée. On constate de l'hypoprotéinémie et d'inversion du rapport A/G La guérison survient, entraînant la disparition de tous ces phénomènes. Cette observation met en évidence l'extériorisation, sous l'effet d'une infection grave, d'un état latent d'œdème larvé lié à des troubles alimentaires ; c'est ce qu'avait décrit M. Barbier sous le nom d'athrepsie floride, M. Lesage, de constitution dysosmotique. Quant aux effets de la fièvre sur la courbe pondérale, ils sont variables selon les cas. Ici, les rétentions hydrosalines ont coïncidé, sans parallélisme rigoureux, avec les ascensions thermiques.

Thrombose générale multiple post-pneumonique. — MM. *E de Massary* et *Y. Boquien*. — Malade âgé de 27 ans, ayant présenté lors de l'épidémie de grippe de l'hiver dernier (février 1929) une pneumonie grippale typique ; défervescence normale avec crises classiques, le lendemain de la crise, réascension de température à 40°, coma, symptômes neurologiques d'excitation pyramidale diffuse : hyperréflectivité tendineuse, Babinski en extension bilatérale, hypertonie musculaire des membres. Mort le même jour. A l'autopsie, thrombose de l'artère sylvienne droite avec ramollissement cortical étendu ; thrombose artérielle et veineuse des vaisseaux de l'hémisphère gauche avec foyers multiples de ramollissement.

Septicémie pneumococcique chez un malade atteint de néphrite chronique. MM. *de Gennes*, *Boulin* et *Thomas*.

Erythème polymorphe avec streptococcémie. — M. *de Gennes* et Mlle *Dreyfus-Sée*.

Méningite aiguë probablement hérédo-syphilitique chez une gynandre. — MM. *F. Trémolières*, *André Tardieu* et *Paul Veran* communiquent l'observation d'une pseudo-hermaphrodite de 26 ans atteinte d'un syndrome méningé aigu, mais apyrétique avec hypercytose (100 éléments cellulaires par mmc. dont 50 polynucléaires et 40 lymphocytes, au début ; 160, dont 85 % de

lymphocytes au vingt-quatrième jour ; 28 lymphocytes par mmc. à la sixième semaine), hyperalbuminose, hypoglycorachie. Au cours d'un traitement mercuriel (cyanure), la guérison clinique se produisit en un mois ; mais consécutivement, survint une paralysie unilatérale du nerf cochléaire, rebelle à la thérapeutique spécifique. Les réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal étaient constamment négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Cette pseudo hermaphrodite, dont le père était un grand buveur, a des stigmates classiques d'hérédo-syphilis : tibias en lame de sabre, malformations craniennes et dentaires. Du point de vue morphologique, elle entre dans le groupe des gynandroïdes. Chez elle prédominent des caractères sexuels secondaires masculins (insuffisance de développement mammaire, hypertrichose du visage et de l'hypogastre). Du point de vue génital, l'on doit retenir l'aspect phalloïde du clitoris, l'étroitesse un vagin, qui conduit à la vessie, et l'absence de col utérin, décelable à l'urétroscope ou à l'exploration lipiodolée. Par de petit orifices situés dans la paroi inférieure et gauche du vagin, sort périodiquement le flux menstruel.

Cette observation est intéressante par la rarissime exception que constitue le fonctionnement glandulaire normal chez une gynandre hyposexuée et sur la coexistence paradoxale de la menstruation abondante et de caractères sexuels secondaires masculins accentués.

La nature de la méningite n'a pu être déterminée ni par les réactions biologiques, ni par les recherches bactériologiques répétées ; mais la rapide amélioration des signes cliniques par le traitement spécifique et certains stigmates dystrophiques attribués classiquement à la syphilis héréditaire, rendent très probable l'origine hérédo-syphilitique de cette méningite aiguë, malgré l'époque tardive de son apparition.

M. **Flandin** a observé un cas de méningite hérédo-syphilitique semblable ; les réactions biologiques étaient également négatives, mais le traitement par le cyanure a rapidement amélioré le malade.

M. **Comby** cite un cas de méningite hérédo-syphilitique.

M. **de Massary** pense qu'il ne faut pas exagérer les données du laboratoire pour le diagnostic clinique de méningite. Il y a des réactions leucocytaires très marquées sans signes de méningite clinique et des signes cliniques de méningite sans réactions marquées du liquide.

Insulino-résistance dans le diabète. — MM. ***F. Rathery, Maurice Rudolf, Thoyer*** et ***H. Villiers,*** après avoir éliminé les fausses insulino-résistances, distinguent l'insulino-résistance complète, extrêmement rare, et les insulino-résistances partielles ou relatives, très fréquentes, ils isolent parmi ces dernières celles portant sur les signes du diabète, et celles relatives à la marche générale de la maladie. Ils rapportent un certain nombre de ces insuffisances partielles.

a) L'insuline agissait sur des signes cliniques et l'état général ; mais pas sur les troubles traduisant l'état du métabolisme hydrocarboné, *b*) l'insuline agissant sur ces derniers mais d'une façon incomplète : persistance de l'acétonurie, de la glycosurie et de l'excrétion des corps acétoniques, les phénomènes précédents n'étaient qu'atténués quelle que soit la dose fournie ; *c*) l'insuline ne pouvait être augmentée sans phénomènes d'intolérance bien que la glycosurie et l'excrétion des corps acétonique persistent quoi qu'atténués.

En ce qui concerne les insulo-résistances se rapportant à la marche générale du diabète, ils décrivent les cas où la glycémie et l'excrétion des corps acétoniques continue à s'élever malgré des doses d'insuline identiques ou progressivement croissantes. Ils montrent que dans d'autres cas il faut, pour obtenir le même effet qu'au début, augmenter progressivement la quantité d'insuline.

Ils concluent que ces faits ne contre-indiquent nullement l'emploi de l'insuline ; celle-ci est un médicament indispensable en cas de diabète consomptif et de coma diabétique. Mais tous les sujets ne sont pas égaux devant l'insuline.

Le diabète doit relever de causes multiples et l'insuline n'est certainement pas le seul facteur qui intervienne dans le métabolisme des glucides.

Diabète et hypoglycémie. — MM. ***Rathery*** et ***Rudolf*** rapportent l'observation d'une malade atteinte d'une glycosurie de 38 grammes avec acétonurie importante : acétone et ac de diacétique 0 gramme 76, acide 50 oxybutyrique 4 grammes, présentant une glycosurie de 0 gramme 90. Ils ont fait chez cette malade une série de recherches. En augmentant les féculents, ils ont déterminé une réduction d'excrétion des corps acétoniques et ectogènes en même temps qu'une élévation de la glycosurie et de la glycémie ; mais cet effet n'était pas constant. Ils ont pu par le régime strict pauvre en féculents provoquer une augmentation de la glycémie, de l'excrétion des corps acétoniques et de l'acide cétogène tandis que la glycosurie ne variait pas. Après remise au régime des féculents, la glycémie, l'excrétion des corps acétoniques et de l'acide cétogène s'abaissaient, la glycosurie restait identique. Les auteurs rapportent une série d'autres expériences qu'ils ont effectuées.

Ils montrent l'extrême variabilité des résultats obtenus et la complexité de la question du diabète rénal qui ne paraît pas répondre à un simple abaissement du seuil du rein pour le glucose.

Evolution parallèle de l'azotémie et de l'hypothermie dans un cas de néphrite infectieuse. — MM. ***P. Merklen*** et ***Brusset.***

Maladie rhumatismale à longue précession pleurale, puis à localisation pluriséreuse de diagnostic difficile avec la tuberculose. — MM. ***F. Bezançon, R. Weismann, Netter*** et ***Mlle J. Scherrer*** relatent l'observation d'une malade atteinte de décembre 1927 à février 1928 d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche d'allure traînante avec récidive, ayant laissé à sa suite des séquelles de pleurite adhésive. De février à juillet 1928 sont apparues successivement : une réaction péritonéale simulant une appendicite, une pleurésie droite, une endo péricardite, puis enfin des manifestations articulaires discrètes.

A l'inverse de la pleurésie initiale, toutes ces localisations ont eu l'allure fluxionnaire de la maladie rhumatismale. Leur guérison a été rapidement et complètement obtenue par le traitement salicylé. Les auteurs insistent sur l'extrême difficulté de diagnostic d'une pareille forme de la maladie de Bouillaud avec la tuberculose. Ce diagnostic devra être étayé par l'examen cytologique du liquide pleural, par les résultats de l'inoculation au cobaye, par ceux du traitement d'épreuve au salicylate.

Influence de la grossesse sur le seuil de sécrétion du glucose au cours du diabète. — M. ***Max M. Lévy*** rapporte l'observation d'une femme atteinte de diabète bénin caractérisé par une glycémie critique peu élevée, et par un élément rénal peu marqué. (Faible excès de la glycémie sur le seuil de sécrétion après 3 jours de régime mixte, comportant 175 gr. d'H. C.)

Le développement d'une grossesse accentue la glycosurie. L'étude systématique des variations du seuil de sécrétion révélant son écartement progressif de la glycémie met en évidence le rôle primordial de la gravidité sur le facteur rénal qui s'accentue au fur et à mesure du progrès de la grossesse. L'importance des variations du seuil mis en lumière par sa mesure, l'est également par ce fait que la thérapeutique insulinique active pendant les premiers mois de la grossesse, où le trouble basal est manifeste, devient inopérante en fin de grossesse alors que l'élément rénal devient plus marqué.

Amylose rénale pure avec troubles lipidémiques et protéidémiques. — MM. ***P. Merklen*** et ***E. Aron*** rapportent un cas d'amylose rénale pure qu'ils opposent aux faits d'amylose avec néphrite. La polyurie, une forte albuminurie, l'absence de culot de centrifugation et de cylindrurie, l'hypotension, affirmaient le diagnostic ; pas de signes d'insuffisance rénale. A signaler, au point de vue clinique, des douleurs lombaires, qui semblent exceptionnelles en pareilles circonstances.

Par ailleurs, il y avait exagération de la lipidémie : chiffres élevés de cholestérol, de l'insaponifiable X et des acides gras. Taux des albumines et de la sérine plutôt faibles, pas d'inversion de la formule.

Etudiant spécialement la lipidémie, les auteurs trouvent des chiffres analogues à ceux des états dits néphrose lipoïdique. Ils rappellent à ce propos que Bard et Labbé acceptent un rap-

prochement entre cette dernière et la dégénérescence amyloïde, et ils se rallient à cette façon de voir. Ils n'en considèrent pas moins que l'on n'est pas en droit jusqu'à plus ample informé de retirer à l'amylose rénale l'autonomie qu'elle tient de la clinique. Leur observation prouve dès lors qu'une amylose sans néphrite peut aller de pair avec des perturbations lipidémiques analogues à celles qui s'observent au cours de certaines néphrites. Cette donnée essentielle apprend combien il est difficile de rattacher la lipidémie à une insuffisance rénale et explique que les efforts tentés dans cette voie n'aient pas abouti. Un trouble métabolique général condense la situation en cas d'amylose pure, capable à la longue d'aboutir à de la néphrite. De plus en plus on considère du reste que diverses néphrites représentent moins des affections des reins que des aboutissants d'états métaboliques primitifs.

Essais de traitement des staphylococcies cutanées par les lysats-vaccins. — *MM. Flandin* et *Duchon* ajoutent aux observations antérieures de septicémie et de pleurésies purulentes à staphylocoques, une série d'observations de staphylococcies cutanées (furonculoses, anthrax) traités par des lysats-vaccins.

Ils notent les bons effets obtenus dans les furonculoses rebelles, les furoncles de la lèvre supérieure, les anthrax chez les diabétiques.

L'activité de la lyso-vaccinothérapie se manifeste par l'atténuation de la douleur, l'affaiblissement de la tuméfaction, l'afflux leucocytaire, l'arrêt des repiquages.

Là encore, on observe les altérations dans la texture des germes, signalées à l'occasion des pleurésies purulentes.

Le traitement comporte une série d'injections sous-cutanées.

Pour MM. Flandin et Duchon, la vaccination profonde reste le traitement adjuvant à mettre en action dans un deuxième temps, en raison de la création probable d'une barrière épidermique de défense, qui entraverait aussi bien l'évolution vers la surface, de l'infection venue de la profondeur. Ils ne réservent cette dernière méthode qu'aux infections très superficielles, épidermiques, telles que pyodermites.

René GIROUX.

GLANURES

Qui a inventé la vaccination ? — On en a attribué communément le mérite à Jenner ; M. Francis Marre rappelle, dans le *Correspondant*, à propos de l'épidémie de variole qui vient de sévir en Angleterre, que Jenner eut peut-être un précurseur.

Pendant tout le Moyen Age et une partie des temps modernes, la variole fut une maladie aussi terrible que la peste. Bernouilli évalue à 600.000 le nombre de personnes qu'elle tuait chaque année. Vers le début du règne de Louis XV, on eut, en France, l'idée de la combattre par l'inoculation. On choisissait un sujet ayant une variole aussi discrète que possible ; on inoculait à un sujet sain le liquide d'un bouton varioleux et quatre jours plus tard se déclarait une vésicule qui se transformait bientôt en une pustule mère; entourée de pustules satellites. Vers le septième jour, la fièvre d'invasion se déclarait et la variole suivait son cours. Le plus souvent, le sujet inoculé avait une variole très bénigne, il gagnait l'immunité et n'avait plus à redouter les conséquences du fléau épidémique. Mais il devenait lui-même dangereux pour son entourage, et l'inoculation provoquait parfois des atteintes graves, voire des atteintes mortelles. Aussi l'inoculation suscita-t-elle d'ardentes controverses et parmi les médecins, ses partisans n'étaient guère plus nombreux que ses détracteurs (1).

En 1770, un pasteur protestant des environs de Montpellier constatait que les vaches étaient souvent atteintes d'une maladie contagieuse, relativement bénigne, ayant des symptômes analogues à ceux de la variole humaine. Il remarquait en même temps que les personnes qui soignaient et surtout travaient ces vaches malades n'étaient jamais atteintes par la contagion variolique. Il se demanda alors si, pour pratiquer l'inoculation, très en faveur à cette époque auprès des praticiens de l'école montpelliéraine, il ne conviendrait pas de substituer les pustules de la vache à celles de l'homme. Le pasteur,

(1) Si l'on en croit L. Lacour, il en coûtait alors vingt ou vingt-cinq louis pour cette opération.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Paris-Interlaken, par le P.-L.-M.

Du 1er juillet au 10 septembre, des trains express de toutes classes circulent entre Paris et Interlaken, via Pontarlier. C'est la voie la plus courte, la plus rapide et la moins onéreuse.

Relation de nuit avec places de lits-salon : Départ de Paris-P.-L.-M., 22 h. 08. Arrivée à Neuchâtel, 7 h. 20 ; à Berne, 8 h. 19 ; à Interlaken, 9 h. 59. Au retour : Départ d'Interlaken, 18 h. 10 ; de Berne, 19 h. 40 ; de Neuchâtel, 20 h. 30. Arrivée à Paris-P.-L.-M., 5 h. 35.

Relation de jour : Départ de Paris-P.-L.-M. : 8 h. 05. Arrivée à Neuchâtel. 16 h. 59 ; à Berne, 17 h. 55 ; à Interlaken, 19 h. 26. Wagon-restaurant entre Paris et Frasne. Au retour : Départ d'Interlaken, 11 h. 50 : de Berne, 13 h 14 ; de Neuchâtel, 14 h. 05. Arrivée à Paris-P.-L. M.. 22 h. 18. Wagon-restaurant de Frasne à Paris.

nommé Rabaud-Pommier communiqua ses observations à quelques médecins dont il était l'ami, et leur demanda de bien vouloir tenter des expériences. Ils l'éconduisirent doctement. De quoi se mêlait un profane !

Rabaud-Pommier ne se tint pas pour battu. Il continua à noter les observations, toujours concordantes qu'il eut l'occasion de faire. Quelques années plus tard, en 1783, un commerçant de Bristol, Jacques Ireland, vint passer l'hiver à Montpellier où il accompagnait sa fille convalescente ; Rabaud-Pommier fit sa connaissance et lui parla de ses découvertes. Jacques Ireland mit le pasteur en relations avec un médecin de Londres, le Dr Pugh. Celui-ci le communiqua à quelques-uns de ses confrères, tenta lui-même des expériences, en 1784, et obtint des cures intéressantes. Le fait est établi par une lettre très explicite que Jacque Ireland adressa en 1811 au pasteur Rabaud-Pommier.

Entre 1784, date où les expériences de Pugh furent poursuivies en Angleterre, et 1811, date où la lettre de Jacques Ireland fut écrite, un médecin de Cheltenham, qui s'appelait Jenner, et qui était un partisan résolu de l'inoculation, fit des constatations semblables à celles que Rabaud-Pommier avait faites à Montpellier en 1770. Il en tira les mêmes conclusions... et en 1796 publia son premier Mémoire sur la vaccine. Il connut rapidement le succès, la gloire et la fortune. En 1803, sa méthode fut importée en France par la Rochefoucaud-Liancourt. Le premier consul demanda l'avis d'une commission scientifique et cet avis fut favorable ; il était formulé, à titre de rapporteur, par un médecin dont le nom a quelque notoriété, mais pour un motif qu'on pourrait appeler « paramédical », le docteur Guillotin.

Jenner avait-il eu connaissance des expériences du Dr Pugh et de ses confrères Londoniens ? Les ignorait-il ? On ne saurait le dire.

Mais tous les découvreurs n'ont-ils pas eu des précurseurs !

La question de la dépopulation de la France au XVIIIe siècle. — Cette question suscite, dans certains esprits, tant de craintes patriotiques que le document ci-dessous sera lu avec intérêt et consolera, puisqu'il y a un siècle et demi on poussait un cri d'alarme et que cependant cette France, armée de quelques idées de progrès, a bouleversé puis dominé l'Europe.

Réflexions sur la propagation de l'espèce humaine,
par le Maréchal de SAXE (1).

Après avoir traité d'un art qui nous instruit avec méthode à la destruction du genre humain, je vais tâcher de faire connaître les moyens auxquels on pourrait avoir recours pour en faciliter la propagation.

Il n'y a chose dont on ne s'avise lorsqu'on n'a rien à faire : l'on réfléchit sur les plus élevées ainsi que sur les moindres. La diminution extraordinaire dans le monde, depuis Jules César, a souvent attiré mon attention ; il est certain que les peuples innombrables qui habitaient l'Asie, la Grèce, la Scythie, la Germanie, ont disparu à mesure que la religion chrétienne s'est étendue en Europe et la Mahometane dans les autres parties du monde. Cette diminution va toujours en augmentant. Il y a environ soixante ans que M. de Vauban fit le dénombrement des habitants qui étaient en France ; il en trouva vingt millions, il s'en faut bien que ce nombre soit à présent.

Je suis persuadé qu'on sera un jour obligé de faire quelque changement dans la religion à cet égard ; car si on considère combien les usages qui y sont établis sont contraires à la propagation, l'on ne sera point étonné de cette diminution. Le mariage y est opposé, ainsi que l'éducation ; les plus belles années se passent dans l'attente d'un mari ; la nature, cependant, ne perd pas ses droits et la femme fait des choses qui détruisent les parties de la génération. La coquetterie, la débauche les accompagnent, et la réputation de passer pour vierges ne contribue pas peu à la diminution de l'espèce.

(1) Cet opuscule, d'après la *Curiosité Littéraire* (2e série, chez Bidon-Lisieux, 1881), est placé à la suite de l'édition des *Rêveries*. — La Haye, chez Pierre Gosse, junior, libr. de S. A. R.. 1756.

L'auteur, comte Maurice de Saxe, est le célèbre maréchal de France de ce nom, né à Dresde en 1696. mort en 1750, le vainqueur de Fontenoy, Rocoux, etc.

Il faut ajouter à cela que telle femme qui ne fait pas d'enfants avec le mari qu'elle a, en ferait avec un autre, parce que, souvent, les dégoûts s'en mêlent : le mari et la femme ne font que languir ensemble, et tout le système, en général, est contraire aux lois de la nature.

Selon la Sainte Ecriture le premier commandement que Dieu fit à l'homme est : *Croissez et multipliez* ; de tous c'est celui auquel on fait le moins attention.

Si l'on refuse à la nature ce qu'elle demande, la faculté d'engendrer se perd, et, de cent femmes qui se livrent au manège des filles, a peine y en a-t-il dix capables de génération. Combien donc de femmes inutiles dans un Etat et peu propres à remplir les devoirs pour lesquels l'auteur de la nature les a créées ! Que l'on examine partout, dans les villes et à la campagne, si l'on ne trouvera pas dix filles non mariées qui sont en l'état d'avoir des enfants, contre une qui le sera !

Un législateur qui formerait un système sur la propagation en faisant des lois sages, détruirait la débauche, parce qu'elle n'est point dans la nature et ne tire son origine que des lois qui y sont opposées : ce législateur formerait les fondements d'une monarchie redoutable à toute la terre. Pour cela il faudrait établir, par l'éducation, que la stérilité vient de la débauche et y attacher la honte dès l'âge de quinze ans ; plus une femme aurait d'enfants, plus sa situation serait heureuse, ce qui pourrait se faire en ordonnant que le dixième, soit du revenu des enfants ou de l'ouvrage de leurs mains, serait consacré à leur mère ; alors cette mère emploierait toute son industrie à les élever pour se faire, par leur nombre, un avenir heureux. Il faudrait aussi faire une ordonnance par laquelle une mère qui aurait une fois présenté au magistrat dix enfants vivants aurait cent écus de rente, et celle qui en aurait présenté vingt, mille. Cette perspective, pour les gens du commun, ferait qu'ils emploieraient toute leur industrie à les bien élever, et s'en feraient, dès leur jeunesse, un point capital ; les mères ne prêcheraient pas autre chose à leurs filles.

On pourrait peut être m'objecter que les pères craindraient de se charger de trop d'enfants ; mais je réponds à cela qu'ils coûtent peut quand ils sont petits ; et l'on a toujours remarqué que plus un artisan ou paysan a d'enfants, mieux vont ses affaires, parce que, dès l'âge de six ou sept ans, il les emploie à quelque chose.

Mais, pour parvenir plus efficacement à bien peupler, il faudrait établir, par les lois, qu'aucun mariag , à l'avenir, ne se ferait que pour cinq années, et qu'il ne se pourrait renouveler sans dispense s'il n'était né aucun enfant pendant ce temps ; mais aussi que les mêmes époux qui auront renouvelé leur mariage jusqu'à trois fois et qui auront eu des enfants, seront inséparables pour le reste de leur vie. Tous les théologiens du monde ne pourraient prouver l'impiété de ce système, parce que le mariage n'est établi que pour la population.

Si la religion chrétienne est contraire à la population en rendant les mariages indissolubles, et en ne permettant qu'une

seule femme, la Mahométane ne l'est pas moins en accordant la pluralité ; car, dans ce nombre de femmes enfermées, une seule ordinairement s'empare du cœur de son maître, et les autres, qui deviennent des servantes, sont inutiles. Tous les hommes exercent un pouvoir tyrannique sur ce sexe charmant, parce que c'est eux qui ont fait les lois et que ces lois leur sont commodes. Les Turcs les enferment, et nous les tyrannisons par ces préjugés. Voilà d'où vient la fausseté dans les femmes, parce qu'elles sont continuellement contraintes de déguiser ce qu'elles pensent, tout leur système n'étant point dans la nature. Si chaque femme était en droit de se choisir un mari d'après son inclination et pour un temps limité, on ne leur verrait point faire des choses contraires à la nature, ni de celles où elles courent risque de la vie ; le temps des amours viendrait, et ce temps serait tout employé à l'amour ; l'on ne verrait pas de débauches, parce que les hommes ni les femmes n'y auraient point recours pour satisfaire aux lois de la nature, qui est sage, et cette facilité de se marier et de se quitter ferait que tout le monde se marierait. L'on arrêterait par là les progrès du mal contagieux qui affecte toute la terre et qui altère de jour en jour l'espèce des hommes. Pour être certain de cette vérité, il n'y a qu'à considérer la différence des peuples où ce mal a commencé à faire ses premiers progrès, d'avec ceux où il est moins connu.

Voyons, par un calcul raisonné, la différence du plus ou du moins que cela ferait à la population.

Lorsque les femmes ne produisent qu'une fille chacune, que nous nommerons femme, une femme n'aura produit, à la di- dixième génération, qu'une femme à l'Etat. Nous voulons prendre six générations, chacune de trente ans, ce qui fera 180 ans.

Si une femme en produit deux :

La première	2
Les deux secondes	4
Les quatre troisièmes	8
Les huit quatrièmes	16
Les seize cinquièmes	32
Les trente deux sixièmes	64

femmes en 180 ans.

Ainsi la différence sera de 1 à 64, si elles en font deux au lieu d'une.

Si elles en produisent trois en trente ans, qui est un nombre tout commun et tout ordinaire pour celles qui se mettent à en faire et que, parmi celles-là, il s'en trouve qui le passent de beaucoup (je suppose donc que toutes les femmes agissent de bonne foi, par principe de religion, par leur intérêt et selon les lois de la nature) :

La première	3
La troisième	9
La neuvième	27
La vingt-septième	81
La quatre-vingt-unième	163
La cent soixante-troisième	489

femmes en 180 ans.

Et, en ajoutant autant d'hommes, cela ferait 978.

Par conséquent, 10 femmes	9.780
— 100 —	97.800
— 1.000 —	978.000
— 1.000.000 —	978.000.000

Ainsi, un million de femmes qui est à peu près la dixième partie de celles qu'il y a en France, auront produit, en 180 ans, 978 millions d'âmes, lorsqu'elles auront fait chacune six enfants. Ce nombre est énorme ; lors même qu'on en retrancherait les trois quarts, il serait prodigieux.

Le buste d'Hippocrate. — Si l'on en croit les *Nouvelles littéraires* (20 juillet 1929) le buste d'Hippocrate que l'on voit dans la plupart des pharmacies de province représenterait Arsène Houssaye.

Arsène Houssaye avait fait faire son buste par un des sculpteurs les plus en vogue au XIXe siècle, mais un mouleur malhonnête en tira un grand nombre de plâtres, les baptisa du nom d'Hippocrate et les vendit.

Qui eût dit que l'auteur du *Quarante et unième fauteuil de l'Académie française* passerait à la postérité sous les traits d'Hippocrate ?

NOUVELLES

Société mutuelle de retraite des médecins du front. — L'Assemblée générale constitutive de la Société avait eu lieu le 26 février 1929 ; une nouvelle assemblée générale réunie le 15 mai 1929, au Foyer médical, 10, avenue d'Iéna, devait procéder à l'élection de son Conseil d'administration et des membres de son Bureau.

Ont été élus : président : Dr Patay, père, de Rennes (Ille-et-Vilaine) ; vice-présidents : Dr Dautrey, de Vignory (Haute-Marne), Dr Leroux, de Paris ; secrétaire général : Dr de Médevielle, de Paris ; trésorier ; Dr Lassance, de Bains-les-Bains (Vosges) ; trésorier adjoint : Dr Sérée, du Vésinet (Seine-et-Oise) ; membres du Conseil d'administration : Drs Coulange, de Marseille, Dardel fils, de Gisors (Eure), Jaillet, de Saint-Amand-de-Vendôme (Loir-et-Cher), Odeyé, de Lesneven (Finistère) ; commissaires aux comptes : Drs Berson, de Coulommiers (Seine-et-Marne) ; Meurice, de Paris.

Il fut, en outre, décidé d'organiser des conférences dominicales dans les départements pour faire connaître aux médecins du front les avantages considérables de la Retraite des médecins du front à laquelle peuvent participer tous les médecins titulaires de la carte de combattant, affiliés ou non à la Fédération des médecins du front, les veuves, orphelins, ascendants de médecins morts pour la France, et qui leur assure après 10 ans de versements, et même après 4 ans, au-dessus de 50 ans, une retraite de 6.000 francs par an, pour laquelle l'Etat consent des subventions annuelles allant de 25 à 60 % des primes en application de la loi du 23 juillet 1924 modifiée par celle du 28 décembre 1928.

Demander, dès maintenant, tous renseignements au secrétariat 61, rue Erlanger, Paris-XVIe.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — M. le médecin colonel Petges.

MM. les médecins lieutenants-colonels Marie, Auvray, Lallement.

MM. les médecins commandants Demard, de Gorsse, Debève, Pettit, Graziani, Giry, Doumenjou, Dupretz, Fossier, Jeandelize, Lambert, Roulland, Mabin, Rudler, Beaudet, Mercier, Serr, Margorot, Arne.

MM. les médecins capitaines Wallet, Galtier, Martial-Lagrange, Roustain, Delattre, Deslandes, Philippe, Rongier, Fournier, Thiéry, Bondet, Eck, Grojean, Deronnelle, Lalague, Voisselle, Cloitre, Aurenche, Fohano, Dhotel, Dudon, Gand, Lambert, Durand, Musy, Duchazeaubeneix, Astraud, Baumel, Nicaud, Levant, Rouzaud, Ballivet, Villechaize, Chalard, Gisclard, Froustey, Philippe, Jobelin, Joly, Nilus, Altembach, Busson, Dumas, Loderlindh, Mosnier, Moulinas.

Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1929 commencera le 3 octobre et sera terminée le 17 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur ; M. Roger.

Ophtalmologie. — Professeur : M. de Lapersonne.

Hygiène et épidémiologie exotique. — Professeurs : MM. Camus Marchoux, Pozerski, Teissier, Tanon.

Maladies cutanées. — Professeurs : M. Gougerot.

Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lecène.

Règlements sanitaires. — Professeur : M. Tanon.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'Institut possède trente microscopes à immersion, dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention « médecine » ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser. — Un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parisitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr. ; deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les insriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 25 septembre, tous les jours, de midi à 3 h.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine),

Hôpitaux de Province. — LORIENT. — Un concours pour un emploi de médecin suppléant des hôpitaux civils de Lorient sera ouvert le lundi 21 octobre 1929, à 9 h. du matin, au siège de la Faculté de médecine de Paris.

Ce concours est réservé seulement aux médecins français, docteurs d'une des facultés de France exerçant à Lorient depuis un an au moins et âgés d'au moins vingt-cinq ans.

Les candidats devront adresser leur demande d'inscription par lettre recommandée et déposer leurs pièces le 1er octobre 1929, au plus tard, au bureau du directeur des hôpitaux et hospices civils de Lorient.

Agrégation des Facultés de médecine. — L'arrêté du 6 avril 1929 est complété ainsi qu'il suit :

« Les candidats doivent également justifier :

Pour les sections 1 à 20 inclus, du grade de docteur en médecine ;

Pour les sections 21, 22 et 23, du diplôme d'Etat de pharmacien ». (*J. O.*, 31 juillet 1929.)

Ecoles de médecine. — Clermont. — Un concours pour un emploi de chef de travaux de physique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont s'ouvrira le lundi 4 novembre 1929, au siège de ladite Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Rouen. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant de clinique médicale et pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen s'ouvrira le lundi 4 février 1930 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre (Réserve). — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins commandants Dupretz, Fossier, Jeandelize, Lambert, Roulland, Mabin, Rudler, Beaudet, Mercier, Serr, Margarot, Arne.

MM. les médecins capitaines Wallet, Galtier, Martial-Lagrange, Roustain, Delattre, Deslandes, Philippe, Rongier, Fournier, Thiéry, Bondet, Eck, Grojean, Deronnelle, Lalague, Voisselle, Cloitre, Aurenche, Fohano, Dhotel, Dudon, Gand, Lambert, Durand, Musy, Duchazeaubeneix, Astraud, Baumel, Nicaud, Levant, Rouzaud, Ballivet, Villechaize, Chalard, Gisclard, Froustey, Philippe, Jobelin, Joly, Nilus, Altembach, Busson, Dumas, Soderlindh, Mosnier, Moulinas.

MM. les médecins lieutenants Guillaumont, Walter, Menier, Chataing, Pelle.

M. le médecin sous-lieutenant Calvet.

Le surmenage scolaire. — M. le docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine, médecin du Lycée Louis-le-Grand, est nommé membre de la Commission spéciale chargée de procéder à une enquête sur la question des horaires et du surmenage scolaire.

Académie royale de médecine de Belgique. — L'Académie a élu :

Au titre de membre titulaire : MM. les professeurs Delrez (de Liège) et d'Hollander (de Louvain).

Au titre de membre correspondant belge : MM. les docteurs Max Cheval et Rodhain (de Bruxelles).

Au titre de membre correspondant étranger : MM. les professeurs F. R. Lillie, Donati et Brumpt.

Réunion médicale franco-belge à Cassel et Petite-Synthe. — Les médecins du nord de la France et des groupements franco-belges, des vallées de l'Escaut, de la Lys, de l'Yser, de la Rhonelle, ainsi que les dames, sont invités à assister le 22 septembre 1929 à une réunion médicale qui doit avoir lieu à Cassel et Petite-Synthe.

10 h. 30. — Réunion à l'Hôtel de Ville de Cassel. Réception par la Municipalité. Conférence du docteur Voronoff sur « Les Greffes de Voronoff ».

11 h. 30. — Présentation des différents groupements médicaux franco-belges au pied de la statue du Maréchal Foch.

Le Dr Dhondt, de Wervicq, président du Cercle des médecins de Frontière de la Vallée de la Lys dépose une gerbe au nom des différents groupements.

Allocution du professeur Vanverts, président d'honneur du groupement central franco-belge.

Midi. — Départ en autos et auto-cars pour Petite-Synthe. Visite de la Maison de santé de Petite-Synthe sous la direction des docteurs Foubert et Parise. Photographie.

Banquet par souscription (40 francs).

16 h. 30. — Réunion d'affaires sous la présidence des docteurs Delecoeillerie (Vallée de l'Escaut) et Vande Wynchiel (Vallée de l'Yser).

Question à l'étude : Le service médical des Forges de Firminy.

Inscription. — On ne prendra plus aucune inscription au banquet après le 15 septembre.

Ecrire : France : Docteur Foubert Petite-Synthe (Nord). Docteur Parmentier. Lannoy (Nord).

Belgique : Docteur Dhondt. Wervicq, Docteur Delecoeillerie. Templeuve.

Les départs des croisières médicales à Zeebrugge. — C'est un événement dans les annales maritimes belges qui vient de se passer à Zeebrugge le 12 et le 13 de ce mois. Et cet événement fut dû — chose plutôt inattendue — à deux initiatives médicales. Le paquebot de grand luxe *Brazza* des Chargeurs Réunis, affecté normalement à la ligne d'Afrique Occidentale, et le paquebot de grand luxe *Espagne* de la Compagnie générale transatlantique, courrier

normal du Mexique, sont venus embarquer leurs passagers dans le grand port côtier, désormais historique. Le *Brazza* (15.000 tonnes, 143 mètres, chauffé au mazout, propulsion électrique par moteurs Diezel) entièrement affrété par « Bruxelles-Médical » pour sa croisière au Cercle Polaire, avait à son bord des médecins venus de Belgique, de France, de Hollande, du Grand-Duché de Luxembourg, de Suisse, d'Italie, d'Espagne, de Tchéco-Slovaquie, de Roumanie, du Portugal et d'Egypte. L'*Espagne*, (14.000 tonnes, 172 mètres, 14.000 HP.), affecté à une croisière en Baltique, conduisait à Gdynia, d'où ils se rendent à Varsovie, les membres du Congrès international de chirurgie qui vient tenir ses assises dans la capitale polonaise ; les nationalités suivantes étaient représentées a bord : Belgique, France, Grande-Bretagne, Argentine, Hollande, Italie, Espagne, Etats-Unis, Suède, Tchéco-Slovaquie, Grèce, Egypte, parmi lesquelles des noms illustres de la chirurgie, soit au total, pour les deux navires, près de 600 passagers.

C'est un événement, avons-nous dit. En effet, ces deux paquebots sont les plus grandes unités qui se soient jamais présentées dans le port du littoral belge. Au nombre des passagers, à leur qualité, à leurs nationalités, il convient donc d'ajouter la démonstration désormais faite de la capacité du port de Zeebrugge, que des compagnies étrangères se plaisent à nier. Et ce sont des médecins qui ont réalisé cela !

Enfin, dans une délicate pensée pour ceux qui ont rendu Zeebrugge à jamais célèbre, les commandants et états-majors des deux paquebots, soit une trentaine d'officiers, dont la plupart appartiennent à la réserve de la marine de guerre, et dont certains ont commandé devant l'ennemi, ont déposé une gerbe au monument du *Vindictive*, à la mémoire des héros qui sont morts là-bas pour nous assurer la liberté des mers, condition indispensable de la victoire. Le Bureau de la Société internationale de chirurgie et *Bruxelles-Médical* avaient tenu à se joindre à eux et à accomplir le même geste.

L'an prachain, la croisière de Bruxelles-Médical *aura vraisemblablement lieu* « Aux Capitales du Nord », *Oslo, Stockholm, Visby (Ile de Gothland, Riga, Helsingfors, Leningrad, Gdynia (Varsovie), Dantzig, les villes hanséatiques, pour arriver à Copenhague pour le Congrès (5 août)* ; OU BIEN « de l'Adriatique méridionale au Mont-Athos » *par la Dalmatie, le Monténégro, l'Albanie, Corfou, la Grèce jusqu'à Salonique et retour par la Sicile. La section des voyages de* Bruxelles-Médical (29, *boulevard Adolphe-Max, à Brüxelles) insiste auprès de nos lecteurs pour qu'ils fassent parvenir toutes suggestions qu'ils jugeraient utiles.*

Faculté de médecine de Lyon. — *Clinique obstétricale de la Charité.* — *Cours de perfectionnement et de pratique obstétricale* du 14 octobre au 9 novembre 1929 sous la direction de M. le professeur VORON, assisté de MM. GAUCHERAND, BANSILLON, PIGEAUD, BROCHIER et CHAVENT.

Le but de ce cours est essentiellement pratique.

Les élèves assistent aux consultations de grossesse et aux consultations de nourrissons.

Ils suivent les visites dans les salles d'accouchées et à l'infirmerie.

Chaque élève aura la charge d'un certain nombre de femmes enceintes dont il surveillera l'accouchement, exécutant lui-même, sous la direction du chef de clinique, les manœuvres obstétricales nécessaires.

Le programme comporte en outre :

1° Chaque jour, de 8 h. 30 à 9 h. 30 : A. Examen obstétrical de femmes enceintes ; B. Exercices pratiques de manœuvres obstétricales ;

2° Trois fois par semaine, à 16 h. 30 : Conférence de propédeutique obstétricale ;

3° Les mardi et jeudi à 10 heures : Cours théorique traitant des dystocies ainsi que de la pathologie de la grossesse et des suites de couches.

Droit d'inscription : 250 francs à verser en se faisant inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine, avant le 10 octobre au plus tard.

Le nombre des places est limité.

Eugénique. — *Section d'Eugénique de l'Institut international d'anthropologie. (Société française d'eugénique.)* — A l'occasion du Congrès de Rome (septembre 1929), la Fédération internationale d'eugénique pose les questions suivantes : recherches statistiques sur les effets eugéniques et dysgéniques de la guerre :

1. Variations dans le nombre des naissances, les avortements, les accouchements prématurés et des morts-nés pendant et après la guerre. — 2. Etude de la mortalité infantile pour faiblesse congénitale ou vices congénitaux (malformations) au cours des mêmes périodes. — 3. Variations dans le nombre des accouchements multiples. — 4. Enquête sur les variations dans les caractéristiques physique des nourrissons nés à terme. — Diffusion de l'allaitement au sein pendant la guerre. — 6. Mortalité des enfants nés pendant la guerre. — 7. Diffusion de l'emploi des femmes dans les industries pendant la guerre. — 8. Variation dans le nombre des

mariages pendant la guerre en comparaison avec les périodes précédentes.

Il serait peut-être bon, dans les réponses, de distinguer la période immédiate d'après-guerre de la période suivante.

MM. les membres de la section sont instamment priés de donner leur avis sur ces questions et d'apporter les documents, renseignements, etc., en leur possession qui pourraient faciliter la tâche de M. Briand, rapporteur à la Fédération internationale.

La pharmacie centrale de l'Armée sera-t-elle transférée à Marseille ? — Le projet de transfert à Marseille de la pharmacie centrale de l'Armée a soulevé des polémiques et des protestations. Voici ce qu'écrit le journal l'*Œuvre* (3 août 1929) hostile au projet de transfert à Marseille, à propos de la proposition de résolution déposée par le Dr J.-A. Molinié et M. F. Piétri contre ce projet.

« L'*Œuvre*, le 25 mai et le 27 juin dernier, signalait l'intention qu'avaient les bureaux supérieurs du ministère de la guerre de transférer à Marseille la pharmacie centrale de l'armée, sise actuellement à Paris, place Vauban.

Déjà nous avions fait apparaître que cette dislocation — car des bureaux resteraient dans Paris et deux dépôts seraient installés à Vanves et à Clamart — serait néfaste, illogique et coûteuse.

Voici qu'à leur tour s'émeuvent deux parlementaires, le Dr Molinié et M. François Piétri, qui viennent de déposer, contre ce projet, une proposition de résolution fortement motivée.

La pharmacie centrale de l'armée, disent-ils, est indispensable. Elle régularise les cours, prépare des drogues sélectionnées, et son maintien à Paris ou dans sa banlieue constitue une nécessité clinique. Là seulement elle peut remplir sa fonction.

Le transfert à Marseille de la pharmacie centrale de l'armée constitue une erreur d'une gravité *exceptionnelle*.

Le jour où Marseille sera le grand centre de distribution des produits, il s'ensuivra des frais énormes de transports et d'expéditions. En période de guerre, Marseille peut être plus que Paris débordé par les commandes.

En outre, font remarquer les deux parlementaires, le transfert de la pharmacie centrale de l'armée à Marseille soulève des polémiques très vives et des protestations d'autant plus naturelles que Marseille cherche actuellement à se substituer par une faculté à la vieille école médicale de Montpellier.

Il y a aussi un aspect social du problème. Le syndicat des préparateurs en pharmacie proteste. L'état-major du service de santé paraît ne pas être unanime. La section sanitaire de la mobilisation donne des arguments contraires. L'association générale des pharmaciens de réserve se montre opposée au transfert. L'association générale des pharmaciens de France demande que l'on prenne son avis. La Faculté de pharmacie de Paris serait heureuse que l'on consulte les commissions parlementaires où une délégation pourrait être entendue.

Malgré cette argumentation et ces protestations multiples, le ministre de la guerre paraît vouloir maintenir son point de vue.

Les commissions de l'armée, de l'hygiène et des finances n'ont jamais été consultées, poursuivent MM. Molinié et Piétri.

Nous ne pouvons concevoir qu'une loi de centralisation votée par la Convention nationale soit abrogée par un simple décret de dispersion de services.

Le personnel (90 personnes) sera, dit-on, occupé à d'autres emplois, s'il ne consent pas à partir à Marseille. Cette solution d'un problème d'ordre général et d'intérêt général comporte à l'égard du personnel spécialisé une injustice grave !

Aussi la proposition suivante est-elle déposée sur le bureau de la Chambre :

« La Chambre invite le gouvernement à maintenir dans son intégrité la loi du 3 ventôse, an II de la République, qui créa la Pharmacie centrale de l'armée.

« Elle demande que toute modification apportée à cette loi soit régulièrement soumise à l'examen des commissions compétentes de la Chambre des députés et du Sénat et soumise au vote des deux assemblées. Dr J.-A. Molinié, F. Piétri ».

Souhaitons qu'une décision ne soit pas, à la faveur des vacances parlementaires, imposée par les bureaux supérieurs de la Guerre, contre tous, et contre tout, y compris l'intérêt de la santé nationale »

Médecins électro-radiologistes présents à Paris durant les vacances. — Pour répondre aux demandes de nombreux praticiens le syndicat nous communique le nom de ses membres présents à Paris :

Du 1er au 31 août : MM. Aubourg, Chemin, Charlier, Cottenot, Gibert, Le Goff, Levy-Lebhar, Litschitz, Nadal, Quivy, Renaux, Thoyer-Rozа ;

Du 1er au 15 : MM. Chéron, Colaneri, Gilson, Haret, Renaudeaux, Schmidt ;

Du 15 au 30 : MM. Beau, Dariaux, Moutard, Pornot.

Vacances de poste de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), par suite du départ de M. le docteur Fauvel, appelé à un autre emploi.

Nécrologie. — Dr Michel Salètes, médecin-colonel en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à Toulon le 17 juin 1929 dans sa 75e année. — Dr Louis Duburcq, de Bersée (Nord), décédé accidentellement à l'âge de 49 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le facteur extra-rénal dans la diurèse par les composés mercuriels organiques,

Par MM. LOEPER et DURON

La découverte des nouveaux sels mercuriels organiques appartenant à la série cyclique et leur emploi comme diurétiques, a remis en question le mécanisme de la diurèse. Malgré les travaux nombreux publiés sur la question, tant en Allemagne qu'en France, on n'est point encore exactement fixé sur l'importance respective des différents facteurs qui la peuvent conditionner.

Certains auteurs, avec Chabanier, Lebert et Lumière, avec Lecène et Wolfrom, ont attribué au rein une part quasi-exclusive, alors que Pujol, Schmidt ont essayé de mettre en valeur le rôle des tissus. Personne ne peut évidemment douter que le mercure agisse sur le rein et de façon vraiment élective. Des observations nombreuses faites sur l'animal et chez l'homme dans des intoxications graves, ont précisé l'altération des tubes contournés et du glomérule, et même signalé la précipitation des sels de calcium dans le parenchyme rénal.

A dose plus faible, les sels mercuriels accroissent la perméabilité du glomérule, excitent le fonctionnement des tubes, abaissent le seuil d'élimination des chlorures, mais ils élèvent au contraire dans un assez grand nombre de cas la constante uréo-sécrétoire.

L'irritation produite par les sels de mercure, alors même qu'elle n'est qu'une irritation, doit être très surveillée, car elle peut, par addition de doses successives, entraîner à la longue de véritables lésions.

L'action prédominante du rein est indéniable, mais elle n'est pas exclusive.

Il serait vraiment extraordinaire que le mercure ne produisît pas aussi des réactions dans le foie et dans les tissus. Les travaux ne manquent pas qui démontrent l'altération du foie sous l'influence des sels de mercure, et, depuis longtemps déjà, Noël Fiessinger classait les réactions du foie au mercure en trois catégories : modification du chrondriome, multiplication des noyaux et karyokinèses. Dans ces cas, l'urée s'accroît, au moins momentanément, dans le milieu sanguin, et l'excitation de la cellule hépatique apparaît aussi évidente que l'était celle de la cellule du rein. Lorsqu'on constate donc dans le sang d'un malade atteint d'intoxication mercurielle une augmentation de l'urée on peut l'attribuer en partie à l'exagération du pouvoir uro-poïétique du foie.

Pour expliquer la diurèse par les sels mercuriels d'autres auteurs ont mis en avant avec Jendrassik, l'hydrémie, l'augmentation de la masse sanguine et la diminution de la tension osmotique des protéïnes.

D'autres encore, encouragés par les recherches de Léon Blum et de ses collaborateurs, font état de la mobilisation possible du calcium et incrimininent les modifications de l'équilibre minéro-minéral, ou, si l'on préfère, pour être plus exact, calco-sodique des tissus.

Le foie et les tissus constituent donc ce qu'on peut appeler le *facteur extra-rénal* de la diurèse par les sels mercuriels. Ils ne sont sans doute pas les seuls, mais nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt à étudier à nouveau leur rapport avec l'action des sels organiques de mercure.

***

Nous nous sommes servi du 440 B, découvert par Fourneau et assez généralement désigné sous le nom de Neptal. Sa molécule est assez pauvre en mercure puisqu'elle ne renferme que 40,75 %, alors que le cyanure en contient 79. Sa toxicité est assez faible puisqu'on peut l'introduire dans l'organisme à des doses de mercure beaucoup plus considérables que celle où l'on introduirait le cyanure. La solution dont on se sert en effet renferme 9 cgr. de sel par centimètre cube : quand on en injecte un demi ou 1 cc. ou 1 cc. 1/2; on injecte par là même 1 cgr. 80, 3 cgr. 60 ou 5 cgr. 40 de mercure, et, en général, sans incident.

Chez l'homme sain, la diurèse peut atteindre 1.000 à 1.500 gr. dans les 24 heures qui suivent l'injection. Elle est infiniment plus forte chez l'œdémateux ou l'ascitique, puisqu'elle peut dépasser 4 et 5 litres. C'est une diurèse éphémère, en clocher, parfois prolongée, exceptionnellement caractérisée par deux clochers successifs. Une deuxième injection pratiquée à cinq jours d'intervalle peut faire moins, mais fait souvent plus que la première. Il faut, pour en mesurer l'importance, tenir compte, bien entendu, de la rétention préalable du liquide accumulé dans les tissus, de la proportion d'eau ingérée par le sujet et aussi de l'action des substances médicamenteuses parallèlement utilisées.

Pour mettre en valeur le rôle du foie nous avons étudié successivement l'animal et l'homme.

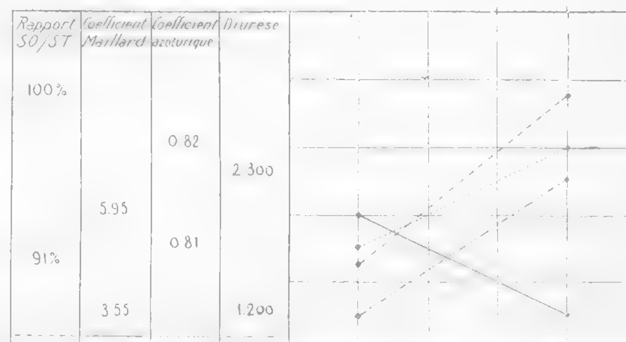
Chez l'animal comme chez l'homme, l'étude de la glycémie, ne donne guère de résultats.

Le léger abaissement de la glycémie qui s'est manifesté dans nos expériences est insuffisant pour qu'on y attache grande importance et varie sans doute suivant les doses employées.

Chez l'homme sain ou l'homme pathologique, l'épreuve de la glycémie et de la glycosurie alimentaires ne joue pas, car, souvent nulle avant l'injection, elle ne peut être positive après.

Bien plus, chez l'ascitique ou l'œdémateux, elle est faussée par la présence de cet énorme champ d'épandage où le sucre se perd littéralement (Achard, Loeper et Turpin.)

Par contre, les épreuves d'azote et de soufre ont un réel intérêt. Le coefficient azoté se modifie notablement ; celui de Bouchard ou coefficient azoturique s'élève de façon constante ; celui de Maillard s'abaisse d'autant ; celui du soufre oxydé monte parallèlement.



Courbe I. — Variations des coefficients soufré et azoté et de la diurèse après injection de 440 B.

Les modifications dont nous venons de parler sont beaucoup plus appréciables chez l'homme pathologique que chez l'homme normal. L'ascitique et le cirrhotique voient ce coefficient azoturique s'élever dans 7 cas sur 10, de 0,69 à 0,82, de 0,55 à 0,75, de 0,70 à 0,95.

Le coefficient de Maillard d'autre part passe de 8 à 4 de 34 à 20, ce qui est vraiment très suggestif.

L'ensemble de ces réactions témoigne d'une excitation du métabolisme azoté.

Quant au coefficient d'oxydation du soufre il peut lui aussi s'accroître dans une proportion de 10 à 20 %, l'élimination du soufre total étant en général elle-même double du chiffre antérieur.

L'augmentation du coefficient d'oxydation du soufre plaide également en faveur d'une excitation assez notable de la fonction thio-oxydante du foie.

ACTION DU 440 B SUR LA FONCTION HÉPATIQUE.

A) *Sujets normaux.*

1° M. B. (salle Soupault, n° 21) :

	Avant 440B	Après 440B
Volume des urines	1.450 cc.	3.250 cc.
Urée urinaire	16,07	25,79
Coeff. azotémique	0,82	0,84
Coeff. de Maillard	9,11	8,18

2° M. C... (salle Lamy, n° 13) :

	Avant 440B	Après 440B
Volume d'urines	1.250 cc.	2.300 cc.
Urée urinaire	12,83	21,56
Coeff. azotémique	0,81	0,82
Coeff. de Maillard	5,95	3,55
Coeff. soufré	91 %	100 %

B) *Sujets pathologiques.*

1° M. D. (salle Soupault, n° 21) Cirrhose hypertrophique éthylique avec ascite :

	Avant 440B	Après 440B
Vol. des urines	3.500 cc.	4.500 cc.
Urée urinaire	3,71	3,65
Coeff. azotémique	0,48	0,65
Coeff. de Maillard	34,96	17,56

2° M. P. (salle Soupault, n° 2). Cirrhose avec ascite :

Vol. des urines	300 cc.	3.000 cc.
Urée urinaire	4,45	10,36
Coeff. azotémique	0,79	0,81
Coeff. de Maillard	10	9,38
Coeff. soufré	87 %	98 %

3° M. C. (salle Soupault, n° 27). Cirrhose alcoolique avec ascite et gros foie :

Vol. des urines	650 cc.	1.800 cc.
Urée urinaire	11,67	17,42
Coeff. azotémique	0,87	0,84
Coeff. de Maillard	4,56	6,88
Coeff. soufré	98 %	99 %

Il n'y a pas dans cette oxydation du foie seulement un facteur thérapeutique, mais aussi un facteur de pronostic. En effet, sous l'influence du 440 B, le coefficient azoturique s'abaisse parfois au lieu de s'élever ; ce sont précisément des cas graves dans lesquels non seulement le 440 B ne donne pas de diurèse très appréciable, mais aussi et plus souvent dans lesquels la cellule hépatique épuisée est incapable de réaction. Il y a là quelque analogie avec l'abaissement du coefficient azoturique que produit parfois chez de tels sujets l'épreuve du sucre (Gouraud) ou du miel (Fiessinger).

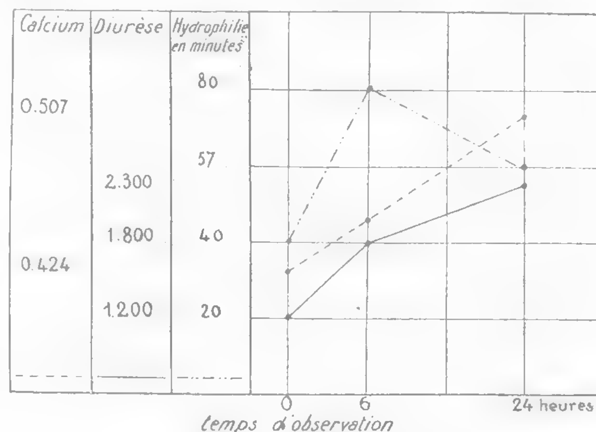
L'épreuve du 440 B doit donc être faite discrètement chez les hépatiques et à des doses d'abord faibles. Elle peut aider au pronostic, et se montre souvent la pierre de touche de la résistance du foie.

* * *

Parallèlement aux modifications qu'il fait subir au métabolisme azoté, le Neptal est capable de modifier encore le facteur tissulaire. Les recherches de ces dernières années ont montré quel rôle pouvaient avoir dans la formation de l'ascite et des œdèmes, non seulement le phénomène mécanique de la stase veineuse, mais aussi les variations de l'équilibre physico-chimique du milieu intérieur. Nous verrons tout à l'heure quelles sont, au point de vue chimique, ces variations, mais une méthode a été mise en évidence par Aldrich et Mac Clure et reprise en France par Marcel Labbé qui témoigne du processus d'imprégnation des tissus eux-mêmes : c'est la méthode du test *d'hydrophilie* provoquée par l'injection dans le derme de quelques gouttes de sérum physiologique ; en général chez l'ascitique et l'œdémateux, même chez le cirrhotique sec, ce pouvoir d'imprégnation est notablement accru.

Si l'on mesure le test d'hydrophilie avant et après l'injection de neptal, chez l'homme sain, on voit déjà que la durée de la résorption se trouve notablement accrue ; si on la mesure chez l'individu pathologique, œdémateux ou ascitique, le temps de résorption passe après l'injection de 40 à 84, de 35 à 57 et même de 20 à 75, de 12 à 50 et 10 à 58. L'hydrophilie est donc infiniment moins marquée.

Mais il faut interpréter ces faits et se demander si quelque facteur d'ordre chimique ne vient pas en donner l'explication. Nous ne discuterons pas la valeur de la dilution sanguine qui a été pourtant incriminée par beaucoup d'auteurs, et que l'on peut constater par le dosage des albumines et des globules rouges et par la réfractométrie. C'est un phénomène contingent. L'attraction des liquides des tissus vers le sang peut aussi bien être déclanchée par la diurèse, qae provoquée par un déséquilibre physicochimique autonome. Nous ne croyons donc pas qu'il y ait beaucoup lieu d'en tenir compte. Cette hydrémie s'accompagne d'ailleurs d'une diminution dans la tension des protéines, qui en est une conséquence assez banale et ne peut pas être considérée non plus comme un phénomène primitif ou causal.



Courbe II. — Variations de la diurèse, du taux du calcium sanguin (exprimé en chaux) et du test d'hydrophilie après injection de 440B

Quelques points méritent cependant d'être signalés. Nous avons pu constater avec Lesure après l'injection de neptal, une diminution de la cholestérine sanguine qui témoigne peut-être d'une élimination accélérée par le foie. Nous avons également constaté une modification dans le rapport sérine-globuline, la globuline paraissant dans un cas s'accroître assez notablement. Mais le phénomène est inconstant.

Au contraire les variations du *calcium* sanguin sont importantes et capitales. Nous avons fait à ce sujet plusieurs expériences : les unes chez le sujet normal, les autres chez le sujet pathologique.

Chez le premier le calcium s'élève après l'injection, de 35 à 50 cgr. par litre de sang et de 28 à 40. Chez le second l'élévation est encore plus marquée. On peut difficilement ne pas voir dans ces chiffres la preuve d'une modification des échanges tissulaires, tout au moins la mise en circulation des tissus vers le sang des substances qui y sont précédemment accumulées. Ces substances au sein des tissus pouvait avoir une action hydropigène ; leur présence au contraire dans le sang peut avoir une action diurétique.

1° M. B. (n° 21) :

	Avant 440B	Après 440B
Vol. des urines	1.150 cc.	3.000 cc. (6 h. après) 3.250 cc. (24 h. après)
Hydrophilie	Résorption 40'	84' (6 h. après) 63' (24 h. après)

2° Mme C. (n° 13) :

Vol. des urines	1.200 cc.	2.300 cc.
Hydrophilie	35' +	57' (24 h. après).
Calcium du sang	0 gr. 424 (CaO)	0 gr. 507

3° M. C. (n° 27) :

Vol. des urines	650 cc.	1.000 cc. (6 h. après) 1.800 cc. (24 h. après)
Hydrophilie	12'	65' (6 h. après). 50' + (24 h. après)
Calcium	0,17	0,36

1° M. P. (n° 2) :

Vol. des urines	600 cc.	2.000 cc. (6 h. après) 3.250 cc. (24 h. après)
Hydrophilie	20'	75' (6 h. après) 45' (24 h. après)

5° M. D. (n° 27) :

Vol. des urines . .	3.500 cc.	2.000 cc. (6 h. après) 3.000 cc. (24 h. après)
Hydrophilie	10'	58' + (6 h. après) 20' + (24 h. après)

Tels sont les facteurs extra-rénaux que nous avions l'intention de mettre en valeur dans cette note, les uns appartenant au foie, les autres appartenant aux tissus. Il faut évidemment pour que la diurèse se produise, que les substances passées dans le sang traversent le rein ; il faut aussi que certaines d'entre elles exercent sur le rein l'action diurétique qui leur appartient en propre : la mobilisation de l'urée, la mobilisation du calcium ne peuvent avoir d'effet diurétique qu'à la condition que le rein obéisse à leur incitation. Quand le rein se montre peu perméable, la rétention de l'urée dans le sang accroît d'autant la constante uréo-sécrétoire. A ce moment le phénomène rénal s'ajoute au phénomène extra-rénal que nous avons précédemment signalé.

Le rein semble donc en dernière analyse l'agent de la diurèse, mais, ainsi que nous venons de le montrer, il peut être mis en action *directement* par l'effet du 440 B sur son glomérule et sur ses cellules ou *indirectement* par les corps que le 440 B met en liberté dans le foie et dans les tisssus.

La calcémie et la fonction ovarienne (1)

Par le Dr E. IMPARATO

Les succès obtenus par Fehling dans le traitement de l'ostéomalacie par la castration, ont révélé aux gynécologues l'importance des rapports entre le calcium du sang et la fonction ovarienne. Les recherches les plus nombreuses sont celles faites sur le calcium dans l'ostéomalacie et dans la ménopause naturelle ou artificielle. Le premier travail à cet égard, est celui de Adler qui trouva chez deux femmes ovariotomisées une considérable diminution du calcium dans le sérum sanguin ; ces résultats ont été confirmés peu de temps après par Cappellani et plus tard par Leicher. Cependant d'après les recherches de Malamud et Mazzocco il semblerait que dans la ménopause naturelle, il y aurait une diminution de la calcémie tandis que dans la ménopause artificielle, il y aurait augmentation.

De toutes façons, beaucoup d'auteurs admettent une influence des ovaires sur la teneur en calcium du sang ; mais Rittmann, qui a dosé le calcium chez beaucoup de femmes, croit que l'ovaire exerce indirectement son influence par le fait qu'il favorise l'action de la thyroïde, des surrénales et de l'hypophyse. Selon cet auteur, 'osmalacie serait due plus probablement à l'hypofonction de ces glandes qu'à l'hyperfonction de l'ovaire.

En effet, l'hyperfonction ovarienne est très discutée comme cause de l'ostéomalacie ; si elle devait représenter l'étiologie de cette maladie, la simple ovariectomie suffirait pour la guérir. Mais il n'est pas rare de constater des insuccès quand la maladie est à un stade avancé et malgré l'ovariectomie, les pertes ne sont pas compensées et la maladie suit son cours jusqu'aux dernières conséquences (Cappellani).

Nous nous sommes donc proposé de rechercher le rapport de la calcémie avec la fonction ovarienne dans les différentes périodes de la vie sexuelle et dans certaines conditions physiologiques et pathologiques. A titre de contrôle, nous avons fait d'abord des recherches chez des femmes parfaitement saines, avec fonction ovarienne normale, pendant les règles, puis, nous avons dosé le calcium chez des femmes avec insuffisance ovarienne et enfin chez des femmes au commencement de la ménopause.

La méthode suivie est celle de De Ward ; cette méthode est une des plus employées et des plus connues. Elle a été très critiquée et nous signalerons à ce propos l'observation de Jansen. D'après cet auteur l'oxalate d'ammonium ferait précipiter uniquement le calcium ionisé. A cette critique, De Ward oppose les arguments suivant que le calcium ionisé et non ionisé se trouvent en plein équilibre, de sorte que si le calcium ionisé diminué d'une quantité X, le Ca non ionisé met en liberté la même quantité de Ca et l'équilibre subsiste toujours.

Nous croyons inutile d'insister sur cette question ; d'ailleurs les recherches faites jusqu'ici regardent seulement le calcium total du sang et nous ne savons pas encore quelle importance peut avoir pour l'organisme une simple oscillation dans la concentration du calcium ionique.

***

La plupart des auteurs admettent que la quantité de calcium contenue dans le sang est plus élevée chez le nourrisson ; peu à peu cette quantité diminue jusqu'à la puberté.

A dater de cette époque, jusqu'à la quarantième année, la calcémie ne subit pas de variations remarquables, puis elle recommence à baisser.

Billigheimer n'accepte pas cette thèse. Il soutient au contraire que la calcémie ne subit que très rarement des variations. Heyn et Haase sont du même avis et démontrent, dans un remarquable travail, que chez la femme saine le calcium subit de très faibles variations, surtout pendant les règles. Par contre, ces variations deviennent plus sensibles en cas d'insuffisance ovarienne.

***

La moyenne du calcium trouvé chez huit femmes saines, de 20 à 30 ans, est de 11,4 milligrammes pour cent. Cette moyenne correspond à peu près à celle des autres auteurs, tandis que Martines et de Lauretis donnent 12,5 mg. %, Guillaumin et Vignes 10 %.

Nous croyons utile d'insister sur le fait que les femmes examinées par nous étaient absolument saines surtout aux points de vue génital et nerveux. On sait que chez les femmes hystériques, excitables, très nerveuses, il y a beaucoup plus de calcium dans le sérum sanguin. Les recherches de Glaser et Tomasson ont démontré que chez les excitées, le calcium subit une augmentation de plusieurs mg., tandis que chez les déprimées on constate une diminution.

Nous avons répété ces recherches chez huit femmes dans les différentes périodes du cycle ovarien et nous n'avons trouvé aucune variation du calcium sanguin ni pendant ni après les règles.

Rittmann croit que pendant les règles il y a des variations qui seraient constantes et qui doivent être attribuées à l'hyperfonction de l'ovaire, considérée comme glande à sécrétion interne ; mais Heyn et Haase font justement remarquer que le corps jaune, au commencement des règles, se trouve dans une phase de régression et ne peut donc avoir d'importance comme glande à sécrétion interne. Ces variations du calcium pendant les règles doivent donc être logiquement indépendantes de la fonction ovarienne. Knapp déclare avoir trouvé une légère augmentation de calcium avant les règles ; nous ne l'avons pas trouvée et Guillaumin et Vignes non plus.

(1) Maternité de l'hôpital St-Antoine. Service du Professeur agrégé : M. Lévy-Solal.

***

En ce qui concerne l'insuffisance ovarienne, nous avons choisi plusieurs cas typiques caractérisés par de l'oligoménorrhée ou de l'aménorrhée et deux cas avec règles très abondantes. Nous avons étudié dix cas.

Le sang de ces femmes obtenu avant, pendant ou après les règles, contenait toujours une quantité de calcium surieure à la quantité normale ; en général, nous avons trouvé des chiffres qui varient d'un minimum de 11,8 mg. à un maximum de 12,6 %.

Nous avons pu constater ce qui d'ailleurs est connu, que plus la femme est oligoménorrhéique, plus le calcium est élevé. On décrit dans la littérature plusieurs cas d'insuffisance ovarienne avec hypoplasie génitale où le calcium arrivait jusqu'à 15,5 mg. % ; il est difficile de trouver une explication pour cette hypercalcémie si remarquable. Herzfeld, Lubowsky et Glasser soutiennent qu'il s'agit d'une « neurose fonctionnelle ». En effet, Glaser est arrivé à provoquer une diminution du calcium par suggestion.

Chez les femmes avec règles abondantes nous avons trouvé une augmentation du calcium, mais cette augmentation est plus élevée chez les aménorrhéiques. Chez les premières, en effet, nous avons trouvé une moyenne de 12,2 % tandis que chez les aménorrhéiques nous avons trouvé une moyenne de 12,6 mg. %.

Chez une femme qui avait des règles presque tous les 18 jours. nous avons trouvé 13,2 mg. % de calcium. Ce fait confirme l'opinion de Schroder et Heyn, selon ces auteurs les règles abondantes sont souvent provoquées par une insuffisance ovarienne.

Et dans cette insuffisance, on pourrait trouver l'explication de l'augmentation du calcium dans la ménopause précoce, due à une disfonction endocrine, comme Malamud l'a démontré.

Pour la ménopause physiologique au contraire, Adler a démontré qu'il y a toujours une diminution du calcium. Il faut donc en conclure que le calcium n'est pas sous la dépendance directe de l'ovaire, mais qu'il y a encore d'autres facteurs qui règlent le métabolisme du calcium. Sans doute, l'âge de la femme, l'état général, le système nerveux, doivent avoir une influence considérable, autrement on ne pourrait pas expliquer pourquoi la ménopause physiologique provoque une diminution du calcium. tandis que la castration l'augmente. Nous avons étudié 15 cas de ménopause dont 8 physiologiques et 5 artificielles. Dans le premier groupe, il y avait 3 femmes précocement ménopausées, chez lesquelles le calcium était augmenté (12,4-11,8, 12,6 mg. %) mais on devrait enregistrer ces cas parmi ceux d'insuffisance ovarienne. Dans les cinq cas de ménopause physiologique, nous avons trouvé une très légère diminution du calcium (11,3 mg. %) tandis que chez les cinq femmes castrées, nous avons toujours trouvé une augmentation (12,5 mg. %).

Sur ce point en effet l'accord n'est pas parfait. Certains auteurs ont trouvé une augmentation du calcium sanguin dans la ménopause physiologique ou artificielle, d'autres au contraire ont trouvé une diminution.

Malamud et Mazzocco, Heyn et Haase, soutiennent que la ménopause physiologique provoque une diminution de la calcémie, et que la ménopause artificielle provoque une augmentation ; nos recherches sont favorables à cette thèse.

Maintenant si nous voulons comparer nos recherches à celles des autres auteurs, nous devons conclure que la teneur en calcium subit des variations apparemment désordonnées. Pendant le cycle menstruel, ces variations sont peu sensibles ; cependant nous croyons irrationnel le principe de vouloir établir des moyennes, parce que nous ne connaissons pas les lois qui règlent le métabolisme du calcium et par conséquent nous ne pouvons pas relever les causes qui éloignent l'organisme des conditions physiologiques, même si cet organisme est apparemment sain, même si le sujet est bien portant. En effet, il n'est pas rare de trouver deux sujets bien portants qui ont une calcémie différente. Ce sont justement ces cas qui font plus ou moins varier les moyennes des différents auteurs.

Tremblement, bégaiement, asthénie post-commotionnels,

Par R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Commotion cérébrale et troubles moteurs variés. De leur identification avec l'hystérie : discussion. Les cas d'incurabilité. Asthénie associée à ces troubles moteurs ; la gravité de l'asthénie chronique, séquelle post-traumatique. Une observation. Conclusion.*

On a classé dans l'hystérie, à tort croyons-nous, toute une série de troubles moteurs, généralisés ou systématisés, qui se développent à la suite de commotion cérébrale ou de traumatismes physiques sans commotion cérébrale, et on a décrit le tremblement, la chorée etc., hystériques post-traumatiques, le bégaiement, l'aphonie, le mutisme, la surdité, etc., hystériques post traumatiques. Ils s'apparentent à l'hystérie, ou mieux aux séquelles que laissent les crises d'hystérie, en ce sens que leur nature fonctionnelle ou dynamique semble certaine. Pour les identifier, il faudrait démontrer que le mécanisme de leur production physiopathologique est le même que chez les convulsionnaires hystériques : la pauvreté des laboratoires scientifiques ne permet d'entreprendre aucune recherche de cette sorte.

***

Parmi ces troubles moteurs fonctionnels post-traumatiques (dyscinésies fonctionnelles post-traumatiques), il semble bien qu'il y en a de deux sortes, les uns curables, plus ou moins rapidement, les autres certainement chroniques et incurables. L'observation que nous analyserons et rapporterons est un exemple de ces derniers cas. On fera remarquer sans doute que, parmi les séquelles motrices de l'hystérie, on distingue, de même, celles qui guérissent et celles qui demeurent incurables. Cela est vrai, mais cela ne suffit toujours pas pour établir l'unité des troubles moteurs dynamiques, post-traumatiques et post-critiques hystériques.

On ne saurait naturellement attribuer de tels troubles à la simulation. Il est aisé de parler de simulation quand le patient guérit rapidement, mais comment attribuer à la simulation des troubles moteurs chroniques, persistant après l'attribution de la pension, persistant même lorsque la pension est devenue définitive : c'est le cas par exemple de notre commotionné. Nous admettons que de tels faits sont rares, mais leur existence est pour nous un enseignement capital. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'ils sont plus ou moins faciles à simuler, c'est que

l'attention médicale dans les milieux modernes doit toujours être en éveil vis-à-vis de la simulation, parce que le mensonge représente la perversité humaine la plus commune et la plus productive. Pour un médecin ordinaire, il est bien naturel de faire rentrer dans la simulation ce qu'il ne comprend pas. Lorsque le sujet guérit, les interprétations fausses qu'on a émises sont sans importance ; s'il reste un chronique, non seulement en matière médico-légale il faut le proposer pour une pension, mais encore on peut se demander si une médication plus rationnelle n'aurait pas débarrassé le patient de son infirmité. Contre la simulation, qui dans les temps actuels et chez les peuples subtils, ira en augmentant, il faudra créer des services d'observations avec porte fermée, et là, dans la salle commune ou dans la chambre d'isolement, la lumière se fera sans de trop grandes difficultés. Il y aura donc dans l'avenir contre les pervers des conclusions médicales qu'on ne pourra rédiger qu'après une sorte de séquestration, à l'insu plus ou moins du sujet.

***

Si l'observation clinique, chez notre malade, avait été sérieusement faite et suffisamment prolongée, on aurait sans doute remarqué que cet individu était non seulement un dyscinésique, mais encore un asthénique. Charcot avait bien vu que dans l'hystérie traumatique de forme motrice (paralysies, contractures, etc.), il existait de l'asthénie, — plus exactement de l'amyosthénie, car pour lui, l'asthénie n'était pas un syndrome à la fois musculaire et psychique. — mais cela ne l'embarrassait pas puisque l'amyosthénie était un des stigmates qu'il décrivait dans l'hystérie. Il faisait certainement erreur parce que la névrose traumatique vraie, grave, est essentiellement de l'asthénie chronique, sans troubles moteurs localisés ou diffus.

Chez notre commotionné, qui présente du bégaiement, du tremblement, de l'asthénie, les symptômes qui diminuent considérablement (de 60 % environ) sa capacité professionnelle, ce sont avant tout les phénomènes d'épuisement nerveux chronique ; très fatigable, le patient au moindre effort prolongé, accuse des maux de tête, de l'insomnie, de l'irritabilité. La Société des mines de C..., pitoyable à son endroit, veut bien l'employer sur ses chantiers pour un salaire un peu au-dessous de ses camarades, mais il n'est pas difficile de faire reconnaitre au sujet qu'il ne gagne même pas l'argent qu'il touche. En fait, c'est son patron qui l'indemnise pour les séquelles de sa commotion, alors que ce devrait être le Ministère de la Guerre. On saisit sur le vif le désordre social et une des causes des récriminations de chacun. On verra peut-être dans ces considérations une sorte de rationalisme sec et sévère, mais le sentimentalisme, avec ses exagérations mobiles et capricieuses, est-il préférable ?

Résumé de l'observation. — *Sous-officier, 29 ans en 1915. Commotion cérébrale, le 2 novembre 1914, par éclatement de bombe à proximité. Bégaiement, tremblement, céphalée. Asthénie méconnue. Réformé n° 1 le 10 janvier 1916 : hystérie post-traumatique. Repris service auxiliaire le 7 janvier 1917 et réformé de nouveau le 11 juillet 1918. De 1919 à 1928 : bégaiement et tremblement améliorés, mais persistants ; de plus asthénie chronique.*

Erhyenv..., Joseph, mineur, 29 ans, sergent du nᵉ régiment d'infanterie, entre à la C.P.B. le 8 décembre 1915.

Antécédents. — Ses parents, actuellement en pays envahis, sont vivants et bien portants ; sa mère a mis huit enfants au monde, cinq garçons et trois filles ; ses quatre frères sont au front. Aucun membre de la famille n'a été affecté de maladies mentales ou nerveuses. Ses antécédents personnels sont bons. Marié à 25 ans, il a deux enfants qui sont avec sa femme dans la Haute-Garonne. Il a été nommé sergent aux armées vers la fin de septembre 1914.

Histoire clinique et état actuel : 1915. — Mobilisé le 5 août 1914, il était le 9 au front. Le 2 novembre 1914, au bois de la Grurie (Argonne), il a subi une commotion cérébrale par éclatement de bombe à proximité : la durée de la perte de connaissance a été d'une demi-heure environ. Depuis ce traumatisme physique, le sergent E... présente à l'examen objectif du tremblement et du bégaiement. Il a été traité pour ces troubles en de nombreux hôpitaux : à Troyes du 7 au 28 novembre 1914 ; à Albi du 29 novembre au 24 février 1915 (là on note céphalée persistante) ; à Montpellier du 25 février au 10 mai 1915 (là le diagnostic a été : psycho-névrose sensorielle par commotion, surdité immédiate avec rétrocession, bégaiement tenace, tremblement ; amélioration) ; à Lamalou, du 11 au 2 septembre 1915 (massage et traitement thermal). Puis, du 3 septembre au 29 octobre, il fut envoyé en convalescence chez sa femme, évacuée des pays envahis. Le 30 octobre il rejoignait son dépôt à Morlaix ; hospitalisé le 1er décembre, il était dirigé le 8 sur le service de psychiatrie de la région.

L'état psychonévropathique actuel du malade (9 décembre 1915) est caractérisé par du bégaiement et un tremblement généralisé, manifestations habituellement dites hystériques. Le bégaiement est de forme classique. Lorsqu'on fait tirer la langue au malade, on assiste à des mouvements rapides et désordonnés de l'organe (sorte de paracinésie ou de parapraxie, dynamique). On note des douleurs lancinantes dans la tête, mais pas de symptômes bien nets d'amyosthénie et d'anidéation : le sujet déclare toujours que n'étaient son tremblement et son bégaiement il serait guéri. Proposé par nos soins pour une mise en congé n° 1, il est dirigé, le 25 décembre 1915, sur l'hôpital dépôt des convalescents.

Evolution : 1915-1928. — Le malade a été suivi de 1916 à 1928 ; l'évolution de son affection a été la suivante :

10 *janvier* 1916. — A cette date, il est réformé avec gratification renouvelable et rejoint sa femme en Haute-Garonne.

3 *août*. — Il est maintenu réformé temporaire à Toulouse pour hystérie post-traumatique avec bégaiement et tremblement.

7 *janvier* 1917. — Il est repris par la Commission de réforme à Toulouse, et versé dans le service auxiliaire : blessure de guerre ; psycho-névrose traumatique, caractérisée par un bégaiement prononcé et un tremblement nerveux s'exagérant à l'occasion des émotions, suite de commotion cérébrale.

1er *décembre*. — Il est déclaré inapte provisoirement pour les armées par la commission de réforme de Bergerac.

11 *juillet* 1918. — Il est réformé temporaire n° 1 avec gratification de la sixième catégorie : tremblement intense et bégaiement post-commotionnels ; mauvais état général, anémie (Périgueux).

26 *juillet* 1919. — Maintenu réformé temporaire n° 1, à Toulouse.

12 *janvier* 1921. — Proposé pour une pension de 30 %, à Lille tremblement et bégaiement post-commotionnels.

19 *décembre*. — Maintenu à 30 % : bégaiement stationnaire, tremblement amélioré.

27 *février* 1928. — Le bégaiement, le tremblement persistent, plus ou moins accusés ; quelquefois ils sont nuls ; plus souvent une simple contrariété les exalte. De plus, et cela est digne d'être noté, le malade est depuis sa commotion un asthénique chronique, incapable d'exercer sa profession de mineur, beaucoup moins vigoureux, musculairement et cérébralement, qu'avant 1915. A la moindre fatigue son état s'aggrave. Il accuse des maux de tête atroces, de l'amnésie, une grande irritabilité et de l'insomnie. En fait, il ne peut se livrer qu'à de menues occupations à la surface de la mine, et encore il n'est maintenu dans ses fonctions que grâce à l'indulgence de la Direction ; il doit se reposer de temps en temps durant plusieurs jours ou même durant plusieurs semaines.

***

On peut dire que, parmi les séquelles post-traumatiques, les troubles moteurs généralisés ou spécialisés (tremblement, chorée, bégaiement, aphonie, mutisme, surdité) ont davantage retenu l'attention des auteurs que l'asthénie elle-même (syndrome athénique = amyos-

thénie et anidéation). Cela se conçoit ; l'erreur vient d'un objectivisme outrancier, violent, un peu primaire si on le regarde d'un point de vue scientifique élevé. Sans doute ce qui est subjectif (sensations, représentations, idées, émotions) apparaît comme plus complexe, mais cela constitue des faits d'observation comme les autres qu'il importe d'enregistrer, classer et comprendre, si possible. Il y a une science de l'esprit, comme il y a une science de la vie : c'était l'idée de Taine, et cette idée est vraie en psychologie et en pathologie mentale.

Les impulsions sexuelles explosives par dépit amoureux

Par le Dr SAVIGNY.

Sauvegarde de l'espèce, dont la pérennité est liée à leur élaboration, les hormones ovariennes et orchitiques diffusent, à partir de la puberté, dans l'organisme du jeune homme et de la jeune fille pour les inciter à procréer.

Cette impulsion sexuelle est assez puissante chez tous les êtres pour leur faire, à certaines époques, subordonner tous autres besoins organiques à sa satisfaction, et celle-ci s'impose à eux par un impératif si catégorique, qu'il leur fait sacrifier, s'il le faut, leur existence même. Mais elle est tenue en bride, dans l'espèce humaine, par des freins psychiques, normalement assez forts pour la maintenir dans de justes limites en accord avec les lois morales, sociales, et religieuses.

Grâce à cette canalisation, à cet endiguement, depuis des temps immémoriaux, par des lois que l'individu ne peut enfreindre sans déchoir, l'instinct consent généralement à ne servir ses fins, chez l'homme et surtout chez la femme, que dans le cadre des unions légitimement sanctionnées. Toutes manifestations trop violentes de cet instinct qui lui fait briser les digues que dressent à ses côtés les lois morales, sociales et religieuses, doit être tenue, sinon pour pathologique, du moins comme susceptible de nuire à l'individu et souvent à l'espèce, et par là requiert l'intervention médicale.

Ces expansions explosives du sens génital se manifestent souvent à la faveur d'un dépit amoureux, et ceci, chez la femme comme chez l'homme, mais chez ce dernier les conséquences en sont évidemment moins graves, pour des raisons sur lesquelles il nous paraît tout à fait superflu d'insister.

Aussi bien, si le médecin est appelé à intervenir, consulté par l'intéressée elle-même ou par une personne de son entourage, c'est toujours d'une femme qu'il s'agit.

Que faire... ? Le rôle de directeur de conscience n'est pas celui que doit assumer en de tels cas le thérapeute. Sans négliger les conseils « moraux », il fera sentir combien peut être préjudiciable, à une jeune fille notamment, un entraînement psycho-sensoriel, risquant de la mettre aux prises avec d'inextricables difficultés. Mais il doit aussi agir sur l'organisme pour calmer ses tendances inassouvies qui attendent leur satisfaction prochaine, et qui s'exaspèrent de leur non-réalisation. Il se fait en ce cas, en particulier pendant la période des fiançailles, une sorte de charge latente du système neuro-génital qui se prépare à l'action et qui, s'il ne trouve pas l'utilisation des forces ainsi potentialisées, tend à se libérer d'une façon explosive et met la personne ainsi érotisée à la merci d'une rencontre fortuite. Claude Farrère dans son roman, *Mademoiselle Dax*, dépeint les conséquences d'une déception de cet ordre et s'y montre excellent psychologue.

Les calmants, l'hydrothérapie, seront prescrits utilement, mais la médication spécifique de tels états est dans l'opothérapie neutralisante orchitique qui, sous forme de pilules ou d'ampoules d'androstine, donne une sédation durable, sans aucun effet secondaire fâcheux.

On connaît les heureux résultats qu'a donnés ce médicament chez les vieilles filles et les veuves. Il trouve une indication non moins précise chez les jeunes filles en mal de dépit amoureux, et Dieu sait si le cas est fréquent !

Pour notre part, nous avons fréquemment constaté les bons effets de ce traitement opothérapique. Notre cas le plus récent, qui nous a donné l'idée d'écrire cet article, est celui d'une demoiselle de 32 ans, qui après rupture de fiançailles poussées assez loin, est venue nous consulter pour un état de surexcitation psycho-sensorielle, dont elle éprouvait les plus grands malaises, et dont elle sentait tout le danger.

Cette personne est une intellectuelle, grande et forte fille, très intelligente, très calme en temps habituel. Ses parents nous demandèrent de la voir parce que, depuis la rupture de ses fiançailles, elle était dons un état physique et moral tel qu'ils redoutaient une impulsion au suicide, ou tout au moins la constitution d'une psychose durable.

D'emblée la patiente nous expose son état : « Je ne dors plus, je ne peux plus travailler, obsédée par le souvenir de mon ex-fiancé. Je ne nourris contre lui nulle idée de vengeance, ce n'est pas chez moi l'amour-propre blessé qui me taraude, c'est quelque chose de moins élevé, et sur quoi le raisonnement a peu de prise. Je sens que j'ai un besoin physique de lui, qu'il me faudrait ses caresses pour m'apaiser... J'éprouve dans le bas-ventre une étrange et abominable sensation, une sorte de gêne, de pesanteur, de prurit interne qui me laisse sans repos. Si cela continue, je ne puis répondre de moi, et malgré toute la honte que j'en aurais, je serais capable de me livrer sans défense au premier venu... »

Cependant je notais que ma malade n'avait pas cet aspect hagard ou excité des psychopathes sur le point d'accomplir un acte insensé ou délictueux, mais au contraire un air calme, digne, profondément malheureux. Ce n'était pas une folle que j'avais devant moi, mais un pauvre être qui disait sa peine simplement et déplorait les exigences de sa nature. L'organisme de cette femme subissait une véritable agression hormonique qui menaçait de renverser toutes les digues élevées par des siècles de civilisation, et comme aux anciens âges la primate en folie clamant dans la clairière son appel au mâle traversant la forêt, elle était prête à s'offrir au premier passant pour calmer l'ardeur insoutenable de ses flancs. Ce déchaînement de sa nature l'eût fait qualifier aux époques médiévales de « folle de son corps », et l'eût fait livrer aux valets des chiens courants.

Mais notre époque doit être pitoyable à ces détresses du corps et de l'âme par une plus claire compréhension de leur mécanisme :

Nous nous sommes servi plus haut de l'expression « opothérapie neutralisante orchitique », cette interprétation ne doit pas être prise au sens littéral. Nous ne savons pas encore de façon certaine s'il existe une hormone mâle antagoniste d'une hormone femelle. Certains faits inclinent à l'admettre, par l'exemple l'inhibition, par l'ovaire restant, de l'action masculinisatrice du testicule de coq greffé chez la poule, qui ne prend les caractères secondaires masculins (plumage, crête, ergot) qu'autant que la greffe testiculaire est précédée, ou suivie, de l'ovariectomie.

Une autre question d'ailleurs est de savoir si l'hormone ovarienne (comme l'hormone orchitique) est capable, à elle seule, de déterminer l'érotisation intense de l'organisme. Il y faut de toute évidence la participation du système nerveux ; celui-ci est influencé par l'ovaire comme par le testicule, mais nous ne savons pas si l'hormone ovarienne, dite folliculine, est le principe érotisant fatalement nécessaire. On peut obtenir avec elle le rut provoqué chez l'animal castré, et cela conduit bien à admettre son action érotisante, mais il faut aussi tenir compte de ce fait que la maturité folliculaire, non plus que les injections de folliculine, ne déterminent, chez la femme normale, des impulsions sexuelles irrésistibles, et d'autre part que celles-ci peuvent s'observer parfois après la ménopause.

De même, chez l'homme surtout, une excitation génitale très intense peut se manifester au début du tabès ou de la paralysie générale, qui ne peut être rapportée à une hyperactivité testiculaire, mais doit être plutôt expliquée par une destruction des centres inhibiteurs de la moelle et du cortex. Y a-t-il dans l'andros-

ACTUALITÉS

L'infarctus du myocarde.

L'infarctus du myocarde n'avait guère, jusqu'à ces dernières années, qu'une individualité anatomique : on ne lui connaissait aucun signe clinique, et si on l'invoquait, c'était pour expliquer la mort subite dans l'angine de poitrine. Il a acquis maintenant à la suite des recherches cliniques et expérimentales poursuivies par de nombreux auteurs français et étrangers, une séméiologie très précise ; son diagnostic devient relativement aisé : loin d'être une affection toujours mortelle, il est susceptible d'une guérison parfois complète, dont les tracés électro-cardiographiques permettent de suivre les progrès. L'ouvrage tout récent de R. Boucomont (1) de (Royat) met fort nettement en évidence ces données nouvelles.

L'obstruction coronarienne reconnaît comme causes celles de toutes les thromboses artérielles, au premier chef la néphrite chronique, le diabète et l'hypercholestérinémie, mais rarement la syphilis. L'auteur n'insiste pas sur l'anatomie pathologique dont R. Marie, dans sa thèse, a donné une étude restée classique ; il montre seulement que l'étendue de l'infarctus ne correspond pas toujours à l'importance du rameau coronarien oblitéré, du fait des anastomoses nombreuses, qui, sur les cœurs intéressés, toujours hypertrophiés, sont considérablement développées.

La symptomatologie fait l'objet d'un long chapitre. Avec son maître Donzelot, l'auteur classe les signes de l'infarctus en signes essentiels et accessoires.

Les signes essentiels sont : (1) La douleur angineuse, différente de l'angine de poitrine ordinaire par son intensité extrême, sa durée prolongée, ses irradiations anormales ; 2) L'écrasement de la pression différentielle ; 3) La fièvre, qui semble dépendre de la résorption toxique qui se produit au niveau du foyer infarcté ; 4) Le frottement péricardique, qui doit être systématiquement recherché, car il est très localisé, peu intense et transitoire. Il est la traduction auditive d'un infarctus pariétal, au même titre que les râles sous-crépitants sont la traduction de l'infarctus pulmonaire cortical. On comprend donc qu'il puisse manquer.

Les signes accessoires sont la tachycardie, régulière ou extra-systolique, l'éloignement des bruits du cœur, le bruit de galop, la dyspnée, la cyanose, les phénomènes gastro-intestinaux (vomissements, météorisme ou contracture abdominale) enfin l'état de shock et la polynucléose sanguine.

Ces signes se groupent différemment pour donner lieu à de nombreuses formes cliniques. A côté de la forme angineuse hyperalgique, bien caractérisée, il convient de faire place aux formes s'accompagnant d'insuffisance cardiaque, que celle-ci préexiste ou succède à l'infarctus, aux formes gastro-intestinales décrites par Lian sous le nom d'état de mal cardio-gastro-angineux, les formes fébriles, ou angor aigu coronarien fébrile de Lian.

L'évolution toujours grave est fort variable, la mort subite par syncope est assez fréquente pendant les trois ou quatre semaines qui suivent l'accident. Passé ce délai, la guérison complète peut survenir. Souvent elle n'est que partielle, et le malade est condamné à une vie restreinte. Parfois il reste un véritable infirme incapable du moindre effort. Les récidives enfin, sont toujours possibles.

Les tracés électro-cardiographiques apportent au diagnostic une aide précieuse. Conformes aux résultats donnés par l'expérimentation, ils sont pour ainsi dire caractéristiques.

Dans la phase toute initiale on note une anomalie de l'onde T qui s'élève en dôme, jusqu'à dépasser parfois, en hauteur, le sommet de R. Ce n'est pas là, pour Pezzi une déformation de T, mais une onde nouvelle, dite onde monoplasique. Plus tard, elle fait place à l'onde coronarienne de Pardee, beaucoup moins accentuée, joignant le groupe Q R S à l'onde T, qui est inversée.

Après plusieurs mois, l'onde coronarienne disparaît, mais l'inversion de T persiste le plus souvent.

Ce syndrome électro-cardiographique présente donc un caractère évolutif qui le rend très précieux, non seulement pour le diagnostic, mais encore pour le pronostic de la maladie.

En cas de doute, ce sont les tracés électriques qui permettent d'éliminer l'angine de poitrine ordinaire, les différentes algies thoraciques, la péricardite sèche et de déceler l'infarctus lorsqu'il survient au cours d'une insuffisance cardiaque.

Le traitement ne peut être évidemment que symptomatique. La morphine et ses succédanés seront administrés sans parcimonie ; les tonicardiaques seront donnés à doses modérées. Les nitrites seront à proscrire du traitement immédiat de la crise.

A. Lemaire.



(1) Roger Boucomont. — L'infarctus du myocarde. Paris, 1929. Librairie M. Lac.

tine une hormone ou un principe capable d'agir sur ces centres inhibiteurs, c'est possible, et c'est là, peut-être, que doit être cherchée la clef de son action calmante, qui se manifeste d'ailleurs chez l'animal comme dans l'espèce humaine. Nous avons vu des chiens et des chiennes satyriasiques calmés par l'administration d'agomensine aux premiers, d'androstine aux dernières, et ceci est plutôt en faveur de la neutralisation hormonique hétérologue.

D'autres faits conduisent également à penser que l'hormone ovarienne peut, dans certains cas pathologiques, acquérir une grande puissance érotisante. Le professeur Cotte nous disait, il y a quelque temps, avoir eu à opérer une personne atteinte d'une forte hyperexcitation génitale permanente. Il en profita pour ponctionner un follicule ovarien kystique dont il injecta le contenu à une rate, laquelle manifesta aussitôt des phénomènes de rut d'une intensité et d'une durée exceptionnelles.

De nombreux travaux ont montré que l'androstine exerce sur le sympathique, et en particulier sur le sympathique pelvien, une action équilibrante dans les cas nombreux où celui-ci présente des symptômes d'instabilité. C'est par ce double processus qu'il faut, à notre avis, expliquer ses effets anaphrodisiaques chez la femme : neutralisation (possible) d'une hormonémie ovarienne excessive, régularisation d'un sympathique à trop grandes oscillations.

La confession de cette pauvre fille, torturée par une chair trop fortement érotisée, nous apparut plus émouvante dans sa simplicité que la grande scène du deux de Bataille avec ses pleurs et ses torsions de mains dramatiques.

Nous lui ordonnâmes le traitement suivant, à mettre en œuvre aussitôt : injection quotidienne de deux ampoules d'androstine + six comprimés par voie buccale. *En 48 heures, sédation physique complète*, et au bout de 4 jours, *disparition de tous les troubles psychiques associés*. La malade reste, dit-elle, « ennuyée » de la rupture, alors qu'auparavant elle « souffrait ».

Freud a eu un grand mérite, qui est d'avoir montré l'influence occulte de l'inconscient sur le conscient et l'importance primordiale que peut avoir la génitalité refoulée sur le psychisme.

Toutefois, sa cure psychanalytique n'a que faire dans les cas simples et récents où la médication opportune, à défaut du *cure the soul by the senses*, est du domaine de l'opothérapie hétérologue. Celle-ci, en rétablissant l'équilibre neuro-glandulaire, temporairement rompu par la charge génito-affective, dresse autour d'une vertu saisie de vertige de plus solides parapets que les discours de la meilleure orthodoxie, — que rien n'empêche d'ailleurs de lui associer.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins devant la loi sur les Assurances Sociales

La profession de médecin exige une grande indépendance, beaucoup de savoir et quelque chose de plus, qu'on ne saurait aisément définir, et qui s'appelle le talent. Aussi l'art médical ne peut-il se formuler en préceptes et se transmettre ou se vulgariser par l'enseignement oral ou par le livre. On ne devient médecin que par le contact quotidien avec des maîtres d'une expérience consommée. L'homme même est inséparable du médecin. Comme dans l'art d'écrire, chaque praticien a son style. Bref, l'art médical reste l'apanage d'une élite.

Aussi le médecin subit-il avec une certaine répugnance la contrainte d'une règle extérieure, étant accoutumé à rechercher dans sa conscience seule la solution des cas qui lui sont soumis.

La loi sur les assurances sociales vient apporter un trouble considérable dans l'atmosphère sereine où se maintient le praticien digne de ce titre. Pourquoi toutes ces complications, dont le médecin se trouve embarrassé, alors qu'il a besoin de toute son attention pour diagnostiquer la maladie et prescrire sur le champ des remèdes et des soins urgents. Pourquoi vient-on lui parler de caisse, de contrôle, de tarifs, etc. ? Faut-il encore qu'il charge sa mémoire de dispositions réglementaires nouvelles ? et devra-t-il placer un Memento dans la poche de son vêtement pour répondre aux multiples questions dont il sera assiégé ?

Non seulement ses habitudes professionnelles, mais ses susceptibilités les plus légitimes vont se trouver froissées par des situations imprévues. Qu'on ne dise pas que la loi sur les Accidents du travail l'a déjà familiarisé avec une certaine procédure médico-légale dont il s'est sans peine accommodé. Il y a une grande différence entre les deux textes. L'un ne vise qu'une catégorie restreinte de sujets, ceux qui ont été blessés au cours de leur travail. Ceux-ci, par la cause même du mal qui les frappe, d'une manière généralement grave, sont particulièrement intéressants. Les soins qu'ils réclament sont le plus souvent du domaine de la chirurgie, et ne suscitent guère de controverses. Ces soins demandent au praticien un temps bref et le tarif appliqué constitue une indemnité acceptable. Au reste, l'accidenté peut rémunérer directement son médecin. Le cas est fréquent.

Mais la loi sur les assurances sociales vise toutes les formes de maladies, et tous les assurés, obligatoires ou volontaires, vont représenter l'immense majorité des malades ; c'est donc une réforme qui a l'ampleur d'une révolution.

Les nouveautés les plus sensibles pour le médecin sont celles-ci : entraves apportées au libre choix par le malade, institution du contrôle technique, généralisation de tarifs établis sur la base d'un minimum. Enfin, le secret professionnel paraît en danger.

— Le libre choix est maintenu — Oui, en principe. Mais, d'abord, ce libre choix disparaît si le malade est hospitalisé, et ce sera le cas le plus fréquent. Si le malade est soigné à domicile, il a le libre choix, mais parmi les médecins de la localité, ou de la localité la plus rapprochée. S'il appelle un médecin plus éloigné, il supporte le supplément de frais qui en résulte, règle qui donne lieu à critique, car l'intérêt du malade semble ici sacrifié à une raison d'économie.

Croit-on que le zèle du médeciu n'a point besoin d'être ranimé par la confiance du malade ? et que la confiance encore plus nécessaire du médecin en son propre talent ne va pas être mise durement à l'épreuve par le contrôle d'un autre praticien, qui, il est vrai, joue le rôle de personnage muet ? Ce n'est pas tout. La loi organise de toutes pièces une procédure en cas de conflit. Si une contestation s'élève entre l'assuré et le médecin, si la caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, il y a, en quelque sorte, matière à procès, et la Commission techniqne fait l'office de Tribunal. Il est vrai que le médecin traitant en fait partie, mais ne préférerait-il pas être dispensé de soutenir un avis qui risque de n'être pas partagé par ses confrères ? Sa dignité, sa réputation même ne vont-ils pas souffrir d'un tel examen ?

En somme, le grand changement moral apporté par la loi sur les Assurances sociales consiste dans la diminution, sinon dans l'abolition du pacte de confiance qui régnait jusqu'à présent entre le médecin et son client.

Désormais, le malade est éloigné moralement du médecin, qui n'a plus le même rôle confidentiel. Dans ces conditions, l'hospitalisation, si peu que la maladie soit sérieuse, apparaît comme devant être pratiquée fréquemment. Les malades se rendront volontiers dans les dispensaires, les cliniques, les établissements de cure dépendant de la caisse d'assurances ou ayant contracté avec elle. Dans ces asiles, le malade n'aura point la satisfaction d'avoir à son chevet le médecin qu'il aura choisi, mais cela lui sera moins pénible que d'être soumis chez lui à un régime tracassier de contre-visite.

Or, la loi est formelle. En cas d'hospitalisation, les frais supportés par la caisse seront contenus dans des limites qui ne dépasseront pas les tarifs pratiqués dans les établissements hospitaliers de l'Assistance publique à

l'égard des malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite ou des accidentés du travail.

En somme, pour les malades assurés, il y a une présomption d'insuffisance de ressources, qui fait obstacle à ce que le médecin puisse librement recevoir des honoraires de son client, sans que pourtant ce droit lui soit expressément refusé dans la loi.

Sans doute, les établissements hospitaliers auront à tenir compte des intérêts des médecins. Les syndicats médicaux sont appelés à passer avec ces établissements des conventions, mais ils ne figureront que pour un tiers à peine dans la commission tripartite départementale. Ils y seront donc en état d'infériorité.

Nous n'insisterons pas sur cette question d'un intérêt cependant vital pour les médecins. Elle les touche de trop près pour qu'il n'y ait pas quelque indiscrétion à ne pas la laisser à l'examen des médecins eux-mêmes.

Une autre question plus générale et qui intéresse plus que toute autre le malade lui-même, est celle de savoir quelle garantie le nouveau régime pourra donner au secret professionnel ? A cause de ces multiples examens, dont le malade sera le sujet, restera-t-il quelque chose à ignorer pour tous ceux qui seront appelés à s'occuper administrativement des cas litigieux ? Admettons que tous les médecins qui auront vu le malade se seront tus sur la nature de son mal, ceux qui auront tenu la plume pendant les controverses qui auront eu lieu à son propos, seront-ils aussi discrets ? D'autre part, le médecin traitant ne sera-t-il pas obligé, dans bien des cas, lorsqu'il voudra écarter de lui tout soupçon, d'indiquer la nature du mal, directement ou indirectement ? N'y sera-t-il pas obligé, même dans tous les cas ? Pourra-t-il imiter le docteur B. qui s'opposait naguère victorieusement à l'indication, sur les bulletins de visite, de la maladie qu'il avait traitée, malgré les exigences du contrôle de la commission de son département pour les dépenses de l'assistance médicale gratuite ? (1).

On peut douter que le secret médical, d'une importance si grande, puisse résister sans dommage au régime institué par la nouvelle loi.

Tels sont les principaux griefs invoqués par les médecins.

Quels remèdes.

Il est bien malaisé de le dire ?

C'est aux médecins eux mêmes à les découvrir et à les signaler aux pouvoirs publics dans un esprit de conciliation et de sagesse. Tout, certes, n'est pas à critiquer dans l'œuvrs si laborieusement édifiée et dont le but philanthropique est manifeste. Concourir à cette tâche de pacification sociale ne saurait déplaire à des hommes habitués à se dévouer et à la science et à l'humauité. Mais ils devront être entendus dans leurs admonitions et dans leurs revendications légitimes. Il ne paraît pas possible que les mesures qu'ils auront préconisées ne soient, tôt ou tard, adoptées.

P. Castel,
Avocat à la Cour.

(1) Voir le *Progrès Médical* du 24 novembre 1928.

Adrénaline. — D'après Mazzeo, l'administration d'adrénaline au lapin augmente le cholestérol dans le sang et le diminue dans divers organes.

Mazzeo. La cholesterina del siero di sangue e degli organi nel coniglio dopo l'introduzione d'adrenalina. (*Arch. di Soc. Biol.*, 1928, t. XI, p. 381-389.)

Effets du jeûne sur le pancréas. — Réduction du parenchyme exosécréteur et augmentation des îlots, d'où hyperinsulinémie. (Johns, *Deutsche med. Woch.*, 5 août 1927, p. 1339.)

ACTUALITÉS

1er Congrès international d'actinologie

Paris 22-29 juillet 1929.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière

Rapporteur : M. Brody, de Grasse.

I. — *Traitement par l'héliothérapie.*

A. — Pigmentation et accoutumance

Après une cure solaire prolongée, il n'est pas rare de constater chez les malades un arrêt de l'amélioration. Quand la peau des malades est très pigmentée, quand leur photosensibilité est très réduite et que les fortes doses mêmes n'occasionnent plus d'érythème, il semble inutile de prolonger un traitement qui ne provoque aucune réaction efficace.

Peut-être se produit-il un phénomène d'accoutumance : un organisme sursaturé de rayons solaires ne peut assimiler plus grande quantité de lumière. La pigmentation atteint alors son maximum d'intensité. Toutefois, elle est loin de constituer un élément de pronostic. Dans nos observations, nous avons relevé :

1° Forte pigmentation sans amélioration ;

2° Guérison sans pigmentation notable, ainsi, *pigmentation ne signifie pas amélioration.* Il peut même arriver qu'une pigmentation subite et intense soit suivie d'un décès à brève échéance. Dans les cas observés, elle semble, en héliothérapie, le prodrome de la fin prochaine, comparable à ce qu'est, en médecine, le muguet du voile du palais.

Pigmentation ne signifie pas non plus accoutumance. — Toutefois, il existe un rapport étroit entre la pigmentation, la durée de l'exposition et l'inefficacité du traitement. Il convient, alors, de diminuer les doses, d'arrêter la cure solaire et de faire même une cure de désaccoutumance, à la suite de laquelle on constate une nouvelle efficacité du traitement. Nos expériences personnelles nous ont porté à tirer ces conclusions :

1° L'héliothérapie donne d'excellents résultats, mais exige un traitement fort long ;

2° La dose solaire quotidienne est en général excessive ;

3° Ce sont les expositions journalières et ininterrompues, pendant des mois, qui allongent considérablement la durée du traitement. Par suite, l'exposition pratiquée dans ces conditions, peut être abandonnée ; la réduction des doses semble s'imposer :

4° La pigmentation empêche souvent l'amélioration.

Il est donc faux de prétendre que « plus on fait de soleil » plus vite on guérit. En ce sens, la guérison ne dépend pas des heures de cure. Il faut savoir diriger l'action du soleil, éviter tous excès, ne pas allonger le traitement outre mesure par des doses trop fortes, ne pas le réduire à l'extrême par des doses trop faibles.

B. — Technique personnelle

1° Durant huit jours, cure d'adaptation ;

2° Première séance consacrée à l'application du test sensitométrique du Dr Saidman qui permet, dès le début du traitement d'appliquer la posologie nécessaire et d'éviter tout incident, de connaître la photosensibilité des malades, les effets de 18 doses différentes, les durées d'exposition inefficaces, érythémateuses et provoquant des incidents ;

3° Les dix jours suivants, cure d'entraînement solaire, selon le schéma du Dr Rollier ;

4° Cures progressives de soleil jusqu'à concurrence de 30' sur la face antérieure du corps, 30' sur la face postérieure. L'ensemble de ce traitement dure de deux à trois mois ;

5° Cure de désaccoutumance et de dépigmentation, de trois semaines à trois mois, au cours de laquelle l'amélioration peut avoir un renouveau d'activité ;

6° Après le retour de la photosensibilité, nouvelle cure solaire de deux à trois mois et ainsi jusqu'à guérison.

Résultats obtenus :

a) L'amélioration initiale se poursuit plus longtemps ;

b) Persiste et parfois s'accentue après l'interruption de la cure active ;

c) Si elle s'arrête pendant la période de repos, elle reprend dès une nouvelle irradiation.

En outre, bien-être général, et surtout diminution notable de la durée du traitement.

C. — Incidents du traitement

Sont dus, le plus souvent, à l'ignorance ou à l'imprudence des malades.

Il convient de veiller particulièrement aux congestifs et aux cardiaques. Les péritonites à forme fébrile sont susceptibles de donner de très bons résultats.

Il est prudent de n'administrer pendant la cure, que les médicaments absolument indispensables, par crainte de la photosensibilisation. (Foveau de Courmelles, Jausion, etc.)

Le soleil exerce, à la longue, une action nocive sur les artères ; les malades jeunes, eux-mêmes, peuvent présenter des signes d'artério-sclérose.

Conditions requises pour éviter les incidents.

1° Choix judicieux des malades ;
2° Dosages prudents, avec entraînement progressif ;
3° Emploi du test sensitométrique ;
4° Surveillance médicale de la cure.

D. — Durée et résultat du traitement

Guérison ou amélioration très notable, après un laps de temps variable de trois mois à un an et demi.

Indications sur quelques facteurs qui déterminent les résultats.

1° Sexe des malades ;

a) Les troubles de la menstruation, chez la femme, doivent entrer dans la symptômatologie de la péritonite tuberculeuse ;

b) Le soleil exerce une action incontestable sur le rétablissement des fonctions menstruelles ;

c) La régularisation des menstrues va, presque toujours, avec une amélioration générale et locale ;

d) Chez l'homme, la maladie offre généralement plus de gravité que chez la femme réglée ;

e) Pronostic plus sérieux chez la femme, après la ménopause ;

2° Age des malades ;

3° Forme et âge de l'affection.

L'ascite ne disparaît pas toujours aussi vite qu'on le prétend. Dans certains cas, elle ne disparaît pas du tout. Dans les ascites abondantes, fonctionnées, le traitement est souvent d'une extrême lenteur, souvent même complètement inefficace. En ce cas, de graves erreurs de diagnostic sont fréquents. La revision du diagnostic s'impose, en cas de persistance du liquide, et doit faire suggérer dans tous les prétendus cas de péritonite tuberculeuse, où la cure solaire est inefficace, qu'il s'agit là d'une autre affection.

Les rechutes assez fréquentes sont dues, d'ordinaire, à l'abandon prématuré de la cure.

Il faut se montrer prudent dans la constatation des résultats. L'héliothérapie, tout en donnant des résultats excellents, ne guérit ni tout, ni toujours, ni surtout très vite.

II. — *Traitement par l'association de l'héliothérapie naturelle et artificielle.*

Les observations cliniques nous incitent à croire que ce traitement conjugué est très souhaitable. Plusieurs heures de cure solaire peuvent être remplacées par une courte irradiation. La guérison obtenue par l'actinothérapie est généralement plus rapide. Dans nos cas, nous employons régulièrement l'hélio et l'actinothérapie. La matinée est réservée à la première, la soirée à la seconde. On détermine le facteur individuel d'actinosensibilité des malades et la puissance actinique de la lampe. Les malades sont inondés simultanément par deux sources : à telle séance, la face antérieure est exposée à la lampe à vapeur de mercure, la face postérieure à l'arc polymétallique ; à la séance suivante, on opère inversement.

Comme dans la cure solaire, il convient de faire une cure de dépigmentation et de désaccoutumance, avec repos simultané des deux traitements.

Le test indique la reprise de la cure, en déterminant le retour de la photosensibilité.

Pendant les deux ou trois mois convenus pour une cure solaire, nous ne dépassons pas 25 à 30 séances d'actinothérapie. Il semble préférable d'irradier plus souvent les malades, tous les deux jours au début et tous les jours par la suite.

Ainsi, la durée totale du traitement solaire se trouve considérablement réduite, l'organisme tirant profit des deux méthodes.

III. — *Traitement par la méthode chirurgicale combinée avec différentes irradiations.*

Les guérisons obtenues par la lumière ont définitivement consacré la supériorité de la physiothérapie sur la laparotomie. Les maîtres les plus éminents de la chirurgie se rallient eux-mêmes aux conclusions des physiothérapeutes. L'opération n'est indiquée que dans les grands épanchements ascitiques ou dans les complications de la péritonite. En ces cas mêmes, elle doit être précédée d'une cure de lumière, qui libère presque toutes les adhérences, mobilise presque toutes les lésions, fait fondre et disparaître les gâteaux, stimule l'état général et facilite le travail du chirurgien. La lumière doit agir sur les malades avant, pendant et après l'opération.

Les dénominations de « tuberculose chirurgicale », « tuberculose locale », ou « externe », sous lesquelles on a rangé jusqu'ici la péritonite tuberculeuse sont impropres. Cette affection n'est ni chirurgicale, ni locale, ni externe.

Ces termes méritent de disparaître définitivement ; la maladie est, de par son caractère et de par son traitement hélio et actinothérapique, tout à fait médicale, et provient d'une infection de l'organisme.

Généraliser la laparotomie marquerait un grand recul dans la thérapeutique de la péritonite tuberculeuse. Elle est sans comparaison possible avec la cure solaire. Celle-ci agit sur l'organisme tout entier, non seulement par le soleil mais par le repos et la vie au grand air ; elle est indispensable aux tuberculeux.

L'hélio-actinothérapie, seule, permet d'obtenir la guérison complète et de la maintenir. Par suite, il est recommandé à tout malade guéri de faire, deux mois par an, une cure de repos hélio-aérothérapique.

Traitement par la lumière de la péritonite tuberculeuse.

Rapporteur : M. Oscar Bernhard (Saint-Moritz).

1° La thérapeutique par la lumière et principalement par le soleil de la tuberculose dite chirurgicale peut donner des résultats très favorables et brillants. C'est actuellement la méhode de choix et elle le restera tant qu'on n'aura pas trouvé le traitement spécifique, si vivement désiré, de la tuberculose ;

2° Dans l'alphabet thérapeutique, le traitement par la lumière solaire est l'A (= vient en premier lieu), la cure à l'air libre, le B, et une nourriture suffisamment riche et soigneusement choisie, est le C. Ces trois facteurs réunis ont, bien entendu, une action plus énergique et meilleure que l'un de ces facteurs thérapeutiques isolés.

3° Parmi les différentes localisations de la tuberculose extra-pulmonaire, la péritonite offre le terrain le plus favorable pour l'hélio-climatothérapie. Maladie autrefois très redoutée, son pronostic est devenu maintenant même favorable.

Sur 103 cas de tuberculose péritonéale que j'ai traités, en Engadine supérieure à 1.800 mètres d'altitude, par la thérapeutique climato-diététique, 95 % environ ont guéri. Ces guérisons sont, dans la plupart des cas, des guérisons durables.

Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas de péritonite avec épanchement, ainsi que dans la péritonite plastique avec tumeurs et noyaux caséeux (mortalité : 1 1/2 %). Les résultats sont naturellement moins bons dans la forme ulcéro-purulente (= caséeuse) avec infection multiple de l'épiploon et des mésos, et avec abcès. J'ai eu là 26 % de mortalité ;

4° En matière de tuberculose péritonéale, ainsi qu'en matière de tuberculose chirurgicale en général, j'emploie aussi bien l'irradiation locale que le bain total. Je pratique l'insolation d'abord sur l'abdomen seul, afin d'obtenir une excitation locale et j'arrive ensuite à l'irradiation du corps entier, afin de lui fournir le plus d'énergie lumineuse possible.

5° Les jours dépourvus de soleil, j'emploie de même, pour l'irradiation locale et générale, la lampe de quartz. Je n'ai jamais employé les rayons de Röntgen, car cette méthode, si elle a donné des résultats remarquables dans la péritonite tuberculeuse, a également causé des désastres ;

6° Le traitemant idéal de la tuberculose péritonéale est aujourd'hui l'héliothérapie, unie à la thérapeutique climato-diététique.

Traitement actinothérapique des péritonites tuberculeuses.

Rapporteur : M. Marcel Ory (Liège).

1. La tuberculose péritonéale ne représente qu'une localisation spéciale (sur le péritoine) de l'infection tuberculeuse : il convient donc d'envisager séparément ces deux éléments du problème : infection bacillaire et ses modalités lorsqu'elle frappe le péritoine.

2. L'infection bacillaire est avant tout une infection généralisée : elle peut rester localisée à certains organes, mais fréquemment, on trouve dans l'histoire des malades divers foyers.

3. Les rayons ultra-violets n'agissent pas sur le bacille de Koch *in vivo* directement, ni indirectement ; à doses érythémateuses, ils provoquent des réactions cutanées qui peuvent se traduire immédiatement par de la neutralisation des toxines, tardivement par l'apparition de pigment. Ce pigment nous semble être utilisé surtout lorsqu'il se résorbe.

4. L'action des ultra-violets ne se fait bien sentir que sur un organisme encore apte à réagir ; elle ne supplée pas aux défenses ; elles les simule.

5. Le péritoine est organe qui se défend bien, mais de par sa situation, lorsqu'il est malade, il peut provoquer des accidents indépendants de la bacillose elle-même.

6. Les ultra-violets constituent une arme puissante, mais qui ne doit pas être maniée inconsidérément : ils peuvent provoquer toute une série d'accidents plus ou moins sérieux.

7. Le traitement chirurgical a donné de beaux résultats : la laparotomie avec irradiation du péritoine semble plus active que la laparotomie pure et simple, mais n'agit pas par un autre mécanisme : les résultats ne sont pas essentiellement différents. Par contre, ce traitement chirurgical présente des inconvénients sérieux.

8. L'actinothérapie donne d'aussi brillants résultats que le bistouri dans les formes ascitiques, de plus beaux dans les formes caséeuses ; dans les formes localisées les indications doivent être discutées ; les formes sèches sont rebelles ; elles réagissent mieux aux associations : laparo-U. V.-X.-diathermie.

9. L'effet des rayons se fait diversement apprécier sur les différents symptômes.

10. Il en est d'ailleurs de même sur les diverses complications : certaines sont améliorées, certaines aggravées.

11. Le traitement climatique est souhaitable, mais est rarement nécessaire : la plupart des insuccès des ultra-violets sont aussi des insuccès de la mer.

12. Pour certaines formes, tout traitement autre que les traitements symptomatiques semblent contre-indiqués : forme miliaire aiguë dégénérescence amyloïde. méningite; pour d'autres, les thérapeutiques très actives sont contre-indiquées : formes à complications pulmonaires, cardio-rénales graves ; par contre, les formes ascitiques sont améliorées par toutes les thérapeutiques.

13. Il n'y a presque pas de contre-indications absolues au traitement actinothérapique ; il n'y a que des contre-indications relatives.

14. La plupart des succès après un an se maintiennent : on observe pourtant des accidents tuberculeux des années plus tard.

15. Les irradiations générales sont plus actives que les irradiations locales ; l'arc semble jouir de propriétés plus efficaces dans les affections tuberculeuses ; les doses érythémateuses intermittentes constituent une thérapeutique vigoureuse. Il y a nécessité d'interrompre le traitement après un temps variable et de reprendre le traitement après un intervalle de repos.

Le traitement général doit être rigoureusement observé, la surveillance du malade prolongée plusieurs années.

L'héliothérapie de la péritonite,

Rapporteur : M. A. Rollier, de Leysin.

Nous pratiquons l'héliothérapie d'altitude en faisant agir la totalité du spectre solaire sur toute la surface tégumentaire.

Depuis fort longtemps, nous avons étendu à la péritonite bacillaire les indications de la cure du soleil.

Toutes les atteintes bacillaires du péritoine sont susceptibles de se guérir par le soleil. Les plus fréquemment observées dans nos cliniques sont la forme exsudative, la forme plastique et la forme fibro-caséeuse.

Comme les lésions pleurales, avec lesquelles elles présentent la plus grande analogie et qui leur sont souvent associées, ce sont des manifestations secondaires de tuberculose dues à une propagation sanguine ou lymphatique ou à une infection par contiguïté de viscères préalablement atteints.

Quelle que soit la forme des lésions et leur étendue, le traitement appliqué est la cure solaire générale qu'il convient d'individualiser pour chaque malade, l'action dérivatrice de l'héliothérapie restant notre constante préoccupation. La conduite de la cure du péritonitique exigera un soin tout particulier.

Rappelons la notion essentielle du « Terrain » et l'importance qu'il y a à agir sur celui-ci dans un organisme qui a perdu son immunité relative contre le bacille tuberculeux.

La peau influencée par les radiations solaires, nous paraît jouer un rôle capital dans la lutte que l'organisme soutient contre l'invasion bacillaire. Redevenue saine au contact de son milieu naturel, l'air et le soleil, elle régularise la circulation sanguine et provoque une décongestion des organes viscéraux. Elle influence le métabolisme ; irradiée, elle modifie le taux de la glycémie, l'équilibre acide-basique du sang et sa teneur en calcium et en dérivés azotés. Ses multiples terminaisons nerveuses, sensitives et sensorielles n'échappent pas à l'influence du rayonnement

La peau est un organe d'élimination s'exerçant par la sudation, la sécrétion sébacée et la desquamation.

La sudation n'est pas qu'un régulateur thermique ; elle résulte d'influences nerveuses et hormonales. Elle peut suppléer, dans une certaine mesure, à l'insuffisance d'autres glandes (reins). La sécrétion sébacée, peu étudiée encore, est en relation avec le métabolisme des lipoïdes et des substances hydrocarbonées.

Les produits de desquamation sont riches en cholestérine. Les analyses d'Eckstein et Wile montrent que la transformation de la cholestérine en vitastérine, sous l'action des rayons solaires, s'effectue bien dans la peau.

La peau isolée transforme l'énergie de rayonnement en énergie chimique spécifique. Elle crée des catalyseurs, ferments indispensables au métabolisme général, à la formation osseuse (rachitisme) à l'équilibre chimique du sang (spasmophilie et acidose) et à la perméabilité capillaire (scorbut). Elle contient, en outre, les dopa-ferments (Bloch) qui ont fait poser le problème encore incomplètement résolu du rôle physiologique du pigment cutané. Il est très vraisemblable que ce dernier participe à la transformation de l'énergie actinique en énergie biologique. Il est, en tous cas, le témoin d'une hyperactivité fermentative de la peau. Le pigment paraît se comporter comme une sorte d'accumulateur de dynamisme et nous avons observé que la résistance d'un malade est généralement proportionnelle au degré de la réaction pigmentaire de ses téguments. Enfin, la peau est un organe d'immunisation.

Le soleil a une action reconstituante sur le système musculaire entier. La reconstitution d'une sangle abdominale naturelle contribue au bon fonctionnement des viscères. Le traitement hélio-alpin a une action favorable sur le sang (augmentation de l'hémoglobine, du nombre des hématies, des modifications de la formule leucocytaire).

Le malade doit s'adapter à l'altitude. Le temps nécessaire à cet entraînement varie avec chaque cas.

Pour obtenir l'effet décongestif de l'héliothérapie, nous préconisons un mode de dérivation qui consiste à commencer et à terminer toujours l'insolation générale par les extrémités inférieures.

L'insolation abdominale sera conduite avec une prudence extrême en se rappelant que la façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne. L'irradiation locale sera supprimée ou diminuée au moindre signe d'intolérance, en continuant toutefois l'insolation sur les membres inférieurs qui assure une action dérivatrice.

La dose maximale est de 2 à 4 heures par jour dans les cas de tuberculose ostéoarticulaire et ganglionnaire. Dans la péritonite, elle variera d un cas à l'autre. En raison de l'état congestif plus ou moins accusé de la séreuse, l'héliothérapie abdominale sera individualisée et dosée « au compte-goutte ».

La péritonite ascitique a un bon pronostic ; nous ne recourons pas à la ponction évacuatrice, l'épanchement se résorbant spontanément et contenant, en outre, des anticorps dont il n'y a pas de raison de priver l'organisme. Rappelons qu'une exposition trop prolongée au soleil provoque une congestion de la séreuse et par suite une sécrétion de fibrine pouvant créer des symphyses étendues.

La péritonite plastique et la forme fibro-caséeuse sont également susceptibles d'amélioration et de guérison. Les produits inflammatoires se résorbent, la température se régularise.

Le toucher vaginal ou rectal est indispensable, car souvent la palpation est trop douloureuse et la tension de la paroi s'oppose à tout examen.

On recherchera systématiquement les lésions annexielles. Dans le cas d'atteinte de ces organes, l'insolation sera diminuée deux à trois jours déjà avant les menses.

Une tuberculose intestinale concomitante sera traitée par le régime alimentaire approprié.

La guérison se signale par l'amélioration de l'état général, l'augmentation de poids, un retour de la formule sanguine à la normale par l'indolence complète à la palpation même profonde.

Nous ne réservons l'intervention chirurgicale qu'aux seuls cas de sténose avec iléus.

Les fistules purulentes et stercorales, consécutives à une intervention chirurgicale, bénéficient de la cure de soleil. Malgré la gravité de telles complications, la guérison est souvent possible encore. Les plaies sanieuses seront exposées d'une façon presque permanente à l'air et à la lumière.

Il y a tout intérêt à pratiquer l'héliothérapie en plaine qui peut être poursuivie du printemps jusqu'à l'arrière automne. Il faut la pratiquer alors le matin de bonne heure car l'air surchauffé du milieu de la journée congestionne, entraîne une transpiration excessive et affaiblit. Le régime se composera essentiellement de lait et de farineux, de légumes légers et surtout de fruits cuits.

Outre la disparition des phénomènes morbides, la cure de soleil transforme l'état général et renforce les résistances organiques.

Depuis quelques années nous prescrivons à nos malades une occupation régulière (travaux manuels). Cette activité s'est démontrée rapidement comme un agent d'une triple valeur, thérapeutique, psychique et sociale. Elle maintient un certain potentiel psychique indispensable pour mener à bonne fin la cure d'une maladie qui est toujours longue. Enfin, le gain réalisé par la vente des objets manufacturés représente pour les indigents une source de profit non négligeable souvent, qui même permet à plusieurs de prolonger leur traitement nécesssaire jusqu'à la guérison.

La part de l'infra-rouge et de la chaleur radiante dans le traitement des rhumatismes

Rapporteurs : MM. H. Dausset et Lucy, de Paris.

Nous avons utilisé pour traiter des centaines de rhumatisants deux sortes d'appareils générateurs d'infra rouge.

Ceux qui donnent un rayonnement sélectionné et ceux qui ont un spectre varié et comprenant toute la gamme des radiations que l'on trouve dans la lumière solaire.

Pratiquement, c est le corps noir de l'appareil Walter ou les résistances électriques portées au rouge des appareils Lasem ou quartz Diamant dont nous nous sommes servis, dans la première catégorie.

Dans la seconde, nous avons fait un grand usage des bains de lumière complets associés à l'hydrothérapie des bains locaux de Delherm et Laquerrière, Miramond de la Roquette, des bains de lampe à arc à charbons polymétalliques.

Les techniques sont bien différentes, suivant l'appareil et la source thermo-lumineuse. Nous avons classé ces procédés selon qu'on recherche la sudation ou non.

Jusqu'à présent, l'infra-rouge pur n'a été utilisé par nous que sur des régions du corps limitées.

Tandis que le bain de lumière permet d'agir à la fois sur la totalité de l'enveloppe cutanée.

Nous recherchons deux effets principaux des applications thermo-lumineuses.

L'*hypérémie* avec toutes ses conséquences connues ou encore ignorées, avec les phénomènes physico-chimiques qu'elle entraine.

L'*analgésie* qui est le phénomène bien connu, consécutif aux applications caloriques. Nous n'avons fait qu'effleurer l'étude du mode d'action de la thermoluminothérapie, nous limitant à décrire rapidement les effets thérapeutiques que nous avons observés.

Pour cela, au lieu de nous perdre dans une classification encore bien peu nette et peu sûre, des rhumatismes, nous avons préféré simplifier, peut-être à l'excès, mais au point de vue pratique cela nous a paru toujours suffisant.

Voici donc le résumé de nos observations :

— *Les bains d'infra-rouge associé aux rayons lumineux* et *suivis d'hydrothérapie*, sont d'une efficacité remarquable, dans le traitement des *séquelles du rhumatisme aigu* et amènent rapidement la guérison.

— Ils enrayent et même parfois font régresser l'évolution du *rhumatisme chronique* à condition de répéter souvent et longtemps les séances et de considérer surtout ce traitement comme adjuvant d'autres médications.

— L'infra-rouge combiné à l'ultra-violet et à la lumière blanche de la *lampe à arc* est aussi un bon adjuvant parmi les agents employés contre le *rhumatisme tuberculeux*.

— L'infra-rouge améliore les manifestations locales d'*origine blennhorragique*.

Il est surtout un adjuvant précieux dans les formes *goutteuses* que l'on traitera avec bénéfice par les procédés de sudation.

Dans le lumbago, le rhumatisme musculaire, la cellulite abdominale, l'infra-rouge par sa seule action amène souvent la guérison.

— Enfin, il est actuellement impossible de dire quelle est dans l'immense domaine de l'infra-rouge, la longueur d'onde la plus utile dans le traitement des rhumatismes.

— On ne peut pas davantage déterminer la part thérapeutique qui revient aux rayons lumineux ou à l'ultra-violet.

— La principale action paraît être d'ordre thermique, mais l'excitation de la peau par les rayons lumineux est certainement très utile, surtout, semble-t-il, quand on recherche la sudation, ou une action qui paraît spécifique, contre les localisations tuberculeuses.

La photothérapie dans le rhumatisme chronique

Rapporteur : M. Van Breemen, d'Amsterdam.

Comme tonique général dans beaucoup d'affections rhumatismales chroniques, les rayons ultra-violets (lampe à vapeur de mercure, lampe à arc) peuvent être appliqués avec succès, d'où il peut s'ensuivre une augmentation considérable de la résistance de l'organisme, surtout dans le rhumatisme à forme infectieuse.

Dans le facteur II on ne retient généralement que peu d'indication de photothérapie.

Dans le facteur III les radiations de lampe de quartz ainsi que les lampes à incandescence sont de grande importance touchant les troubles de la circulation cutanée.

Dans le facteur IV aussi bien les rayons ultra-violets mais le plus souvent avec très forte réaction allant jusqu'à la formation vésiculaire, que la lumière incandescente et les rayons, infra-rouges s'emploient avec succès comme applications locales, tant dans les affections des articulations que dans celles des muscles et des nerfs.

Dans le supplément le rapporteur donne quelques exemples et indications précises.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1929

La colopathie d'origine appendiculaire.—M Constantin *Poenaru-Caplesco* (de Bucarest), pense qu'en face d'un malade avec syndrome colitique, on a le devoir de penser toujours à une étiologie appendiculaire possible. Il faut s'appliquer à mieux poser le diagnostic d'appendicite latente, sans crise aucune, contrôlé par la radiologie. Pour guérir la colite, il faut supprimer le foyer septique appendiculaire.

La dernière campagne de vaccination antivariolique au Havre. — M. *Loir* apporte des documents statistiques concernant cette campagne. Il expose les mesures prises, leur réalisation. Il a pu constater que le vaccin anglais était très virulent, ce qui peut expliquer les réactions vives signalées outre-Manche. Il préconise la vaccination à l'aiguille préférable à la vaccination à la lancette ou au vaccinostyle.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

La dysidrose,

Par Louis BORY.

La dysidrose n'est apparemment qu'une variété d'eczéma, à grosses vésicules, prenant cet aspect plus spécialement en certaines régions, comme la paume des mains, (ou des pieds), les doigts, la face dorsale des poignets, où la peau est d'une certaine épaisseur, l'épiderme d'une certaine résistance, ce qui parait favoriser la collection séreuse issue de l'œdème d'un corps malpighien sensibilisé.

En analysant de plus près ce syndrome, on ne peut s'empêcher de lui reconnaître une allure qui l'éloigne de l'eczéma diathésique vulgaire et en fait une individualité clinique fort nette, dont le volume des vésicules et l'absence habituelle de rougeur constituent les caractères essentiels.

Voici, par exemple, une femme de 36 ans, qui, depuis quatre ans, a des poussées de dysidrose des mains. Je la vois ces jours passés avec une poussée nouvelle plus étendue ; alors que les précédentes étaient demeurées localisées à la paume des mains et aux doigts, cette fois à l'éruption habituelle de vésicules moyennes ressemblant à des grains de tapioca cuit enchâssés dans un épiderme épais, s'est surajoutée sur le dos des poignets, symétriquement, remontant un peu sur l'avant-bras, une éruption de grosses vésicules, confluentes, à contenu d'apparence plus claire par suite de la minceur plus accusée de l'épiderme qui les recouvre. Prurit assez vif, légère teinte rosée auréolant la zone éruptive, rien de comparable à l'érythème rouge vif, inflammatoire, de l'eczéma aigu aucun suintement, les vésicules de dysidrose n'ayant guère tendance à s'ouvrir. La sensation de prurit est surtout périphérique, ce qui explique la rougeur secondaire, le placard éruptif lui-même donne plutôt la sensation de gêne douloureuse ou de brûlure.

Le mécanisme de ces exsudations localisées de sérosité nous échappe. Il ne s'agit pas d'une affection des glandes sudoripares, les vésicules n'ayant aucun rapport avec celles-ci. Elles naissent, comme dans l'eczéma, par le processus de spongiose, c'est à dire par un œdème du corps muqueux de Malpighi, dont les cellules sont écartées, dissociées par le liquide séreux qui s'infiltre dans les espaces intercellulaires striés par les filaments d'union. Pour ce qui est de l'origine même de cet œdème malpighien en apparence primitif nous en sommes réduits aux mêmes incertitudes que pour l'eczéma.

Dans le cas particulier, nous n'avons pu découvrir aucune cause d'irritation externe susceptible d'expliquer la ou les poussées.

Trouvons-nous dans l'examen général de quoi nous laisser supposer qu'il s'agit d'un « syndrome de sortie » de substances toxiques et sensibilisantes ? La malade est, certes, une dyspeptique constipée, avec ptose du côlon transverse et coudures correspondantes, mais l'analyse d'urines ne révèle aucun signe d'insuffisance hépatique ou rénale ; nous tiendrons compte cependant des troubles gastro-intestinaux pour établir notre ordonnance et chercherons à rétablir l'équilibre de ce côté par l'hydrothérapie, le massage abdominal discret, le port d'une ceinture, les cures alcalines alternées avec des prises de calomel à faibles doses (un centigramme chaque matin pendant 15 jours.)

Quant au traitement dermatologique proprement dit, il est relativement simple quand la dermatose est ainsi localisée.

Le meilleur traitement, à mon avis est *l'huile de houille soufrée.* C'est l'huile de houille fluide (passant au moment de la distillation vers sept ou huit cents degrés) et dans quoi on met dissoudre à chaud vers 120° un pour cent de soufre lavé. On badigeonne au pinceau les régions malades une fois ou deux par jour, on enveloppe d'une gaze, d'un peu de coton et d'une bande.

Après trois ou quatre jours, la poussée, qui eût sans cela mis deux ou trois semaines à guérir, en risquant de s'infecter, est complètement éteinte et quelques jours d'une pâte de zinc ou d'une crème suffisent à ramener la peau à son état normal.

Mais il faut craindre les récidives et il est bon pendant quelques semaines de répéter les applications une fois par semaine, même en l'absence de lésion.

On peut dans ce cas remplacer l'huile de houille par l'huile de vaseilne au xylol iodé, dont j'ai déjà bien souvent indiqué la formule (iode 0,50-xylol 10 cc., faire dissoudre ; huile de paraffine 90 cc.) et dont l'huile peut être remplacée par la vaseline si on veut une préparation plus consistante.

L'huile de houille étant assez difficile à trouver à l'heure actuelle, on peut la remplacer par une pâte au goudron :

Goudron de houille lavé .}
Vaseline ....} àâ 10 grammes
Lanoline ....}

ou par une teinture de goudron à l'acétone :

Goudron de houille lavé....	10 grammes
Benzol	20 grammes
Acétone	70 grammes

De simples lavages au savon suffisent pour enlever les tâches dues au goudron sur la peau ou tout au moins pour en diminuer les inconvénients.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGERE

Intoxications.

L'intoxication par l'alcool méthylique est en progression régulière aux Etats-Unis, grâce à l'application rigoureuse des lois de la prohibition (Zur-Linden, *United States Naval medical Bulletin*, avril 1929). Les doses toxiques ne sont pas exactement déterminées, mais on admet que 20 cc. peuvent causer la cécité et 60 cc. la mort ; cependant la guérison est fréquente après l'absorption d'une demi-pinte (283 cc.), mais le plus souvent au prix d'une atrophie partielle ou totale du nerf optique.

L'élimination terminale se faisant sous forme de formiate de soude, qui accélérerait la réaction ; voici le traitement de l'intoxication qui en résulte :

D'abord vomitif et lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée chaude.

Ensuite purgation avec une forte dose de sulfate de magnésie pour prévenir l'absorption de l'alcool.

Enfin absorption de 4 grammes de bicarbonate de soude trois fois par jour et injection intraveineuse quotidienne de 200 cc. d'une solution de bicarbonate à 4 % jusqu'à ce que l'urine redevienne alcaline au papier de tournesol.

Fièvres éruptives.

Les scarlatineux sont porteurs de streptocoques hémolytiques ; J. W. Le Blond (*Bulletin médical de Québec*, mars 1929) a réuni dans une même salle les convalescents au 17e jour de la maladie et les a soumis à des désinfections quotidiennes.

Les produits employés ont été les suivants : rivanol à 1/2.000, gonacrine à 1/250, filtrats streptococciques de culture sur bouillon, sérum anti-scarlatineux de Dick-Dochez ; ils ont été prescrits en instillations et en gargarismes. Les deux derniers n'ayant pas donné de résultats intéressants, on a utilisé presque exclusivement le rivanol et la gonacrine, avec des effets superposables.

Tous les six jours on fait un ensemencement de la gorge ; dès qu'on obtient un résultat, on suspend la désinfection naso-pharyngée pendant 48 heures ; un nouvel examen ne révèle plus de germes chez les convalescents qui observent bien les prescriptions de l'isolement.

229 ensemencements ont donné les résultats suivants chez 99 sujets : 18 convalescents voient le streptocoque disparaître du carrefour rhino-pharyngé après six jours de désinfection et d'isolement combinés, 32 après douze jours et 49 après dix-huit jours.

Maladies vénériennes.

La femme enceinte ignore ou cherche à dissimuler sa syphilis beaucoup trop fréquemment (Isidro Espinosa y de los Reyes, *Cronica medica mexicana*, avril 1929) ; aussi faut-il employer systématiquement la réaction de Bordet-Wassermann dès la première consultation, on fait un prélèvement qu'on envoie au laboratoire de diagnostic du Département de la Santé publique.

L'examen clinique pratiqué en même temps, révèle ou non des symptômes de syphilis ; dans le premier cas, on commence immédiatement le traitement, dans le second on attend les résultats de l'analyse.

Si l'examen de laboratoire est positif, on procède au traitement ; s'il est négatif, on tente une réactivation avec cinq centigrammes de néosalvarsan et on fait une seconde analyse huit jours après.

Le traitement consiste en une série de six injections hebdomadaires de néosalvarsan à des doses allant de 15 à 90 centigrammes ; on répète alors la réaction de Wassermann.

Si, à la suite d'une deuxième série, la réaction reste positive, le bismuth est indiqué.

Les enfants de femmes traitées ont été suivis pendant un an et n'ont présenté aucun symptôme de syphilis.

Chirurgie.

L'exclusion presque totale de l'intestin grêle n'est pas incompatible avec la vie (Georges Brohee, *Bruxelles médical*, 14 avril 1929). Une erreur de technique opératoire d'un chirurgien, ayant déterminé une exclusion, incomplète il est vrai, des anses duodéno-jéjuno-iléales, avait réalisé une disposition anatomique, acquérant la valeur d'une véritable expérience de physiologie pratiquée sur l'homme.

La malade survécut pendant trois ans et demi à une anastomose de la poche gastrique dans l'anse iléale, à 15 centimètres de la valvule de Bauhin ; la dégastro-iléostomie a permis à l'opérée, âgée de 31 ans, de reprendre une vie normale, après avoir subi trois interventions et mené une existence douloureuse de 1924 à 1927.

On peut admettre une adaptation spéciale du cæco-ascendant, activant ses capacités absorbantes naturelles, et une digestion dans le sac cæcal, où se passeraient les opérations physico-chimiques réparties normalement le long du tube digestif.

Les luxations habituelles de la mâchoire et les craquements de l'articulation temporo-maxillaire semblent être plus fréquents que ne l'indique la littérature médicale, qui en contient 56 cas ; Sten von Stapelmohr en a observé 13 cas pour son compte (*Acta chirurgica scandinavica*, 24 mai 1929) ; il y a donc en tout 69 cas de décrits.

On peut établir une classification en trois groupes, avec des formes de transition : 1° cas uniquement à craquements (27) ; 2° cas avec luxation à bouche ouverte (35) ; 3° cas avec constriction intermittente à bouche fermée ou demi-fermée (7).

Dans 52 % des cas on n'arrive pas à trouver une étiologie satisfaisante ; dans 20 % on indique comme cause la mastication d'un corps dur, le bâillement, le rire convulsif ou un traumatisme. La grippe et les maladies infectieuses donnent des arthrites, suivies de craquements ; les affections nerveuses ont été également invoquées ; la maladie a paru après des infections, des traitements et même des anomalies des dents.

Dans le premier groupe, les symptômes peuvent disparaître spontanément ; les deux autres nécessitent souvent une intervention consistant dans l'extirpation simple du ménisque ou dans sa fixation devant le condyle mandibulaire.

Matière médicale.

Le Picralima Klaineana est un petit arbre exotique du Congo, où il est connu sous le nom indigène d'Akuama (Michiels, *Bruxelles médical*, 7 avril 1929). La feuille, l'écorce et surtout la graine contiennent, comme l'a montré Clinquart, deux alcaloïdes, dont l'un, cristallisé, l'akuamine, a pu être isolé.

La graine serait un puissant fébrifuge, comme le prouve le cas d'un voyageur qui, accablé par la malaria, aurait pu continuer son voyage après absorption d'une seule graine, qui lui avait été donnée par un Arabe de la caravane. Au Somaliland et en Tripolitaine les guérisseurs indigènes l'emploient fréquemment.

Les recherches, poursuivies par Holmes, Ide et Brunoghe, permettent de considérer Picralima comme un excellent succédané de la quinine.

Varia.

Confinée longtemps à la description purement psychologique, la psychiatrie a paru se complaire dans la notion stérilisante d'incurabilité (Ch. Fontaine-Vincent, de Bruxelles).

La céphalée est toujours un symptôme et jamais un diagnostic (C. C. Buchanan, d'Hattiesburg, Mississipi).

J. Lafont.



GLANURES

Tchekhov et la médecine. — Prenant pour prétexte le 25e anniversaire de la mort de Tchekhov, les *Nouvelles littéraires* (20 juillet 1929) viennent de publier quelques pages sur ce médecin qui compte parmi les grands écrivains russes et dont l'œuvre ne saurait nous laisser indifférents puisqu'elle est consacrée en grande partie à l'étude à des médecins, des malades, de la pratique médicale et la glorification de la médecine (1).

Anton Tchekhov naquit à Taganrog en 1860 ; il fit ses études à la Faculté de médecine de Moscou où il fut reçu médecin en 1884. Il exerça pendant quelques années, sans abandonner le journalisme où il s'était lancé dès sa seconde année de médecine.

« Je suis un médecin écrivait-il à un de ses amis en 1886, et mon travail médical m'a tellement absorbé que personne n'a été plus troublé que moi par le proverbe des lièvres qu'on chasse... Je consacre à la littérature mes moments perdus, deux ou trois heures par jour et une partie de la nuit, c'est-à-dire le temps qui convient à un travail de second ordre. »

Le journalisme lui rapporta quelques roubles et fit connaître son nom, la médecine l'intéressa par les problèmes de morale et de sociologie qu'elle offrait à ses réflexions. « La médecine, disait-il, est ma femme légitime et la littérature est ma maîtresse. Quand l'une m'assomme, je passe la nuit avec l'autre ».

Et pourtant, combien elle compliquait sa vie.

« Je m'étais mis sérieusement, l'autre nuit, raconte-t-il, à écrire un conte pour la *Novoye Vremya*, quand une femme vint me chercher et me traîna auprès du poète Palmin qui, dans un accès d'ivresse, était tombé et s'était ouvert le front. Je m'occupai près de deux heures au chevet de l'ivrogne, je me fatiguai, commençai à m'imprégner de l'odeur de l'iodoforme, et rentrai chez moi de méchante humeur et complètement épuisé... Ma vie est terriblement sombre, et je commence à avoir des crises de misanthropie, ce qui ne m'arrivait autrefois jamais. Des conversations longues et stupides, des visites, des gens qui demandent des secours, et les secourir dans la mesure d'un rouble, ou de deux ou de trois, dépenser de l'argent en voitures pour l'amour de clients qui ne me payent pas un sou — tout cela est un tel salmigondis que je voudrais fuir de chez moi. On m'emprunte de l'argent et on ne me le rend pas, on prend mes livres, on pille mon temps... »

Si la médecine parut absorbante à Tchekhov, elle lui apparut aussi grosse de responsabilité et il cessa de l'exercer à la suite d'aventures qu'a précisées son frère.

Dans une ordonnance rédigée par lui au cours d'une consultation, Tchekhov ne mit pas la virgule à sa place dans un chiffre indiquant les grammes. Terrifié par son erreur, il vola chez le malade à minuit : heureusement, on n'était pas encore allé chez le pharmacien. Cette même année, alors que le jeune médecin soignait une famille de quatre membres tous atteints de la typhoïde, la mère et la fille aînée moururent. Cette double mort produisit sur Tchekhov une impression telle qu'il fit enlever de sa porte la plaque de docteur-médecin.

Le journalisme lui était devenu d'un rapport suffisant. Après les travaux mal rétribués, Tchekhov avait vu les grands journaux l'accueillir.

En 1889, il avait reçu le prix Pouchkine ; à dater de ce jour, sa vie fut surtout consacrée à la littérature. Il cultiva tous les genres et excella dans tous : nouvelles, romans, théâtre. Mais en 1897 il eut une hémoptysie. Pour oublier son mal, il se mit à voyager ; ces pérégrinations à travers l'Europe, si elles ne ralentirent point la production

(1) Sur Anton Tchekhov, cf. : Cheinisse : L'empreinte médicale dans les œuvres de Anton Tchekhov, *La Presse médicale*, 7 novembre 1923. — H. B. Duclos : Antoine Tchekov ; le médecin et l'écrivain. *Thèse de Paris*, 1927. — Hommage à Tchekhov. *Les Nouvelles littéraires*, 20 juillet 1929.

de l'écrivain, n'améliorèrent guère son état. Tchekhov mourut le 2 juillet 1909 en Allemagne, à Badenweiler. Un modeste buste fut placé sur sa tombe ; en 1916, les Allemands envoyèrent ce buste à la fonte.

Rechercher si la médecine a eu quelque influence sur l'œuvre de Tchekhov serait inutile, lui-même s'est chargé de le dire :

« Je suis certain que l'étude de la médecine a eu une influence considérable sur mes travaux littéraires ; en élargissant le champ de mes observations, elle m'a enrichi de connaissances dont toute la valeur ne peut être comprise que par des médecins. Elle m'a guidé aussi, et je dois probablement à mes rapports étroits avec la médecine d'avoir réussi à éviter une foule d'erreurs. »

Et on peut le constater dans ses œuvres où à peu près toujours apparaissent des médecins et des malades, Tchekhov n'oublie jamais de noter chez les gens soi-disant bien portants leurs tares, leurs diathèses, leur constitution, de même qu'il oublie rarement de renseigner sur leur hérédité.

Quant aux cas cliniques, ils sont foule ; influenza, typhus exanthématique, diphtérie, choléra, variole, asthme, goutte, alcoolisme, tuberculose, hystérie, etc. Et cela ne ressemble cependant pas à un musée Dupuytren ; Tchekhov sait évoquer en quelques mots toute une existence ou mettre en relief avec un réalisme saisissant ses types pathologiques.

Les médecins qu'il présente sont aussi variés que les malades. On voit apparaître quelques fantoches, car Tchelkhov a tenu à stigmatiser les brebis galeuses, mais surtout des hommes d'une inépuisable bonté et d'un admirable dévouement, comme ce médecin de Zemstvo, Kirilov, à qui, par un triste soir de septembre, la diphtérie vient de ravir son fils unique, âgé de six ans. A peine l'enfant venait-il d'expirer, à peine la malheureuse mère venait-elle de s'agenouiller devant le petit lit qu'un coup de sonnette se fit brusquement entendre dans l'antichambre. Et les domestiques ayant été éloignés dès le matin par crainte de la contagion, le docteur va ouvrir lui-même. Un monsieur est là, qui le prie de venir aussitôt voir sa femme, prise d'un malaise soudain. Le docteur s'excuse de ne pouvoir pas partir : « Il y a cinq minutes à peine que j'ai perdu mon fils ». Mais l'autre insiste et, accablé par son propre malheur, le médecin s'en va à quinze kilomètres de son domicile. Le voilà avant de partir, dans la chambre où est couché son enfant :

Dans la chambre régnait un silence de mort. Tout, jusqu'aux plus petites choses, parlait encore de la récente catastrophe, de la lassitude...

Une bougie posée sur un tabouret, au milieu de fioles et de petites boîtes, et une grande lampe sur la commode éclairaient d'une lumière vive toute la pièce. Sur le lit, tout près de la fenêtre, le petit garçon était couché, les yeux ouverts, et son visage semblait exprimer l'étonnement. Il était immobile, mais ses yeux ouverts paraissaient s'assombrir, de minute en minute et s'enfoncer davantage.

La mère était agenouillée au pied du lit, les mains posées sur le corps de son enfant, le visage enfoui dans les plis des couvertures. Elle était aussi immobile que son fils, mais on sentait tant de vie dans son corps penché et dans ses mains ! Elle s'était affaissée près du lit, de tout son être, avec ardeur et avidité.

Il n'y avait rien dans la chambre de cet effroi repoussant auquel on pense quand on parle de la mort. Dans le silence où tout était figé, dans l'attitude de la mère, dans la figure du docteur, il y avait quelque chose d'attirant, d'émouvant, il y avait cette beauté subtile, à peine saisissable, de la souffrance humaine, cette beauté que l'on n'apprendra pas encore bientôt à comprendre et à décrire, et que seule, je crois, la musique peut rendre.

Le docteur part avec celui qui est venu le chercher si précipitamment, et, lorsqu'ils arrivent à destination, il se trouve que ce malaise pour lequel on l'a arraché à sa douleur n'était qu'une grossière simulation et que la dame a profité de l'absence de son mari pour filer avec son amant ! Et tel est l'égoïsme de la douleur humaine que le monsieur trouva encore le moyen d'accabler le malheureux docteur de ses lamentations.

Les médecins mis en scène par Tchelkhow dépassent ceux de Balzac ; ils sont plus humains, plus réels ; et ce n'est pas le moindre mérite du romancier russe d'avoir osé présenter sous son vrai jour une profession que d'autres, évadés comme lui de la médecine, se sont cru obligés de dénigrer.

Le vingtième anniversaire de Jean Lahor. — M. Léon Treich rappelle dans les *Nouvelles Littéraires* (20 juillet 1929) le souvenir de Jean Lahor, le médecin poète et philosophe à qui Mlle Howyan a consacré, l'an dernier, une intéressante thèse :

De son vrai nom : docteur Henry Cazalis, Jean Lahor était né à Cormeilles-en-Parisis le 9 mars 1840. Il avait publié son premier livre, un recueil de *Chants populaires italiens*, texte et traduction, sous la signature à peine déguisée de Jean Caselli, puis sous son nom un volume de poèmes. *Melancholia* (1860) et un recueil d'essais, *le Livre du néant* (1868), enfin une étude sur la vie et l'œuvre d'*Henri Regnault* (1872). Déjà, il était atteint de cette nostalgie de l'Inde, du ciel indien, qui allait marquer toute la deuxième période de son existence. Gaston Deschamps, qui le connut beaucoup, l'aima et l'admira, croit pouvoir attribuer à l'influence de Leconte de Lisle ce penchant secret, et si profond, pour le pays des vingt-cinq mille brahmes. Leconte de Lisle ou non, Jean Lahor ne fut pas seulement un platonique adorateur de Siva. Il était resté pratique par plus d'un côté, latin. Il s'intéressait aux questions sociales, passionnément, rêvant la beauté des maisons ouvrières, la gaîté et l'agrément des intérieurs populaires, et un art tout exprès imaginé pour le foyer des travailleurs, un art qui les écarterait des cabarets et les moraliserait mieux que les prêches et les lois. D'autre part, amoureux fou de la nature, considérant comme criminel tout attentat contre elle, il fonda la société pour la protection des sites et des paysages français, dont les manifestations ont été depuis une trentaine d'années si utiles, si heureuses.

Dans son éternelle redingote sombre — qu'il exerçât la médecine à Aix-les-Bains ou qu'à Paris il courût les bibliothèques orientales — avec son nez puissant, sa bouche sensuelle, ses cheveux et sa barbe indisciplinés, ses yeux ardents, il laissait un souvenir vigoureux. Candidat à l'Académie Française au fauteuil de François Coppée il ne fut pas élu, malgré l'appui ouvert que lui donna le secrétaire perpétuel, Frédéric Masson.

Dans un de ses meilleurs livres, l'*Illusion*, il laisse des *Ultima Verba* qui sonnent haut :

Des vers retentissants valent-ils le silence
D'une âme qui remplit son devoir simplement
Et, pour autrui toujours pleine de vigilance,
Trouve sa récompense et sa joie en aimant ?

. . . .

Accomplis ton devoir, car la beauté suprême,
Tu le sais maintenant, n'est pas celle du corps.
La statue idéale, elle dort en toi-même.
L'œuvre d'art la plus haute est la vertu des forts.

Il était désabusé, il n'était point pessimiste : c'est la sagesse. « D'âme aimante et d'esprit inquiet, écrivit Jean Lahor à propos de son *Al-Gazhali* (transposition orientale du nom de Cazalis), il erra toute sa vie à la recherche de la vérité, de pays en pays, d'un système à l'autre, mais s'arrêta surtout aux énivrantes rêveries du panthéisme musulman... N'ayant trouvé nulle part, pas même en cette doctrine, la satisfaction ni le calme il revint vers la fin de sa vie à des études pratiques, surtout de morale, et se réjouit des progrès utiles et bienfaisants de la science humaine... »

Car c'est surtout quand on a douté de tout qu'on éprouve le besoin de croire encore à quelque chose...

Un cas de Phlébotomie de la Saphène en 1755-56. — Vers 1755-56, Madame d'Epinay, dont les *Mémoires* sont bien connus, eut, ainsi qu'il en ressort de ses lettres, *une forte fluxion*, sans préciser d'avantage le lieu de cette intempestive affection, survenue aux débuts de ses amours avec Grimm.

Le lendemain, elle écrivait à ce dernier : « *J'ai été saignée au pied cette nuit*, et je suis beaucoup mieux. »

Le surlendemain, « après avoir passé une très bonne nuit, elle se portait à merveille. »

Tout nous porte à croire que la fluxion n'était pas bien grave. — Mais la saignée de la saphène, qu'on ne pratique plus et avec raison, était à noter.

NOUVELLES

Vacances de directeur de bureau municipal d'hygiène. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Montauban.

Le traitement alloué est fixé à 12.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Hôpitaux de Nantes. — Sont nommés : Médecin suppléant des hôpitaux : M. le Dr Poumier. Chirurgien suppléant : M. le Dr Pichat.

— Un concours pour trois places d'internes provisoires, à l'Hôtel-Dieu, sera ouvert le jeudi 24 octobre.

NOUVELLES

Diplôme universitaire et diplôme d'Etat de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance. — Le 1er octobre 1929, s'ouvrira à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 64, rue Desnouettes, un cours d'enseignement pour infirmières et sages-femmes :

Enseignement élémentaire, préparatoire au certificat : session commençant les 1er octobre et 1er février, durée 4 mois ;

Enseignement supérieur, préparatoire au diplôme ; sessions commençant les 15 février et 15 juin durée : 8 mois. Internat et externat. Bourses et fractions de bourses aux élèves méritantes. Adresser les demandes avant le 1er septembre.

La direction de l'Ecole signale le nombre croissant des postes offerts aux élèves titulaires de ces diplômes, actuellement encore très supérieur au chiffre des élèves diplômées.

Maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902. — Les dispositions de l'article 1er des décrets du 10 février 1903, 28 septembre 1916, 13 octobre 1923 et 1er janvier 1925 sont abrogées à compter du 1er janvier 1930 et remplacées, à partir de cette date, par les dispositions suivantes.

La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 est fixée ainsi qu'il suit, en vertu des articles 4, 5 et 7 de ladite loi :

Première partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires : 1° la fièvre typhoïde et paratyphoïde ; 2° le typhus exanthémique ; 3° la variole et la varioloïde ; 4° la scarlatine ; 5° la rougeole ; 6° la diphtérie ; 7° la suette miliaire ; 8° le choléra et les maladies cholériformes ; 9° la peste ; 10° la fièvre jaune ; 11° la dysenterie ; 12° les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret de l'accouchement n'est pas réclamé ; 13° la méningite cérébro-spinale épidémique : 14° la poliomyélite antérieure aiguë ; 15° le trachome ; 16° la fièvre ondulante ; 17° la lèpre.

Deuxième partie. — Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

A. Tuberculose pulmonaire ; *B.* coqueluche ; *C.* grippe ; *D.* pneumonie et broncho-pneumonie ; *E.* erysipèle ; *F.* oreillons ; *G.* teigne. (*J. O.*, 26 juillet 1929.)

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Puyhaubert (d'Alexandrie), Etchegoïn (Argentine).

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Joseph Hug (de Merlebach), Jullich (de Saulces-Monclin), Lebreton (de Marseille).

AGRICULTURE. — *Au grade d'officier.* (Titre civil.) — M. le Dr Javal (de Paris).

COLONIES. — *Au grade d'officier.* (Titre civil.) — M. le médecin principal de 1re classe Nemorin.

Au grade de chevalier. (Titre civil.) — M. le Dr Ranaivo (de Tananarive).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Georges Virenque.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Augistrou (de Bordeaux), Barbe (de Nice), Bouchez (d'Amiens), Bouissou et Brun (de Marseille), Bulliard (de Paris), Carrieu (de Montpellier), Clausmann (de Paris), Coudray, Ferrari et Goinard (d'Alger), Golse (de Bordeaux), Hesnard et Marcandier (de Toulon), Mélis, Montpellier, Porot et Raynaud (d'Alger).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Bastide (de Toulon), Benard (de Paris), Béthoux (de Grenoble), Boyer (de Marseille), Charrier (de Bordeaux), Cleuet (de Lille), le médecin commandant Codvelle ; Colldécarréra (de Montpellier), Condat (de Toulouse), Cordier (de Lille), Dausset (de Paris), Debono (de Sétif), Debray (de Paris), Dechambre (de Clermont-Ferrand), Duboucher et Dumolard (d'Alger), Durand (de Paris), Fabre (de Lille), Fontès (de Strasbourg), Fourest (d'Alger) Gallois et Gaté (de Lyon), Gaudier (de Lille), Mlle Giboulot et MM. Hazard (de Paris), Hermann (d'Alger), Jeanneney (de Bordeaux), Lagarde (de Marseille), Margaillan (d'Alger), Mercier (de Paris), Miginiac (de Toulouse), Morel (de Lille), Philibert (de Paris), Roblin (de Poitiers), les médecins commandants Solier et Toullec ; Tourneux (de Toulouse), Turchini (de Montpellier), Vincent (de Poitiers), Vintemberg (de Strasbourg), Vullien (de Lille).

Mutations dans le personnel des hôpitaux. — Par arrêté du Dr Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique à Paris, les mutations suivantes ont été prononcées ;

M. Gougnon, directeur de la Maternité, est chargé des fonctions de secrétaire-trésorier du bureau de bienfaisance du 18e arrondissement : M. Pidet, directeur de l'hôpital Hérold, est nommé directeur de la Maternité.

M. Vincent, économe de l'hôpital Cochin, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Boucicaut ; M. Bauge, économe de la Pitié, est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Hérold ; M. Flament, chargé des fonctions de directeur-comptable de la maison de retraite Vineuil Saint-Firmin, est chargé des fonctions d'économe de l'hôpital Cochin, M. Basson est chargé des fonctions d'économe de l'hôpital de la Pitié.

Mlle Mureau est chargée de celles de directeur-comptable de la maison de retraite Vineuil-Saint-Firmin.

Concours pour l'emploi de médecin-assistant des établissements de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine. — Un concours réservé aux candidats du sexe masculin est ouvert pour deux emplois de médecin-assistant des établissements de l'Office public d'hygiène sociale, qui seront affectés au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise).

Le concours comprend : 1° une épreuve sur titres, éliminatoire ; 2° un stage de deux mois à la clinique de la tuberculose (dispensaire Léon Bourgeois), stage pendant lequel les candidats devront compléter leur instruction de dispensaire, de pneumothorax et de radiologie ; 3° une épreuve clinique consistant en l'examen d'un malade adulte atteint d'une affection des voies respiratoires.

Les candidats devront déposer avant le 31 octobre 1929, à 18 heures, dans les bureaux de l'Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, leur demande d'inscription accompagnée des pièces suivantes :

1° Expédition de l'acte de naissance ; 2° certificat de nationalité française ou de naturalisation ; 3° diplôme de docteur en médecine, ou copie certifiée conforme (ou certificat en tenant lieu) et, le cas échéant, certificat d'internat ; 4° certificat de position militaire ;

5o note indiquant les situations occupées antérieurement et, s'il y a lieu, les publications médicales.

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront adresser leur demande d'inscription et les pièces jointes par lettre recommandée de manière qu'elle parvienne à l'Office d'hygiène avant le 31 octobre à 18 heures.

Les candidats ne seront admis à prendre part aux épreuves qu'après avoir été reconnus, après examen radiographique, aptes à remplir les fonctions par M. le médecin en chef de la Préfecture de la Seine.

La liste des candidats admis à prendre part aux épreuves sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

Ces candidats devront s'adresser à l'Office public d'hygiène sociale pour connaître les jours, lieux et heures où ils auront à se présenter pour subir les épreuves.

Une convocation leur sera cependant adressée, mais l'administration décline toute responsabilité au cas où cette convocation ne parviendrait pas pour des raisons quelconques à destination, en temps utile.

Les médecins-assistants sont nommés en qualité de stagiaires. Si leurs services ont donné satisfaction, ils sont titularisés après un an de stage ; l'effet de la titularisation remonte au jour de l'entrée en fonctions.

L'échelle des traitements des médecins-assistants est actuellement la suivante : 1re classe, 30.000 fr. ; 2e classe, 27.000 fr. ; 3e classe, 25.000 fr. ; 4e classe, 22.500 fr. ; 5e classe et stagiaire, 20.000 fr.

L'emploi de médecin-assistant donne accès au poste de médecin-directeur dont les traitements sont les suivants : 1re classe, 42.000 francs ; 2e classe, 39.500 fr. ; 3e classe, 37.000 fr. ; 4e classe, 34.500 fr. ; 5e classe, 32.000 fr.

Ces traitements seront soumis à une retenue de 6 % pour versement à la Caisse des retraites.

Le logement, le chauffage et l'éclairage sont gratuits. Il sera, en outre, attribué aux médecins assistants du sanatorium de Franconville une indemnité de résidence de 1.932 fr. par an.

Les médecins-assistants ont droit à un congé annuel payé d'un mois. Ils reçoivent, s'il y a lieu, des indemnités pour charges de famille dans les conditions prévues par les arrêtés en vigueur.

Nécrologie. — Dr Léopold Urdy, de Saint-Pantaléon-les-Vignes (Vaucluse). — Dr Gaussin, de Blamont (Doubs), décédé subitement à l'âge de 52 ans. — Dr Paul Sondaz, de Lyon, décédé à l'âge de 55 ans. — Dr Henri Cohanesco, 8, rue de Turesne, Paris. — M. Julien Héritier, externe provisoire des hôpitaux de Lyon.

ÉCHOS

A propos du surmenage scolaire. — Les milieux médicaux ont éprouvé une certaine surprise en constatant que la commission instituée par le ministre pour étudier la question du surmenage scolaire ne comprenait pas de médecin. Le ministre s'est sans doute assez vite aperçu de son erreur, puisque le lendemain même de la publication de son décret, le Dr Lesage était adjoint à la dite commission.

Mais cette adjonction n'en reste pas moins insuffisante et nous ne pouvons que souscrire aux réflexions qu'elle suggère au *Temps* :

« Aussi pourrait-on s'étonner, lit on dans ce journal, comme le fait l'un de nos lecteurs, que l'on ait omis ou presque de désigner des médecins en nombre suffisant, dans cette commission. Un membre de l'Académie de médecine a été prévu par un additif du 30 juillet. Mais on nous fait observer avec raison qu'un médecin sur trente et un membres, c'est tout de même bien peu. « Eh quoi ! nous dit-on, dans cette commission dont le but et la fin avoués sont la protection de la santé intellectuelle et physique des enfants des écoles, il y aura seulement une trente et unième partie... quand l'académicien ne sera pas absent, pour défendre l'hygiène des écoliers, alors que la commission, cela tombe sous le sens, devrait être composée au moins pour un tiers de médecins d'enfants, — avec un tiers de pères de famille et un tiers de pédagogues. »

L'observation est trop juste pour que nous ne nous en fassions pas l'écho. Il y a dans les écoles des médecins-inspecteurs. Leur place n'était-elle pas marquée d'avance dans une commission qui doit précisément examiner si la santé physique des enfants n'est pas mise en danger par l'enflure démesurée des programmes et par des horaires défectueux ?

On a un peu la manie, quand une enquête est ordonnée, et que l'on nomme une commission, de songer trop au prestige de ses membres, sans songer à l'efficacité des résultats. Certes, le prestige est indispensable, mais encore faudrait-il ne point l'exagérer. Les membres de la commission d'enquête, tous per-


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

sonnages éminents, furent, comme nous l'avons indiqué dans un précédent article, judicieusement choisis, et leurs travaux, nous n'en doutons point, seront féconds. Toutefois il est regrettable que les intéressés directs — nous voulons dire ceux qui touchent de plus près à l'enfant — s'y trouvent en minorité. Or, l'enfant appartient à sa famille avant d'appartenir à l'Etat, et même à l'Etat pédagogique. Les présidents des commissions parlementaires de l'enseignement et des beaux-arts, voilà qui est fort bien, de même que les fonctionnaires de l'administration centrale des enseignements, de même que les hauts universitaires et les directeurs et directrices d'école. Mais nous aimerions qu'à leur côtés figurassent aussi des représentants en plus grand nombre de la fédération et des associations de parents d'élèves, — ils n'y comptent que pour une unité en la personne du distingué président de cette fédération qui a rendu d'éminents services. C'est trop peu encore. On a presque l'impression que l'on a voulu traiter le problème d'une manière abstraite.

Mais l'enfant n'est pas un être abstrait. Sous les feuillets noirs des programmes trop chargés, c'est un être de chair et de sang qui souffre, qui dépérit parfois. Il faudrait que l'on entendît, par l'organe de ses parents, sa peine trop lourde ; il faudrait que son rire clair perçât sous l'étouffoir des paperasses administratives. Il faudrait encore que le médecin fût là et dît son mot.

La simple organisation dont parle notre correspondant nous paraît infiniment raisonnable. Il est possible, et il est éminemment désirable, qu'il en soit tenu compte. Un « additif » a ajouté un membre de l'Académie de médecine. Un autre « additif » peut ajouter des représentants des parents et des médecins-inspecteurs des écoles. »

Société des pharmaciens bibliophiles. — Cette société, que préside M. Léon Comar, a décidé la publication de *Monsieur de Pourceaugnac*, illustré par Trilleau ; des *Contes* de Demachy, qu'illustrera Georges Villa ; des *Mémoires* de Cadet de Gassicourt, qu'illustrera un peintre militaire réputé ; et plus , de p ièces humoristiques d'Alphonse Allais.

La cotisation annuelle est fixée à 300 fr. ; le droit d'entrée pour les membres non fondateurs, est également de 300 fr. Le nombre des membres de la Société, fixé à 150, est actuellement atteint. De nouveaux membres ne pourront être admis que dans la mesure où des vacances se produiront. Pour tous renseignements, s'adresser au siège social, 4, Avenue de l'Observatoire.

Rayons ultra-violets et publicité. — Nous reproduisons à titre documentaire, l'annonce suivante, parue dans un journal hebdomadaire départemental, *La Croix du Jura* :

« Rhumatismes, sciatiques, troubles périodiques, maux de gorge, etc..., soulagés instantanément, guéris rapidement par les rayons violets absolument inoffensifs. Appareils domestiques, 250 francs et 400 francs, visibles chez X... Brochure sur demande. »

Suit l'adresse de l'astucieux et peu consciencieux fabricant.

Une intervention chirurgicale pratiquée en pleine mer. — De l'*Œuvre* (5 août 1929) :

Pour la première fois, fait sans précédent dans les annales de la navigation, une opération chirurgicale des plus délicates a été pratiquée, en pleine mer, à bord d'un navire.

Entre New-York et Cherbourg, à bord du *Léviathan*, une des passagères, Mme Britten, femme du sénateur américain, président de la commission des affaires étrangères, fut en proie à une crise aiguë d'appendicite. Le chirurgien jugea qu'une opération immédiate s'imposait.

La mer étant calme, le paquebot ralentit jusqu'à stopper pendant une heure, évitant ainsi les désastreux effets du roulis. Le grondement des machines s'était tu. Un silence absolu régnait sur le *Léviathan*. L'intervention chirurgicale put avoir lieu dans le calme et elle réussit parfaitement. La malade était sauvée.

Le navire reprit alors sa marche normale et arriva, hier matin, à Southampton, où l'épisode peu banal de sa traversée a été vivement commenté.

❀ ❀ ❀

TRAVAUX ORIGINAUX

L'influence de la thyroïdectomie et de la thyroxinisation sur l'équilibre protéique du sérum,

Par MM. LOEPER, LESURE et TONNET.

Nous avons insisté, dans une note précédente, (1) sur l'augmentation fréquente dans l'hyperthyroïdisme et la maladie de Basedow de la sérine du sang qui de 60 %, chiffre normal, passe souvent à 80 % et plus. Cette variation de l'équilibre proté que s'oppose très exactement à celle qu'ont signalée certains auteurs dans les états d'hypothyroïdisme fruste.

Les résultats que nous apportons aujourd'hui tant sur l'animal que sur l'homme découlent de dosages pratiqués avant et après thyroïdectomie. Ils complètent entièrement nos premières constatations.

Nous avons pu, grâce à l'obligeance du Dr VELTI, examiner le sérum de deux basedowiens avant et après une thyroïdectomie partielle. Voici les chiffres trouvés :

		Avant la thyroïdectomie	Après la thyroïdectomie
GUER.	Ablation totale	68	75
	Sérine	56,60	49,55
	Globuline	11,40	25,45
	Azamino ammoniacal	0,231	0,14
RAV.	Ablation totale	69,50	76,75
	Sérine.	45	55,20
	Globuline	24,50	21,55
	Azamino ammoniacal	0,112	0,196

Dans le cas GUER, le retour à l'équilibre protéique normal est complet ; le taux de la sérine est passé de 83 % à 66 % et le malade est guéri.

Au contraire chez RAV..., qui n'a guère bénéficié de l'intervention, la sérine reste élevée, presque plus élevée qu'avant.

***

Nos constatations expérimentales sur le chien thyroïdectomisé sont exactement superposables.

		Avant l'opération	15 jours après l'opération
Chien Charles Thyroïdectomie totale	Ablation totale	101,20	70,40
	Sérine	80,10	40,80
	Globuline	21,10	29,60
	Az. a. ammon.	0,06	0,15
Chien Totor Thyroïdectomie partielle	Abl. totale	62,00	67,40
	Sérine	12,50	44,80
	Globuline	19,50	22,60
	Az. a. ammon.	0,46	0,12

A la suite d'une thyroïdectomie totale, la sérine s'abaisse donc chez le premier chien de 79 % à 58 %. Par contre, chez le deuxième chien dont la thyroïdectomie n'est que partielle (conservation d'un tiers du lobe thyroïdien) l'abaissement beaucoup moins net n'est que de 70 % à 67 %.

Le retour de l'équilibre protéique à la normale est donc un test d'amélioration.

Le même test d'ailleurs se retrouve chez les basedowiens améliorés médicalement. Voici un sujet soumis au borate de soude et en voie évidente d'amélioration.

Le médicament a agi chez lui comme agit, somme toute, la thyroïdectomie en diminuant le taux de la sérine :

(1) MM. LOEPER, LEMAIRE et TONNET. — Société de biologie, 8 juin 1929.

	Avant	Après
Alb. totale	70	82
Sérine	60,70 = 86 %	58 = 70 %
Globuline	9,30	24

L'hyperthyroïdisme élève donc le taux de la sérine sanguine ; la thyroxinisation fait de même. Ces réactions sont donc exactement inverses de celle que provoque la thyroïdectomie.

***

Nous avons déjà signalé que chez l'homme normal l'injection journalière, pendant 15 jours, de 1 mmgr., de thyroxine, augmentait le taux de la sérine, tout en laissant intacte la proportion d'albumine totale.

Dans un cas cette sérine est passée chez l'homme de 65 à 77 %.

L'épreuve de la thyroxinisation a été infiniment plus démonstrative encore expérimentalement.

Le chien Charles, thyroïdectomié totalement, avait abaissé sa sérine à 58 % ; après 15 jours de traitement thyroxiné, (1 mmgr. par jour en injection,) il la relevait à 65 %, tandis que s'abaissait d'ailleurs notablement la teneur en albumine de son sérum. Ces faits ressortent exactement du tableau suivant :

		Avant thyroxine	Après thyroxine
Chien Charles Thyroïdectomie totale	Alb.	70,40	37,20
	Sérine	40,80	37,60
	Glob.	29,60	19,60

Ces différents résultats démontrent à l'évidence l'existence d'une *fonction protéocrasique* du corps thyroïde. Nous ne pouvons préciser si cette fonction s'excerce dans le corps thyroïde ou à distance et nous ne faisons qu'entrevoir sur quelles albumines elle s'exerce spécialement.

Nous pensons que nos expériences en cours nous permettront de le dire prochainement.

Le cancer : sa nature et son origine.

Le cancer est une maladie de reversion,

Par le Dr LOWENTHAL.

« La nature, dit Goethe, réalise toujours des formes nouvelles ; ce qui existe n'avait jamais été ; ce qui était ne sera plus jamais ; tout est nouveau, sans cesser, cependant d'être ancien ».

Il en est de même des générations : celles qui suivent ne répètent jamais celles qui les ont précédées, mais du fait même qu'elles en dérivent, nouvelles, elles ne cessent pas moins d'être anciennes. Car l'évolution différencie, transforme, métamorphose, amplifie, réduit ou atrophie, réalisant, comme dans un kaléidoscope, des harmonies nouvelles avec des éléments préexistants : elle ne crée rien, ne détruit rien. Aussi, de ce qui dans l'ascendance constitue l'être — forces et matière — rien ne s'évade ; tout est transmis à la descendance : tout y demeure, *est*, soit en état patent, soit en état latent : sous forme concrète de rudiment ou de vestige — ce qui relève de la matière ; en état abstrait d'instincts, de réminiscences, de faculté ou d'aptitudes — ce qui est du domaine des forces : les unes et les autres sont susceptibles de renaître après des centaines d'années ou des milliers de siècles de sommeil. C'est la renaissance des états et formes ancestraux *périmés* qui constitue proprement la réversion qui peut être définie : *phénomène biologique* ANORMAL *caractérisé par le retour partiel ou total, temporaire ou permanent de l'organisme d'un organe, d'un tissu ou d'une cellule aux fonctions, forces ou structures qu'ils accusaient* NORMALEMENT *et respectivement à un des stades antérieur de leur évolution.*

La réversion est donc un des aspects de l'hérédité et obéit aux lois qui régissent cette dernière. Ce qui, théori-

quement. l'en distingue, c'est qu'elle ne récupère que des états ou formes en désharmonie plus ou moins criante avec la phase évolutive nouvelle, donnant ainsi lieu à des *anomalies* d'ordre anatomique, physiologique ou psychique (suivies ou non de troubles morbides) : les unes se manifestent durant la vie intra-utérine, aux stades adéquats de l'évolution embryonnaire : les autres au cours de l'existence. Exemples : trou de Botal, hypertrophie des muscles du pavillon d'oreilles ; hypertrophie linéaire de l'appendice ; exubérance du système pileux : bec-de-lièvre ; orteils, doigts, dents, os ou muscles supplémentaires ; bifidide ou duplicité de l'utérus ; hermaphroditisme ; inversion sexuelle ; instincts bestiaux (obsession, des vol, viol ou meurtre) et enfin : *hyperplasie cellulaire*... C'est cette dernière anomalie, désignée sous le nom de cancer, qui fera l'objet de cette étude.

∴

Or, en vertu de la loi morphologique que voici : l'ontogénèse ou l'évolution de l'embryon est une récapitulation brève et extra-rapide de la philogénèse ou de l'évolution du goupe correspondant d'individus, les stades ancestraux d'une espèce sont déterminés par les stades transitoires que parcourt l'embryon depuis la conception jusqu'à la naissance. Les corps organisés — végétaux et animaux — étant représentés au seuil de la conception par une mono-cellule, il en résulte qu'à l'origine du monde organique, qu'au stade initial de l'évolution naturelle, se trouve une mono-cellule. Cette mono-cellule, ancêtre premier, proliférait indéfiniment, sans limites, en d'autres termes, était *normalement* hyperplasique : les cellules filles, au fur et à mesure de leur éclosion, se détachaient de la cellule mère, formaient autant d'organismes indépendants, vivant de leur vie, cherchant dans l'espace infini et sans limites, à leur profit, risques et périls, des milieux favorables à leur existence, proliférant mêmement et ainsi de suite.

Quo licet Jovi non licet bovi : Ce mode de prolifération parfaitement compatible avec l'existence et la prospérité d'une mono-cellule, ne l'est pas avec celles des organismes polycellulaires qui, de par la contexture de leurs tissus sont contraints de garder la progéniture de leurs cellules, aussi prolifiques qu'elles soient, et de leur fournir gîte, table et le reste. Et, de fait, qui dit prolifération indéfinie sans limites, non pas en marge, mais au sein d'un organisme aux limites, forces et ressources matérielles définies et dont les éléments différenciés forment des constantes, au risque de graves perturbations, quasi intangibles — dit : procréation parasite et calamiteuse qui, abandonnée à ses appétits et instincts, est fatalement envahissante, destinée fatalement à déborder et à franchir et les frontières du foyer initial et celles des foyers secondaires et qui ne s'arrêtera qu'avec la vie de l'organisme envahi, préalablement épuisé, saigné à blanc.

C'est précisément ce qui advient lorsqu'une cellule — une seule — a récupéré les fonctions hyperplasiques, reversées de la mono-cellule-ancêtre. Au bout d'un laps de temps variable, un nodule et puis une tumeur est formée qui, accrue progressivement de nouvelles générations, n'a cesse qu'elle ne se délivre du trop plein de sa population au profit des tissus et régions voisines ou éloignés. En vain les cellules conjonctives, mobilisées *ad hoc*, opposent-elles leurs barrages de défense (voir plus loin) : les cellules hyperplasiques par des assauts en masses de plus en plus compactes, les renversent, les anéantissent (nécrose) ou les dévorent, se glissent dehors, s'infiltrent de proche en proche, se faufilent dans les ganglions (tumeurs satellites), crèvent les vaisseaux à leur portée et par cette voie s'élancent à des conquêtes nouvelles, gagnent des viscères (métastases), semant sur leur passage et dans les lieux où elles s'arrêtent, la désolation, la ruine et la mort et, telles les sauterelles, bouleversent, désorganisent et dévastent bien plus qu'elles ne consomment.

Dès lors, on conçoit la différence fondamentale qui sépare le cancer de la totalité des maladies infectieuses. Dans ces dernières, c'est l'agent pathogène — parasite ou bacille — qui mène l'attaque et qui migre et immigre — lorsque migration et immigration il est — sans aucune espèce de participation d'aucune espèce de cellules, dont le rôle dans le processus pathologique est celui de victimes qui savent cependant se défendre ; le micro-organisme se cantonnerait-il dans un seul foyer que la difgénéralisation ou l'infection s'effectue à distance par la fusion de la toxine : cette dernière neutralisée, l'agent n'est plus pathogène et sa présence ne compte pas plus que celle des sacrophytes (1) jusqu'au moment où sa virulence se réveille — si réveil il est : l'affection récidive. Dans le cancer, ce sont les cellules hyperplasiques qui opèrent en personne et non par délégation : l'extension locale, l'extension régionale, métastases, constituent l'œuvre mortelle de leurs pérégrinations — seul symptôme pathognomonique commun à ses nombreuses incarnations, C'est pourquoi, si l'agent d'une maladie infectieuse peut s'offrir le luxe de tuer le malade sans quitter son foyer d'élection, ce luxe est interdit aux cellules hyperplasiques qui n'ont à leur disposition ni toxine, ni virus (donc ni bacille ni parasite); elles portent la mort en émigrant : pas d'émigration, point de cancer ! C'est pourquoi aussi les hyperplasies secondaires quel qu'en soit le nombre et quelle que soit la structure des foyers successivement envahis, reproduisent fidèlement la structure cellulaire de la tumeur initiale. C'est pourquoi encore quelque large que soit l'intervention sanglante ou autre, une seule cellule échapperait-elle au désastre, que la séance continue : c'est ce qu'on appelle improprement récidive qui présume la discontinuité du processus ; or dans l'espèce le processus — lent ou rapide — est ininterrompu.

***

Entre la prolifération indéfinie, sans limites et la prolifération strictement limitée aux besoins locaux ou généraux de l'organisme et qui diffèrent non pas de nature mais de degré, il n'est pas, dans le monde organique de fossé infranchissable : le passage de l'une à l'autre s'y effectue graduellement. Les organismes polycellulaires inférieurs savent, si besoin est, proliférer intensivement et rapidement ou hyperproliférer. C'est ainsi, par exemple, que les polypes d'eau douce peuvent être taillés dans tous les sens, chaque lambeau reconstitue à bref délai l'individu complet. Plus haut, les insectes, les crustacés, les amphibies hyrodèles ne sont aptes qu'à reproduire leurs pattes ; les salamandres, les têtards, leur queue. Au fur et à mesure que nous nous élevons dans l'échelle animale, la faculté de proliférer se restreint : les tissus sont susceptibles de réparations, dans la mesure et avec une rapidité décroissante, les organes ne sauraient se régénérer. A la cime, dans l'ordre humain, cette faculté est réduite — normalement — à sa plus simple expression.

Aussi la réversion cellulaire affecte-t-elle deux degrés : 1° hyperprolifération limitée et donc non migratrice ; 2° prolifération indéfinie, sans limites, réversion *partielle*, lorsque seules les fonctions physiologiques sont reversées ; elle est *totale* lorsque la structure anatomique elle-même est reversée : la cellule différenciée revient à son point de départ et est réduite au protoplasma de la mono-cellule ancêtre (voir plus loin). D'où cette règle générale qui ne souffre pas d'exception : une cellule avant de se remétamorphoser en cellule hyperplasique, passe par le stade d'hyperprolifération limitée. En d'autres termes, jamais le cancer n'est constitué d'emblée : toujours il est précédé d'une néoplasie bénigne ou d'un précancer qui selon la structure cellulaire (uniforme comme celle du cancer) prendra le nom de : chéloïde, cal difforme, ostéome, chondrome, lipome,

(1) C'est le cas des micro-organismes les plus redoutables : méningocoque, pneumocoque, bacille de Koch, coli-bacille, bacille de Lœffler, treponema pallidum, protozoaire de Laveran, etc.

angiome, papillome, adénome, kératome, myome, myxome, nervome, placentome, verrue, corne cutanée, etc.

C'est dire que toute cellule qui prolifère ou hyperprolifère est susceptible, dans des conditions qui seront précisées, de se remétamorphoser en cellule hyperplasique quelles que soient la cause ou les fins de son activité ou hyperactivité et notamment : 1° *Prolifération génératrice* (origine, en particulier, des tumeurs hétérotopiques de Delbet : embryomes, tératomes chez le procréé ; placentome chez la procréatrice) qui est proprement une hyperprolifération intensive et rapide limitée dans l'espace et le temps et qui en vertu de la loi morphologique ci-dessus citée, décroît de rapidité et d'intensité parallèlement à l'ascension de l'embryon vers des types d'organismes supérieurs ;

2) *Hyperprolifération d'origine psychique* : a) grossesse nerveuse se manifestant dans l'hypertrophie rapide des seins, utérus, région fessière, hypogastrique, etc... b) guérisons dites miraculeuses (suggestion ou d'auto-suggestion) des plaies, ulcères, nécroses, fistules chroniques, etc...) ; c) formations tumorales dites « fantômes », des névropsychopathes et qui apparaissent et disparaissent généralement avec une rapidité déconcertante ; quelques-unes, cependant, demeurent et sont le point de départ d'hyperplasies d'origine psychique (voir plus loin) ; 3° *Prolifération de croissance* ; 4° *Prolifération post-traumatique* ou *réparatrice* et enfin 5° *prolifération*, voire *hyperprolifération d'auto-défense cellulaire* contre les hôtes indésirables et corps étrangers en général — organiques, inorganiques ou organisés ; elle se manifeste, en ce qui touche le tissu conjonctif, dans la formation d'une capsule destinée à envelopper, à emprisonner et à isoler : balle perdue, œuf fécondé (caduc), micro-organismes pathogènes, précancer Dans cette dernière occurrence, en particulier, le tissu conjonctif, l'enveloppe achevée, pénètre souvent au milieu même de la masse précancéreuse. D'où cette différenciation établie par le Prof. Ménétrier entre la structure anatomique des précancers et cancers que nous venons d'affirmer identiquement semblables, qu'il s'agisse de néoplasies à tissu unique ou multiples : « Les états précancéreux sont habituellement constitués par le développement simultané des tissus épithéliaux et conjonctifs de l'organe atteint, tandis qu'au stade cancéreux, il se fait une sélection du processus qui s'individualise sur une seule catégorie cellulaire ». En fait, aucune solidarité n'existe dans l'espèce, entre l'hyperprolifération — maléfique — des cellules épithéliales, première en date, et celle des cellules conjonctives qui la suit et qui en est une réaction heureuse, puisque destinée à empêcher éventuellement l'exode des cellules au stade du cancer ; la pénétration même des cellules conjonctives au sein de la tumeur a un but stratégique : constituer des « poches » et à l'occasion, d'en écraser le contenu. L'antagonisme et la lutte entre les deux éléments éclatent aux premières tentatives des cellules hyperplasiques d'émigrer — lutte où chacun des adversaires reconnaît les siens et qui se termine généralement par l'extermination radicale et complète du tissu conjonctif. Il arrive cependant, plus souvent qu'on ne le pense, que les barrages de la défense tiennent : les cellules hyperplasiques finissent par s'écraser — se nécroser — mutuellement ou bien par mourir d'inanition : le cancer guérit — guérison que, dans notre ingratitude, nous taxons de « spontanée ». Il arrive aussi, et c'est là le revers de la médaille, que la victoire remportée, les cellules conjonctives hyperprolifèrent pour leur compte personnel : c'est là l'origine d'un certain nombre de sarcomes.

Si toutes ces catégories sont susceptibles de dégénérer sur un point quelconque en hyperplasies, précédées toutefois d'une néoplasie bénigne qui, quel que soit leur volume sont entourées d'une enveloppe, barrage tissé par les cellules conjonctives alertées, il est hors de doute que la grande majorité des néoplasies bénignes et malignes ont pour origine la prolifération post-traumatique, pour cette simple raison que de tous les phénomènes qui ont pour siège un corps organisé le traumatisme est de beaucoup plus fréquent : pas un acte, action ou réaction dont il n'en résulte à un degré variable un trauma cellulaire — entre parenthèses — cause essentielle d'usure, de dégénérescence, d'épuisement graduel, de vieillesse et de mort.

Donc : Tout traumatisme, suivi de perte de substance plaie) ou de perte de vitalité cellulaires (nécrose), aussi restreintes qu'elles puissent être (celles par exemple produites par des micro-organismes traversant un tissu de part en part ou par des molécules inorganiques, de parafine brute, goudron, poussière de mines, etc...) et quelle qu'en soit l'origine, intérieure ou extérieure de l'organisme : choc intercellulaire (ébranlement physique de l'organisme par : trépidation de véhicules, tremblement, épilepsie, chorée, tétanos, etc...), section, contusion ou corrosion ; et quel qu'en soit l'agent vulnérant : corps contondant, tranchant ou caustique ; solide, liquide ou gazeux ; physique, chimique ou organique ; le froid ou la chaleur ; iones ; rayons lumineux d'une source artificielle, rayons du soleil, rayons X, rayons-radium ; sécrétions, excrétions normales ou pathologiques, parasites, virus ou bacilles (ils jouent dans l'occurrence le rôle non pas d'agent pathogène ou d'infection, mais d'agents vulnérants) — tout traumatisme, dis-je, suivi de lésions cellulaires, provoque inéluctablement la prolifération réparatrice qui, de même d'ailleurs que toute autre catégorie de prolifération, est susceptible de se transformer en hyperprolifération limitée (précancer) et cette dernière en hyperplasie (cancer).

Ces successives transformations sont réalisées, avons-nous dit, par la réversion. C'est là une simple constatation qui ne résout pas le problème de l'origine du cancer — ni du précancer — la réversion n'étant pas un *deus ex-machina* ni le produit de la génération spontanée. Quel est son agent ? Et quel est le processus des dites transformations ou, plus exactement, de cette double évolution à rebours ?

Dans une étude sur *le Rôle psycho-biologique du shock* (in *Progrès Médical*, n° 2, 1929), nous avons montré que le phénomène de réversion est provoqué et ne peut être provoqué que par le *shock* : 1°) *Shock traumatique* par agent vulnérant de grande envergure (l'étendue et la gravité des lésions matérielles n'y jouent aucun rôle) : accidents de chemin de fer, de route ; explosions, séisme ; naufrage, etc. ; 2°) *Shock psychique* — intense émotion d'origine purement nerveuse : peur, panique ; grande douleur morale ; passions de toute espèce, amour, jalousie, haine, fanatisme, etc. ; 3°) *Shock toxique*, organique ou chimique : germes morbides, toxines, virus ; alcool, chloroforme, éther, morphine, cocaïne, etc. (disons entre parenthèses que l'alcool, contrairement à l'opinion généralement admise, est non pas un excitant, mais un analgésique, de même et au même titre que ses dérivés chloroforme et éther).

Le sujet en puissance du *shock* quelle qu'en soit la variété ou l'agent — INDIFFÉREMMENT — est plongé dans un état de torpeur caractérisé par l'abolition progressive et rapide du conscient et donc, de la volonté des mouvements volontaires et des organes des sens. Suit la phase d'éréthisme (le terme *delirium tremens* serait plus adéquat) : mouvements et gestes inconscients, désordonnés, convulsifs, violents et meurtriers, à moins d'obstacles. Cette phase dite d'excitation, lorsque déterminée par un anesthésique, est attribuée par les physiologistes à l'action irritante du toxique sur les centres nerveux ; à tort, car le tableau est exactement le même sous l'impulsion des *shocks* traumatique et psychique où nulle substance irritante n'intervient. En réalité, ce qu'on appelle phase éréthique ou, phénomène du même ordre, période d'excitation ou *delirium tremens*, ou délire d'agonie, ou délire aigu, ou délire collectif (panique, émeute, etc.) ou crime passionnel (non prémédité) — n'est autre chose que retour, renaissance, réveil ou réversion des instincts de violence et de meurtre, transmis dans l'inconscient, de l'homme des cavernes ou du fauve ancestral, dont l'exis-

ence quotidienne se déroulait normalement dans l'atmosphère de violence et de meurtre. Et parallèlement à la réversion du psychique ancestral, on assiste à celle des forces physiques : elles deviennent redoutables, même chez les agonisants au seuil de la mort ; ou bien chez les accidentés grièvement blessés ; ou chez les anesthésiés atteints d'une grave affection chirurgicale, ou encore chez les morphinomanes, épuisés, vidés, exsangues et réduits à l'état de momie ; le verbe et la voix sont eux-mêmes réversés : sons désarticulés, cris, hurlements qui n'ont plus rien d'humain. Si bien que dans cette phase, qui est proprement le *delirium tremens*, nous nous trouvons en présence non pas d'une créature humaine, mais d'un carnassier déchaîné, capable de toutes les horreurs.

Cette phase passée, si l'agent cesse d'agir, l'individu, à moins de succomber, rentre peu à peu dans la possession de son conscient, de ses forces et facultés physiques, psychiques et intellectuelles. Mais si les shocks du même ordre ou d'un ordre différent — peu importe — se renouvellent périodiquement et fréquemment, la réversion passe à l'état chronique, à l'état permanent : alors c'est le délire, la démence, la fureur à demeure que connaissent nombre d'alcooliques invétérés, de morphino-cocaïno-éthéromanes, de jaloux, fanatiques, etc.

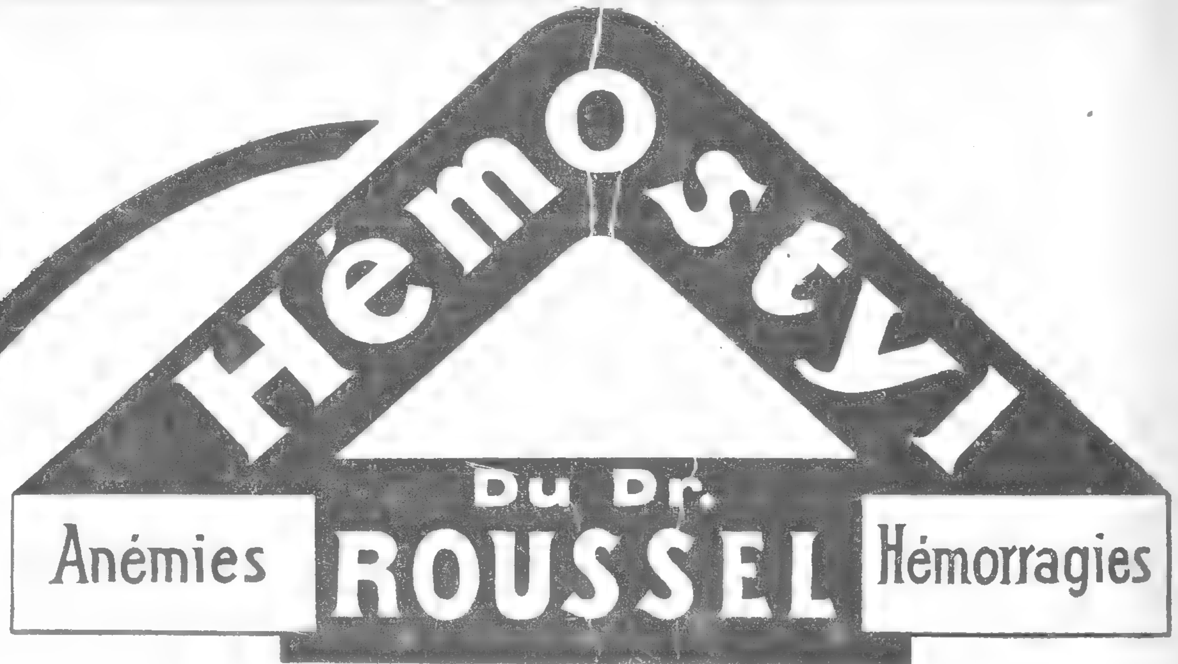
La réversion des cellules pas plus que celle de l'organisme, n'est pas le fait de la génération spontanée. Elle est provoquée par le *shock*, que l'action en soit générale ou locale ; débute par l'état de torpeur, se déclanche pendant la phase d'éréthisme et se manifeste à l'état aigu par hyperprolifération limitée, premier degré de la réversion et qui est à la cellule ce que le *delirium tremens* est à l'individu. L'agent provocateur ayant épuisé son effet, la cellule, à moins de succomber, récupère peu à peu ses fonctions normales, cependant que l'excédent de prolifération reste acquis (néoplasie bénigne). Mais si les *shocks* du même ordre ou d'un ordre différent, peu importe, reviennent à la charge un grand nombre de fois, la réversion passe à l'état chronique à l'état permanent : c'est l'hyperprolifération à demeure, c'est l'hyperplasie, c'est le cancer — cas des radiologues téméraires, des irradiés qui le sont sans discernement, des ouvriers manipulant des produits caustiques de paraffine brute, goudron, térébenthine, naphtaline, aniline, etc. ; ou qui inhalent les poussières des mines ; des parqueteurs, asphalteurs, des porteurs de chicots, des fumeurs, etc.

Les phénomènes que nous venons de décrire — ceux de torpeur et d'éréthisme — suites de shock, prélude et cause déterminante des productions néoplasiques ont été observés il y a près d'un quart de siècle par Bergonié et Tribondeau ; Regaud et Blanc, en France ; par Frieben et Seldin en Allemagne, sur des cellules soumises expérimentalement aux rayons X : pendant que certaines d'entre elles furent mises hors du combat, on en vit d'autres, parmi les survivantes, frappées de « léthargie », suivie au bout d'un laps de temps variable, d'une hyperprolifération intensive et rapide — deux états successifs, diamétralement opposés, que nous connaissons déjà et qui ne peuvent être produits que par le *shock*. Or de l'hyperprolifération à l'hyperplasie il n'y a qu'un pas ; et ce pas les cellules le franchissent, pourvu qu'elles soient sollicitées par des *shocks* en nombre et d'intensité requis, que l'agent en soit le Röntgen ou Curie — bombardement, ou bien un autre corps vulnérant généralement quelconque (et nous faisons abstraction ici des *shocks* psychiques et toxiques dont l'action est identiquement semblable mais dont les phases sont impossibles à observer). D'où ce fait ou cette loi : tout agent vulnérant, physique ou chimique, apte à réduire, à retarder dans leur marche ou à détruire une néoplasie bénigne ou maligne, est susceptible d'engendrer un précancer, de l'amplifier, d'en hâter la transformation en cancer, et d'en exaspérer un autre déjà constitué. Et dans ce fait ou dans cette loi, on trouvera une nouvelle démonstration en faveur de notre thèse du *shock*, — cause déterminante seule et unique des néo et hyperplasie (parce que l'agent provocateur, seul et unique, de la réversion). Car, nous l'avons précédemment montré ici même : les shocks jouissent seuls de cette double possibilité en sens contraire ; ils peuvent guérir les mêmes affections qu'ils sont aptes à créer.

La prolifération indéfinie, sans limites, dernière étape de la réversion cellulaire, eu égard aux fonctions psychologiques seulement, n'est qu'une réversion partielle — cas de la grande majorité des cellules hyperplasiques. Il en est cependant dont la structure anatomique est réversée elle aussi : ces cellules perdent peu à peu tous leurs éléments différenciés, y compris leur revêtement (cuticule) et se présentent toutes nues et réduites à leur plus simple expression — au protoplasme de l'aïeule. C'est la réversion totale — réincarnation intégrale de la mono-cellule ancêtre — qui constitue ce que les Allemands nomment *Anaplasie* ou *Kataplasie* ou évolution à rebours du complexe au simple, du différencié à l'indifférencié. Et ces revenants de l'âge primordial et qui nous ramènent à environ 500 millions d'années en arrière, sont particulièrement prolifiques, voraces et catastrophiques.

Le cancer, en dernière analyse et dans son essence même une anomalie cellulaire d'ordre anatomique, soit anatomo-physiologique suivie de troubles morbides — le cancer n'est pas une maladie contagieuse (pas plus, d'ailleurs, qu'infectieuse). Que s'il l'était, il frapperait dans une mesure sensiblement égale — pour des raisons faciles à saisir — les organes génitaux, seins et bouche des deux sexes. Or, en compulsant les statistiques françaises et étrangères, publiques et privées, on arrive aux chiffres moyens suivants : la morbidité cancéreuse des lèvres et de la langue est respectivement de 13 et 10 fois plus haute chez l'homme ; celle des seins — de 33 fois plus haute chez la femme et enfin — chiffres décisifs — pour un cancer du pénis ou en compte 40 de l'utérus et du vagin.

Fonction de l'hérédité, puisque constituant une réversion — le cancer est transmissible par hérédité (c'est presque là une vérité de La Palisse) comme le sont toutes les anomalies constitutionnelles en général, celles citées plus haut en particulier. Abstraction faite des expériences de Miss Maud Slye dont les résultats, à tort ou à raison, sont mis en doute et qui par croisements répétés entre souris issues d'une souche cancéreuse, avait obtenu une mortalité cancéreuse de 100 %, il existe en faveur de l'hérédité toute une série de faits d'une valeur incontestable et notamment : les cas rares ou extrêmement rares du cancer — entre autres le gliome de la rétine cité par le Prof. Regaud — et qui furent observés pendant *plusieurs* générations chez plusieurs membres d'une même famille. Et ces faits constituent une négation absolue de la nature infectieuse du cancer. Les descendants d'un tuberculeux pulmonaire, par exemple, sont susceptibles de par le droit d'hérédité, de contracter soit la tuberculose pulmonaire, soit telle autre variété aiguë, subaiguë ou chronique de la tuberculose : méningite, néphrite, cystite, entérite ; tuberculose miliaire ; pneumonie caséeuse, phtisie galopante, coxalgie, mal de Pott, tumeur blanche — (et il en est de même de chaque variété en particulier). Pourquoi ? Parce que les variétés des maladies infectieuses sont, si j'ose dire, interchangeables aussi bien chez l'individu que dans sa descendance. A telle enseigne que lorsqu'il s'agit de *plusieurs* générations infectées héréditairement d'une même maladie infectieuse, on n'y constate jamais une seule et même variété, mais soit des variétés alternantes, soit diverses. Il n'en est pas de même du cancer : qu'il s'agisse des cas rares ou communs, ses variétés ne sont interchangeables ni chez l'individu, ni à travers les générations. Une hyperplasie transmise à l'instar d'anomalies en général, est une reproduction exacte de celle de l'ascendant, eu égard à la catégorie cellulaire et au lieu — foyer initial. Car ce que l'hérédité transmet du cancer ce n'est ni le germe morbide (il est non existant), ni le virus ou toxine (*idem*), ni le terrain cancéreux général (*idem*), mais une sensibilité, accrue par des transmissions successives, aux shocks de la même catégorie cellulaire et dans


Hémostyl
Du Dr.
ROUSSEL
Anémies
Hémorragies

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

L'appendicite compliquée de tuberculose

Les rapports de l'appendicite et de la tuberculose ont été précisés de longue date. En 1906, WALTHER, puis en 1911 FAISANS décrivirent une forme d'appendicite simulant la tuberculose. L'année suivante SERGENT isolait une forme nettement tuberculeuse de l'appendicite qui cependant d'après les travaux de Letulle est rare.

Enfin SABOURIN, puis PONCET et LERICHE avec leur conception de la tuberculose inflammatoire venaient affirmer que toute appendicite à forme pseudo-tuberculeuse était due au bacille de Kock.

Mais il est des cas qui ont été mis en lumière par BRUNON (de Rouen) où le bacille de Kock ayant été décélé dans l'expectoration d'un malade souffrant d'appendicite chronique disparaissait l'année qui suivait l'appendicectomie.

S'agit-il dans ces cas de tuberculose pulmonaire secondaire à l'appendice, ou bien s'agit-il d'appendicite chronique banale ou tuberculeuse ayant entraînée une lésion bacillaire du poumon ?

LETULLE, au cours de nombreuses autopsies a trouvé des lésions tuberculeuses inflammatoire de l'appendice dans 30 % des sujets tuberculeux. Mais dans 90 % des cas, il y avait des lésions de même nature du cæcum, de l'intestin grêle, du péritoine et des ganglions. Mais plus fréquentes encore existent des lésions appendiculaires banales, non tuberculeuses. Voici dès lors comment on peut comprendre la pathogénie de ces faits de tuberculose consécutifs à l'appendicite. Toute cause de dénutrition prédispose à la tuberculose. Or, la dyspepsie qui accompagne toute appendicite, le traitement médical de l'affection soumettent le malade à un régime insuffisant. De plus à cette nutrition insuffisante s'ajoute une mauvaise assimilation : le subictère si fréquent dans l'appendicite traduit un certain degré d'insuffisance hépatique ; le pancréas est également touché, tant dans sa secrétion interne que dans sa secrétion externe.

Enfin la principale cause de dénutrition provient des troubles de l'entérocolite concomitante que SERGENT a dénommée l'entérite pré-tuberculeuse. Les travaux de FERRIER, les communications de LOEPER et ESMONET ont établi que l'entérocolite entraîne une décalcification intense : dans les selles d'un entérocolitique au lieu des 30 % normaux de chaux ingérée, on en décèle de 60 à 90 %. En même temps on a trouvé une diminution de la chaux sanguine qui n'atteindrait que la moitié du taux normal. A la faveur de cet état d'anergie il peut se produire une réinfection ou un réveil de la tuberculose.

Ainsi dans cette pathogénie la part principale est faite au terrain. Mais il faut faire une place à un autre mode de contamination. Les lésions appendiculaires chroniques produites le plus souvent par le colibacille sont autant de portes d'entrée pour d'autres microbes et notamment pour le bacille de Kock. De plus les lésions intestinales peuvent être produites par le bacille de Kock directement.

Comment dès lors comprendre en dehors d'une bacillémie qui répand le microbe dans tout l'organisme, la fixation du bacille sur le poumon. D'après les travaux de ROGER on sait que les graisses alimentaires transportées par les chylifères traversent les ganglions mésentériques, suivent le canal thoracique et se déversent dans la veine sous-clavière gauche. Elles arrivent ainsi dans le cœur droit et sont lancées dans la petite circulation. Le poumon est le premier organe qu'elles rencontrent. Il est placé sur le trajet comme le foie est placé sur le trajet des autres substances alimentaires. L'infection pulmonaire se fait de la façon suivante : les bacilles tuberculeux introduits par la voie digestive se fixent sur l'appendice. Il y aurait élimination du bacille de Kock par les graisses et fixation secondaire sur le poumon.

Au point de vue thérapeutique une série de mesures s'impose. Veiller à ce que dans les régimes des malades atteints d'appendicite chronique il y ait une place suffisante accordée aux reconstituants minéraux. Ajouter à leur régime de la tricalcine qui ne fatigue pas l'estomac, qui est tolérée et assimilée par l'intestin, et qui luttera avec efficacité contre les spoliations calcaires. Ne pas prolonger outre mesure le traitement médical, faire enlever l'appendice et pendant la convalescence, sans aller jusqu'à la suralimentation, donner un régime large, varié et un traitement reminéralisant à la tricalcine.

Dr NESLIER.



les mêmes région ou organe qui ont été affectés chez l'ascendant.

Ajoutons, pour terminer, que le rôle de l'hérédité dans l'accroissement du fléau cancéreux est bien moins important que ne le ferait craindre le chiffre impressionnant de Miss Slye. La morbidité cancéreuse, en effet, relativement basse avant 40 ans, s'élève progressivement de 40 à 60 ans et rapidement de 60 à 75 ans, où elle atteint son apogée. En d'autres termes : le taux de morbidité s'accroît au fur et à mesure que les facultés de fécondation chez l'homme et le coefficient de fécondité chez la femme diminuent pour approcher à zéro et s'y maintenir. Aussi le nombre d'enfants issus d'individus en puissance du cancer est relativement bas. Et ce qui plus est, il tend à baisser du fait de l'accroissement progressif d'un autre fléau qui sévit sur les nations civilisées. Nous voulons parler de la « prudence parentale » qui est exercée avec une intensité, une persévérance croissante à l'approche de l'âge mûr — âge dangereux à plus d'un titre et où sonne pour tant d'humains l'heure du cancer.

Conclusions.

1° Du précancer au cancer il est une différence non pas de nature, mais simplement de degré ou d'échelon. Ils constituent l'un et l'autre une anomalie cellulaire d'ordre physiologique, suite de réversion, consécutive, elle-même, au shock — traumatique, psychique ou toxique. Un seul shock ou leur nombre restreint peut engendrer un précancer ; un cancer ne saurait être réalisé que par une longue série d'iceux :

2° Il n'est pas indispensable que l'agent causal initial continue d'agir jusqu'à la transformation des cellules hyperproliférantes ou hyperplasiques : il peut être remplacé... avantageusement par un autre ou d'autres du même ordre ou d'ordres différents ; à défaut, et si l'agent initial cesse d'agir, le précancer n'évolue pas en cancer ;

3° Le cancer (de même que le précancer) est une affection non pas générale, mais purement locale, le processus cancéreux se localisant exclusivement dans les lieux de séjour des cellules hyperplasiques ; partout ailleurs, où processus pathologique il y a, il est non pas spécifique, mais quelconque. Donc : les perspectives d'un sérum curatif ou d'un vaccin préventif sont et demeurent dans l'espèce, vaines :

4° Le cancer (de même que le précancer) n'est pas contagieux, mais transmissible par hérédité, comme le sont toutes les anomalies ou malformations constitutionnelles et dans les mêmes conditions topographiques et anatomiques que ces dernières : le cancer transmis reproduit intégralement celui de l'ascendant quant au lieu et à la catégorie cellulaire affectée.

CHRONIQUE

Les enfants trop petits.

Il arrive que des parents présentent au médecin des enfants trop petits pour leur âge. Il n'est pas besoin de souligner l'importance du problème, non seulement au point de vue de l'esthétique et de l'allure, mais parce qu'il se lie à la question plus importante de l'équilibre physiologique qui est le terme de la croissance de l'organisme. Le professeur NOBÉCOURT vient d'exposer, dans un beau livre (1) les éléments anthropologiques et cliniques qui permettent de poser le diagnostic de cette anomalie d'en chercher les causes, d'en établir le pronostic et de fixer le traitement.

* * *

La croissance. L'accroissement des êtres vivants résulte essentiellement de la multiplication des cellules. Son intensité est au maximum pendant les premiers temps de l'existence de l'individu, puis se ralentit graduellement et finit par devenir insensible.

Dans l'espèce humaine, la période de la croissance comprend la vie intra-utérine, l'enfance et la jeunesse. Le terme de la croissance est aux environs de 20 ans dans le sexe féminin et de 23 ans dans le sexe masculin. L'auteur en indique les étapes et décrit les modifications du squelette pendant cette période.

Anthropométrie de la croissance. Le professeur NOBÉCOURT expose ensuite comment il convient de recueillir les mesures du corps pendant la période de croissance.

La TAILLE d'un enfant, qu'elle soit moyenne, trop petite ou trop grande, ne doit pas être envisagée isolément. Il importe, d'une part, d'apprécier si les membres inférieurs et le buste sont dans de justes proportions, d'autre part, de la comparer au poids et au périmètre thoracique. Le développement peut, en effet, être harmonieux ou dysharmonique.

La *taille* T., hauteur du corps ou stature, est la distance de la plante des pieds ou du sol sur lequel elle repose au sommet de la tête ou vertex. Elle se mesure avec une toise. Elle est la somme de divers segments : tête, cou, tronc, membres inférieurs.

D'autre part, on mesure ensemble la tête, le cou, le tronc, dont la somme est le *buste* B. Pour avoir la hauteur du buste, on fait asseoir l'enfant adossé à la toise, sur un siège rigide et l'on mesure la distance du siège au vertex. En soustrayant la hauteur du buste de la taille, on obtient la longueur réduite des membres inférieurs, que MANOUVRIER représentait par la lettre S.

Le rapport de la longueur réduite des membres inférieurs à la hauteur du buste S/B est le rapport de MANOUVRIER.

Le POIDS P. s'obtient avec une balance.

Le PÉRIMÈTRE THORACIQUE Pt peut se mesurer à différentes hauteurs. En général, on mesure le périmètre xiphoïdien. On prend la moyenne entre l'expiration et l'inspiration forcée.

Le *rapport du périmètre thoracique à la taille* Pt/T (en centimètres) complète les données précédentes. On l'appelle encore coefficient de vitalité.

Le COEFFICIENT DE PIGNET s'obtient en soustrayant de la taille le poids en kilogrammes et le périmètre thoracique en cm. : T — (P + Pt).

Le VOLUME DU CRANE s'obtient en mesurant le périmètre cranien au niveau des bosses frontales et occipitale.

M. NOBÉCOURT étudie ensuite les tailles aux divers âges et l'ÉVOLUTION DE LA CROISSANCE STATURALE.

Pour les garçons, si l'on néglige les détails, l'accroissement, mesuré d'année en année, passe par trois phases successives :

a) phase de ralentissement graduel avec des paliers, de la naissance à 12 ans ;

b) phase d'accélération de 12 à 16 ans.

c) phase de ralentissement rapide, de 16 jusqu'à la fin de la jeunesse.

Il semble que la croissance soit stimulée aux approches de la puberté, ralentie avec l'éclosion de cette dernière, arrêtée avec la maturation sexuelle.

Pour les filles, l'accroissement annuel passe également par trois phases successives :

a) phase de ralentissement par paliers, de la naissance à 9 ans ;

b) phase d'accélération de 9 à 12 ans ;

c) phase de ralentissement, d'abord lent, de 12 à 14 ans, puis rapide, après 14 ans.

(1) P. NOBÉCOURT. — Les enfants trop petits. *L'Expansion scientifique française*, éd., Paris, 1929, 20 fr.

La grande poussée de croissance commence environ trois ans avant la période pubertaire (12 ans) ; elle ralentit dès le début de celle-ci et surtout après l'éclosion de la puberté (13 ans), la croissance devient très faible pendant la dernière année de la période pubertaire et la jeunesse.

Le rapport de Manouvrier va en croissant de 0.50 à 0.80 ou 0.90 ce qui peut se formuler avec Godin dans la loi suivante : « La taille doit la plus grande part de son allongement, avant la puberté aux membres inférieurs, après la puberté au buste ».

Les données numériques concernant le poids et le rapport du poids à la taille, le périmètre thoracique, le périmètre cranien sont ensuite exposées en détails.

***

Les enfants trop petits. — Beaucoup d'enfants sont petits, ont des tailles notablement inférieures aux moyennes de leurs âges :

1° les uns ont des tailles si réduites qu'on n'hésite pas à les considérer comme anormales ; c'est l'éventualité la plus rare ;

2° les autres, et ce sont les plus nombreux, sont évidemment de petite taille, mais, dans bien des cas, la réduction staturale n'est pas telle que l'existence d'une anomalie s'impose.

Nomenclature. Quand la taille est très petite, on parle de nanisme.

L'enfant petit, qui n'est pas un nain, n'a pas encore reçu un nom sur lequel l'accord soit unanime. S'agit-il d'un nourrisson, on le qualifie d'atrophique, on parle d'atrophie infantile. Mais, on ne peut adopter cette expression. Car ce serait créer des confusions continuelles avec les états d'athrepsie. Variot emploie le mot hypotrophie. Le mot hypoplasie serait préférable ; il signifie, en effet, insuffisance formative. Mais il ne paraît pas utile d'introduire un terme nouveau dans la nosographie française et, au demeurant, N. se contente du terme d'hypotrophie staturale.

Classification. L'observation des nains et des hypotrophiques permet de les classer en deux catégories :

1° les uns n'ont de caractéristique que leur petite taille ; ils réalisent suivant le degré de l'anomalie, soit l'hypotrophie staturale, soit le nanisme simple ;

2° Les autres présentent en plus de leur petite taille des dystrophies et des syndromes variés ; il y a hypotrophie staturale ou nanisme complexes.

Du point de vue séméiologique, on peut en décrire plusieurs types :

1° le nanisme et l'hypotrophie staturale des myxœdémateux et des dyshypothyroïdiens ;

2° le nanisme et l'hypotrophie staturale associés à la sénilité précoce ;

3° le nanisme et l'hypotrophie staturale des achondroplasiques ;

4° le nanisme et l'hypotrophie staturale dans le rachitisme et autres affections.

***

L'hypotrophie staturale et le nanisme simples. — *Taille.* La réduction de la taille est le caractère pathognomonique :

1° à la naissance, il y a des fœtus de très petite taille et parmi les enfants nés prématurément et les nouveau-nés à terme, il en est qui présentent une réelle hypotrophie staturale ; quant au nanisme fœtal, il est exceptionnel ;

2° pendant la petite, la moyenne et la grande enfance ou pendant la jeunesse, les hypotrophies staturales abondent : on peut admettre qu'ont de l'hypotrophie staturale les enfants ou les jeunes gens dont les tailles présentent, par rapport avec les tailles moyennes de leurs âges, des réductions staturales comprises entre 6 % et 19 % et l'on peut admettre qu'à partir de 20 %, les réductions staturales sont du nanisme.

Rapport de Manouvrier. — La majeure partie (plus de la moitié des sujets ayant de l'hypotrophie staturale simple) sont macroskèles, c'est-à-dire ont des membres inférieurs proportionnellement trop longs, aussi bien pour leur âge que pour leur taille ; moins nombreux sont les mésoskèles ; rares sont les brachyskèles.

Evolution. — Tant que la période de croissance staturale n'est pas achevée, c'est-à-dire jusqu'au début de l'âge adulte, la taille de l'enfant ou du jeune homme qui présente de l'hypotrophie staturale simple est susceptible de s'allonger. En même temps, peuvent se produire des modifications dans les autres caractères anthropométriques. La morphologie du corps peut donc se modifier avec l'âge.

Etudes radiographiques. — Les radiographies du squelette permettent de suivre les modifications des processus d'ossification.

Pendant la petite enfance, à partir d'un an, on constate un retard dans l'apparition des points épiphysaires d'ossification. Pendant la moyenne enfance, on peut faire des constatations de même ordre. Pendant la grande enfance, on ne constate pas, en général, de retard dans les processus d'ossification.

Quant aux soudures diaphyso-épiphysaires, chez les sujets présentant de l'hypotrophie staturale simple, on manque de données précises. En tout cas aussi longtemps que ces soudures ne sont pas effectuées, que les cartilages diaphyso épiphysaires persistent, on peut espérer un allongement des membres.

Puberté. — Les enfants trop petits présentent souvent un retard dans l'apparition des symptômes pubertaires. Dans des cas plus rares, les symptômes pubertaires apparaissent régulièrement.

Les phénomènes sexuels qui caractérisent la période pubertaire peuvent évoluer régulièrement. Mais ils sont souvent retardés et imparfaits. Alors, d'autres états dépendant de l'influence sexuelle sont intriqués avec l'hypotrophie staturale, mais ne doivent pas être confondus avec elle. Dans cette éventualité, quand le sujet a dépassé les limites de l'enfance et atteint l'époque de la jeunesse, en même temps qu'il est hypotrophique, il devient infantile.

L'étude du *métabolisme basal* apporte des renseignements intéressants. Comme Nobécourt l'a constaté avec Henri Janet, il est voisin de la normale.

***

Le nanisme et l'hypotrophie staturale des myxœdémateux et des dyshypothyroïdiens. — A. Myxœdème. — 1° Les enfants atteints de myxœdème congénital ou précoce sont remarquables par la lenteur ou l'arrêt prématuré de leur croissance, par leur taille extrêmement réduite. De grands enfants, des jeunes gens, des adultes mesurent 70 cm., 80 cm., 90 cm., 100 cm. ; ils ont des tailles d'enfants de 1, 2, 3, 4 ou 5 ans ; ils sont de véritables nains. Le nanisme myxœdémateux est une variété assez commune de nanisme.

Tous les myxœdémateux n'ont pas des tailles aussi petites : certains, surtout si ils ont été soumis en temps opportun à l'opothérapie thyroïdienne, grandissent davantage ; ils sont à la limite de l'hypotrophie staturale et du nanisme.

2° Les myxœdémateux sont remarquables, en outre, par la longueur du buste et la brièveté des membres inférieurs. Le rapport de Manouvrier établit l'existence de la brachyskélie, par rapport non seulement aux moyennes correspondant à l'âge, mais aussi à celles en relation avec la taille.

3° Avec la petitesse de la taille et des membres infé-

rieurs, contrastent un poids et un périmètre thoracique supérieurs à ceux des enfants de même taille et parfois des enfants normaux de même âge.

4° La tête est grosse non seulement pour l'âge, mais encore pour la taille. Le périmètre cranien est supérieur à celui des enfants de même âge et de même taille.

5° L'examen clinique révèle, en outre, les autres symptômes de myxœdème et dans certains pays, ceux du goitre endémique et du crétinisme. Ces enfants, ces jeunes gens, et ces adultes, qui sont petits et gros ont des téguments pâles, épais, infiltrés, comme œdémateux, une peau sèche plus ou moins ichtyosique, un faciès en pleine lune. Leur déficience intellectuelle est extrême : ils présentent une idiotie complète ou incomplète, etc. La puberté ne se fait pas, ou est retardée ou imparfaite. L'ossification est très retardée, comme on le constate sur les radiographies du squelette. La première dentition est retardée dans son apparition et prolongée dans son évolution. La seconde dentition est retardée ou même ne se produit pas. Le métabolisme basal est très diminué, à la différence des cas d'hypotrophie staturale simple.

B. — Les enfants et les jeunes gens qui sont atteints de dyshypothyroïdie, de MYXŒDÈME FRUSTE, sont de petite taille ; ils présentent de l'hypotrophie staturale, mais celle-ci est inconstante car, assez souvent, la déficience thyroïdienne ne s'installe qu'à la période pubertaire, alors que la croissance staturale est déjà avancée. En tout cas, il n'y a pas de nanisme.

***

Le nanisme et l'hypotrophie staturale avec sénilité précoce. — Les réductions staturales de ces sujets sont très importantes. Ils sont d'une maigreur marquée et ils ont l'apparence de vieillards.

Au total, en plus de cette sénilité précoce, ils ont des caractères anthropométriques de l'hypotrophie et du nanisme simple. Leurs poids sont proportionnés à leurs tailles ou insuffisants.

Les radiographies du squelette révèlent une ossification prématurée des cartilages diaphyso-épiphysaires.

Quand ces enfants atteignent l'âge de la puberté, les caractères sexuels secondaires n'apparaissent pas et, quand ils atteignent l'âge de la jeunesse ou, ce qui est exceptionnel, l'âge adulte, ils restent des infantiles : ils ont l'aspect de vieillards; leur peau est glabre, ridée, parcheminée ; la calvitie est habituelle, mais non constante : le pannicule adipeux fait défaut ; il existe des déformations osseuses.

***

Le nanisme et l'hypotrophie staturale des achondroplasiques. — La réaction des achondroplasiques est due à la brièveté des membres, à la micromélie et cette réduction de longueur du membre porte surtout sur le segment rhizomélique.

L'hypotrophie staturale et le nanisme se réalisent dès la vie intra-utérine.

Le poids est généralement inférieur à ceux des enfants du même âge.

A l'âge adulte, on retrouve les mêmes variétés d'achondroplasiques que pendant la période de croissance : les uns sont des nains, les autres sont simplement de petite taille.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les aspects radiographiques des os dans l'achondroplasie.

On peut admettre trois types :

dans le premier, les points épiphysaires et les épiphyses se soudent aux âges habituels ;

dans le deuxième, l'ossification des épiphyses est irrégulière, retardée incomplète ;

dans le troisième, le cartilage de conjugaison disparaît d'une façon précoce ; il semble qu'il se produise une ossification prématurée.

Puberté. — L'évolution de la puberté s'effectue, en général, à l'âge habituel et de façon normale.

***

Le nanisme et l'hypotrophie staturale dans le rachitisme. — En dehors des cas où il entraîne de grandes déformations, le rachitisme peut entraîner une insuffisance de croissance staturale ; mais son influence est discutée :

1° pour les uns, la dystrophie rachitique n'entraîne pas d'hypotrophie staturale : cependant le rachitisme et l'hypotrophie staturale peuvent être associés ;

2° pour d'autres, la croissance staturale des rachitiques peut être insuffisante : souvent ils ont des tailles petites, caractérisant soit l'hypotrophie staturale, soit même le nanisme.

***

Les facteurs de la croissance staturale. — *Facteurs internes ou endogènes.* — Parmi les facteurs internes, le mieux connu est l'action exercée par les cellules osseuses et cartilagineuses, par les produits de sécrétion de certaines glandes endocrines (thyroïde, parathyroïdes comme dans les expériences d'HARVIER, hypophyse, thymus, surrénales peut-être, gonades).

L'influence du système nerveux sur la croissance staturale n'est pas encore élucidée.

Comme *facteurs externes et exogènes*, il faut envisager 1° l'alimentation, soit en tant que ration alimentaire globale, soit en considérant le rôle de certaines substances alimentaires, (lait, albumines, sels minéraux, vitamines) ;

2° le milieu ;

3° la lumière solaire et les rayons ultra-violets.

Mais au total, l'influence exercée par le milieu sur la croissance staturale reste mal connue.

***

Les facteurs de l'hypotrophie staturale et du nanisme peuvent être multiples.

A. *Facteurs congénitaux* : Privations, fatigues endurées par la mère pendant la gestation, syphilis, diathèse neuro-arthritique, diathèse lymphatique.

Nous ignorons complètement les causes du nanisme qui est le plus indiscutablement congénital, c'est à savoir celui qui dépend de l'achondroplasie ; toutes les causes qui ont été invoquées restent hypothétiques malgré les travaux classiques de notre grand anatomo-pathologiste DURANTE.

B. *Facteurs acquis* : 1° Les enfants sous-alimentés ne sont pas rares, soit que l'anorexie mentale et les vomissements, qui souvent l'accompagnent aient entraîné une sous alimentation, soit que certaines malformations congénitales ou acquises mettent obstacle à l'alimentation (bec-de-lièvre, sténoses ou dilatations d'œsophage, sténoses du pylore ou de l'intestin, mégacôlon, etc.) soit que jouent diverses affections de l'estomac ou de l'intestin.

2° Les enfants porteurs de cardiopathies congénitales, surtout quand elles s'accompagnent de cyanose, ont souvent une croissance staturale insuffisante et une puberté retardée. Ils ont de l'hypotrophie staturale simple, et même, l'âge venu, restent infantiles.

3° On rencontre quelquefois un syndrome clinique caractérisé par la petitesse de la taille, avec ou sans déformation osseuse, coïncidant avec une néphropathie chronique. L'attention a été attirée sur ces faits par PARSONS, qui, en 1911, a décrit un infantilisme associé à la néphrite interstitielle chronique.

4° L'influence du diabète sucré sur la croissance staturale a suscité des opinions contradictoires.

5° Affections du système nerveux (idiotie où la taille est réduite dans la moitié des cas, d'après Bourneville, l'hydrocéphalie congénitale mongolisme.)

6° Les maladies infectieuses aiguës peuvent exercer une influence sur la croissance staturale : tantôt elle est stimulée ; (allongement du corps pendant une fièvre typhoïde), tantôt, elle est, au contraire, ralentie.

Certaines maladies infectieuses chroniques peuvent entraîner de l'hypertrophie staturale. (Syphilis congénitale, paludisme.)

7° Affections des glandes endocrines.

***

Traitement de l'hypertrophie staturale et du nanisme. — Tout traitement rationnel doit être étiologique pathogénique et physiologique.

1° Nécessité d'une *alimentation* adéquate.

2° *Médicaments* : opothérapie thyroïdienne pour les hypothyroïdiens ; opothérapie hypophysaire ; préparations phosphorées et calciques, manganèse, iode, arsenic, huile de foie de morue.

L'ergostérol irradié par les rayons ultra-violets ne paraît pas agir de façon appréciable sur la croissance staturale. Mais comme elle modifie dans un sens favorable les processus rachitiques, il est possible qu'elle ait toutefois son utilité quand ceux ci existent.

3° *Agents physiques*. — Le soleil occupe le premier rang. L'actinothérapie par les rayons ultra-violets peut remplacer l'héliothérapie, quand celle-ci ne peut être employée, pendant les périodes ou le soleil fait défaut ou est insuffisant.

L'électrothérapie peut être utilisée. CHABRIÉ a remarqué que l'application du courant faradique au niveau des cartilages de conjugaison des membres stimulait la croissance.

Les rayons X à faible dose dirigés sur les cartilages de conjugaison exerceraient peut être une action stimulante sur leur croissance.

L'hydrothérapie stimule la nutrition générale. On prescrit, chaque jour, une affusion d'eau tiède ou fraîche sur tout le corps, suivie d'une friction à l'alcool et à l'essence de térébenthine : des douches en jet tièdes, fraîches ou écossaises. Le jet peut être dirigé spécialement sur les régions dia-épiphysaires pour réaliser une stimulation locale. Dans la même condition, on conseille des applications au niveau des extrémités osseuses de compresses imbibées d'alcool, d'eau salée, d'eau de mer ou d'eaux mères chlorurées de Salies-de-Béarn, de Biarritz Briscous, de Salins-du-Jura, de Bourbonne-les-Bains ou autres stations similaires de France ou de l'étranger.

Les séjours au bord de la mer sont particulièrement indiqués, sauf pour certains enfants nerveux ou souffrants de troubles digestifs.

La gymnastique, les jeux actifs, les sports, méthodiquement réglés, peuvent avoir également une influence favorable.

***

Conclusion : Le traitement d'un enfant trop petit est on le voit, complexe et varié. Il doit être poursuivi avec persévérance. Les insuccès sont nombreux ; mais, de temps en temps, les résultats dépassent les espérances.

Henri VIGNES.

Métrorrhagies.— REUBEN PETERSON (Metrorrhagies, *Boston med. and surg. Journal*, 3 nov. 1927, p. 764) à propos de métrorrhagies (dont 321 hospitalisées) relève : 57 cas gravidiques, 64 vices de position utérine ; 33 infections utérines ou annexielles ; 77 tumeurs bénignes ; 74 tumeurs malignes et 16 cas divers.

HEIMANN (Troubles menstruels par lésions ovariennes, *Mediz. Klin.*, 20 juillet 1928, p. 1111) considère que la maturation trop précipitée des ovules et l'absence de corps jaune sont des causes fréquentes de métrorrhagies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juillet 1929.

Sur la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le liquide amniotique d'un œuf extrait par hystérectomie d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire. — ***MM. A. Calmette, Couvelaire, J. Valtis, M. Lacomme* et *A. Saenz*** ont étudié, au point de vue bactériologique, un liquide amniotique provenant d'une femme tuberculeuse enceinte opérée par hystérectomie.

Par inoculation aux cobayes de ce liquide qui a été retiré stérilement de l'utérus maternel, ils ont pu conférer à ces animaux une infection tuberculeuse à caractères spéciaux rappelant ceux qu'on observe après inoculation de l'ultra-virus tuberculeux.

Les bacilles de Koch contenus dans le système lymphatique des cobayes, avirulents au début, ont pu récupérer leur virulence et devenir tuberculigènes après un certain nombre de passages d'animal à animal.

Le virus de la fièvre jaune. — ***M. Pettit.*** — Pour la préparation du vaccin et du sérum anti-amaril demandé par le Ministère des Colonies, l'Institut Pasteur doit entretenir le virus de la fièvre jaune, tâche malaisée en raison de la pénurie de singes, d'installation et de personnel idoines, A. Pettit, Stefanoupoulo et Kolochine montrent comment ils sont parvenus à conserver le virus depuis 14 mois, sans qu'il perde la virulence indispensable pour la préparation du vaccin et du sérum.

Au cours de ces recherches, les médecins de l'Institut Pasteur ont établi que le singe pouvait faire une forme inapparente de la maladie, révélable seulement par inoculation du sang à un singe neuf. Cette notion doit être un guide au point de vue des mesures prophylactiques.

Quelques réflexions à propos de la communication du 14 mai de M. Calmette sur les résultats de la vaccination par le B. C. G. — ***M. Lignières*** conclut ainsi. Dans sa communication du 14 mai, M. Calmette, loin d'apporter la preuve de l'innocuité et de l'efficacité du B. C. G. pour le nouveau-né, a donné une nouvelle démonstration de l'insuffisance complète de ses statistiques.

Vouloir baser la vaccination en masse des enfants contre la tuberculose sur les raisons qu'il donne, serait s'exposer à commettre une erreur grave.

La note de M. Léon Bernard, du 18 juin dernier, montre qu'il n'y a pas de relation constante entre l'augmentation du pourcentage des enfants vaccinés au B. C. G. et la mortalité générale.

Il paraît sage de continuer à appliquer le B. C. G. seulement aux enfants issus de parents atteints de tuberculose ou qui vivent dans un milieu bacillifère. Lorsque qu'il existera une expérience assez grande du B. C. G. et si les résultats sont favorables, alors seulement on pourra généraliser la vaccination Calmette contre la tuberculose humaine.

Le pouvoir anesthésique relatif de la cocaïne et de ses principaux succédanés sur les différents éléments nerveux. — ***M. Régnier.*** — Les anesthésiques locaux étudiés se classent, au point de vue de leur pouvoir anesthésique, suivant un ordre très différent pour ce qui concerne les divers appareils étudiés : cornée du lapin, nerf centrifuge et nerf centripète. Par contre, pour deux nerfs centripètes d'espèces animales différentes (sciatique de la grenouille et lingual du chien), le classement est sensiblement le même.

MM. G. Marinesco, Saint-Draganesco D. Grigoresco. — Recherches expérimentales sur l'action toxique de l'alcool méthylique et de l'alcool éthylique.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Rétention ovulaire prolongée conduite à tenir,

Par le Dr Henri VERMELIN,
Ancien chef de clinique obstétricale.

La constatation d'une rétention ovulaire n'implique en général aucune thérapeutique active. Habituellement l'œuf est expulsé sans donner lieu à aucune manifestation pathologique. Toutefois il est des cas où l'abstention doit céder le pas à l'intervention et c'est à ce titre que je résume l'observation suivante.

Mme A... 26 ans. est de constitution robuste sans aucun passé pathologique héréditaire ni personnel. Mariée depuis 1924 à un homme sain et vigoureux elle a eu en 1927. une grossesse terminée à terme par un accouchement spontané normal : l'enfant élevé au sein s'est développé dans d'excellentes conditions. La deuxième gestation débute en 1928 : les dernières règles remontent au 28 août et rien n'est à signaler jusqu'au 15 décembre date à laquelle surviennent des hémorragies violentes qui durent pendant deux jours.

A ce moment cette jeune femme garde le lit pendant une huitaine de jours et l'écoulement sanguin étant arrêté reprend sa vie ordinaire.

Surprise de ne point grossir elle vient me trouver fin avril et à ce moment je constate chez elle l'existence d'un utérus du volume d'une orange régulièrement dur en tous ses points et aidé des commémoratifs je porte le diagnostic de rétention ovulaire que je confirme quinze jours après. Il semble bien que l'arrêt de la gestation corresponde à l'hémorragie survenue en décembre. La date probable de l'accouchement présumé étant fin mai, en partant de la date des dernières règles, je lui fais espérer un avortement spontané aux environs de cette date et la rassure pleinement sur le retentissement toujours craint de la rétention sur son état général.

Le 5 mai survient un écoulement sanguin de quelques heures qui reprend le 8 mai avec plus d'intensité. Dans ces conditions et sous la menace d'une hémorragie nouvelle on libère l'utérus par curage après dilatation cervicale.

Les suites sont absolument banales.

A propos de cette observation nous rappelons ci-dessous les règles générales de conduite en cas de rétention ovulaire prolongée après mort de l'œuf dans les débuts de la gestation :

I. *La rétention ne donne lieu à aucun incident.*

S'abstenir de toute thérapeutique locale ou générale. Attendre l'expulsion spontanée qui peut tarder jusqu'à la date approximative du terme prévu de la gestation ; la femme ne court aucun danger.

II. *La rétention ne donne lieu à aucun incident mais dépasse le dizième mois après les dernières règles.*

La prolongation de la rétention peut alors créer un véritable malaise moral chez la femme qui la subit. Il vaut mieux alors libérer l'utérus par curetage digital ou curettage après dilatation par laminaire ou au ballon.

III. *La rétention s'accompagne d'hémorragies,*

L'indication d'intervenir est ici formelle. Il faut mettre la femme à l'abri de l'hémorragie menaçante. Le curage ou curettage est l'opération de nécessité.

IV. *La rétention s'accompagne d'infection utérine.*

Cas très rare quand on s'est abstenu de toute thérapeutique, car la désagrégation ovulaire s'effectue à l'abri des contaminations. Néanmoins quand l'infection utérine est certaine et dès son début il faut intervenir : curage ou curettage.



ACTUALITÉS

1er Congrès international d'actinologie

Paris 22-29 juillet 1929.

(*Fin*)

La lumière. Sa valeur prophylactique

Rapporteurs : MM. E. et H. Biancani, de Paris.

La lumière joue en physiologie un rôle important. Les expériences entreprises concernant l'action du facteur lumière sur la nutrition et la croissance des animaux soumis à un régime normal ou à un régime déséquilibré ont conduit aux résultats suivants :

1° Les animaux bien nourris, mais placés dans l'obscurité, souffrent, dépérissent et meurent, mais ne présentent aucunes lésions rachitiques ;

2° Les animaux bien nourris et soumis à un rayonnement comprenant des radiations ultra-violettes acquièrent un poids supérieur à celui des animaux non soumis au même rayonnement, et *le taux de calcium sanguin peut s'élever*. Mais si l'intensité du rayonnement dépasse une certaine limite, on *peut observer au contraire un arrêt des poussées de croissance* ;

3° Les animaux privés de vitamine A ou de vitamine D et placés à l'obscurité présentent des troubles *graves ayant des caractères particuliers* : atrophie et troubles oculaires, ou bien lésions rachitiques ;

4° Ces troubles n'apparaissent pas si les animaux sont exposés à un rayonnement comprenant des radiations qui s'échelonnent entre 2.800 et 3.100 A

En physiopathologie humaine, le rôle de la lumière est également important. Envisageons d'abord l'étiologie du rachitisme. Nous savons que cette affection aboutissant de tous les troubles de la nutrition qui atteignent un organisme en voie de croissance, ne peut s'expliquer par une cause unique, mais par un ensemble de facteurs. Si, parmi ces facteurs, nous envisageons plus spécialement la *carence vitaminique* et la *carence solaire*, nous constatons que le rachitisme fait son apparition lorsque ces deux facteurs interviennent simultanément. Ainsi, dans nos pays, où les radiations actives ne nous parviennent que de manière transitoire et où l'alimentation est souvent pauvre en vitamines, le rachitisme est fréquent. Dans certaines régions comme le Groënland où les radiations actives sont très insuffisantes mais où, par contre, l'alimentation est riche en vitamines, le rachitisme est inconnu. Dans des pays comme le Mexique où existent à la fois les radiations actives et une alimentation riche en vitamines, non seulement le rachitisme est inconnu, mais on observe parfois chez les enfants un état presque pathologique d'hypercalcification.

Si nous envisageons maintenant le rôle prophylactique de la lumière, nous constatons que les radiations lumineuses et ultra-violettes peuvent empêcher le développement du rachitisme et de la tuberculose. Agir au début de l'évolution d'une maladie, c'est réellement faire œuvre prophylactique, car, à ce moment, on peut, de manière presque certaine, enrayer sa marche. Aussi est-il important de découvrir chez l'enfant les tout premiers symptômes. Les examens cliniques, sérologiques et radiologiques permettent de dépister les candidats au rachitisme et à la tuberculose.

Ces enfants doivent vivre de préférence dans des lieux bien aérés, bien ensoleillés, dans des cités-jardins, dans des écoles en plein air, mais ils doivent aussi être soumis à l'action bienfaisante des radiations de courtes longueurs d'onde. Le soleil peut fournir ces radiations quoique en faible quantité. Mais trop souvent, dans nos grandes villes, elles font complètement défaut. Faut-il donc diriger ces enfants vers des régions favorisées ? Pour des raisons d'ordre économique et familial, le départ de tous les petits malingres d'une ville est impossible. C'est sur place qu'il faut chercher le remède. Or, le remède existe, un remède à la fois efficace et pratique : il consiste à soumettre ces enfants à l'action d'un rayonnement artificiel riche en rayons de courte longueur d'onde (2.800 à 3.100 A).

Tous les enfants des écoles maternelles et communales qui sont susceptibles de bénéficier de ces rayons peuvent, à la sortie de l'école, venir dans des centres d'hygiène infantile, et là, sous la direction de médecins spécialisés, être soumis à des séances d'irradiation collective.

Les *irradiations* ultra violettes sont inoffensives dans les limites de leurs *indications*. Elles peuvent devenir dangereuses si elles sont laissées au soin de personnes non spécialisées. L'emploi des rayons ultra-violets doit être soumis à une réglementation précise.

D'autre part, les conditions dans lesquelles les irradiations sont pratiquées ne présentent aucun danger, à condition que les salles d'irradiation soient bien chauffées et parfaitement aérées.

Une œuvre d'hygiène sociale infantile, le Rayon de Soleil, a été créée en France afin de propager la pratique des irradiations artificielles collectives. Cette œuvre a commencé son effort par la région parisienne : elle se propose d'organiser dans tous les quartiers et les communes de cette région des centres situés à proximité des écoles maternelles et communales. Les enfants de ces écoles, après avoir été désignés par leur médecin traitant ou le médecin inspecteur, viennent à 4heures, à la sortie des classes, dans les centres les plus proches, amenés par leurs parents ou par les infirmières scolaires. Là après un second examen médical, ils sont soumis à une un plusieurs séries de 12 séances d'irradiation, sous la direction des médecins spécialisés attachés à chaque centre.

Un dernier problème doit aujourd'hui être posé concernant la valeur prophylactique de la lumière. Les aliments irradiés et principalement l'*ergostérol*, peuvent-ils rendre des services en hygiène infantile ?

Différentes raisons semblent lui enlever en partie les qualités requises à cet égard.

L'esgostérol irradié sera toujours un produit assez coûteux et son emploi ne pourra être généralisé. Son activité est trop grande pour qu'on puisse le laisser à la disposition du public. Son domaine d'action enfin est limité : il n'agit pas sur tous les désordres observés chez les rachitiques et, d'autre part, dans les autres affections de l'enfance il est souvent inefficace.

La valeur prophylactique de la lumière

Rapporteur : Dr P. Woringer, de Strasbourg.

En résumé, l'étude des variations saisonnières des maladies dans la zone tempérée nous permet d'évaluer l'effet prophylactique de la lumière. Les affections à l'égard desquelles l'irradiation solaire exerce une action préventive présentent une courbe saisonnière du type hiberno-vernal, à maximum au mois de mars et à minimum au mois de septembre. Cette courbe représente un critère tellement constant et caractéristique qu'elle peut servir à dépister les affections sensibles à la lumière. Grâce à elle, on a pu isoler un groupe de maladies, dites héliophobes, parmi lesquelles se rangent le rachitisme, la spasmophilie, la tuberculose, la pneumococcie, la streptococcie, la staphylococcie, la méningococcie, les oreillons, l'encéphalite léthargique, la peste, la variole. Pour toutes ces maladies la lumière exerce une action prophylactique certaine, et l'irradiation systématique et régulière de tous les sujets permettrait de réduire considérablement le taux de la morbidité par ces affections.

Il existe cependant des différences dans la sensibilité de ces affections à l'égard de la lumière. Tandis que l'exposition au soleil en été fait disparaître entièrement le trouble rachitico-spasmophile, elle ne réduit qu'au quart environ le nombre des cas de tuberculose aiguë par rapport à la période hiberno-vernale, au tiers celui des pneumococcies et des streptococcies, au dixième celui des méningococcies.

Les fièvres éruptives et la coqueluche ne subissent que très peu l'influence de la lumière ; celle-ci est nulle sur les infections dites héliophiles, la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra, la poliomyélite.

La valeur prophylactique des rayons ultra-violets

Rapporteur : Dr Huldschinsky, de Berlin.

La découverte de l'action spécifique des rayons ultra-violets sur le rachitisme a conduit à l'usage de se servir de cette maladie comme objet de test pour la valeur de chaque source ultra-violette, qu'il s'agisse d'une lampe qui répand de ces rayons ou d'une substance activée par les rayons ultra-violets. Nous distinguons aujourd'hui deux preuves pour se rendre compte de l'efficacité d'une source ultra-violette ; l'expérience thérapeutique et l'expérience prophylactique. La première preuve consiste à attendre le développement complet de la maladie et puis à essayer de la guérir par le remède à examiner. Dans l'expérience prophylactique on applique le remède en même temps que le principe rachitigène agit. La prophylaxie a réussi, si l'apparition du rachitisme a été arrêtée. La question de la prophylaxie du rachitisme est, par conséquent, d'une valeur non seulement clinique mais aussi expérimentale. L'apparition du rachitisme ne dépend pas seulement du manque de lumière ou de vitamine D, mais aussi de deux autres facteurs, la constitution et la croissance. On ne peut pas changer la constitution, mais on peut influencer la croissance. Vu la longue durée de la croissance de l'homme, la prophylaxie par les rayons ultra-violets ne doit pas être trop courte et doit avoir égard aux périodes de croissance de l'enfant, aussi bien qu'aux périodes climatiques (hiver). Pour combattre le rachitisme comme maladie épidémique nous avons trois méthodes : les irradiations directes, l'addition de substances irradiées à la nourriture et l'irradiation du lait. Toutes ces méthodes ont des désavantages. Une méthode universelle n'est pas encore trouvée. Récemment de nouvelles lampes à incandescence ont été construites qui donnent des rayons ultra-violets assez forts pour servir comme remède prophylactique populaire contre le rachitisme.

NOUVELLES

Les syndicats médicaux de l'Ardèche et la loi sur les Assurances sociales. — Les trois syndicats (Annonay, Haute-Ardèche, Basse-Ardèche) viennent de se réunir à Vals et ont, après délibération, décidé à l'unanimité d'approuver la décision de l'assemblée générale de la Confédération réunie à Paris le 2 juin au sujet des assurances sociales.

Les syndicats ardéchois protestent contre le réglement d'administration publique qui, ne tenant aucun compte des dispositions préconisées par la sous-commission ministérielle médico-pharmaceutique, et des promesses faites écarte, en fait, les revendications légitimes du corps médical.

Ils déclarent que le corps médical de l'Ardèche admet parfaitement le principe d'une loi d'assurances sociales, mais qu'il ne s'associera au fonctionnement de cette loi que si elle est revisée selon les desiderata du corps médical, desiderata exposés dans l'ordre du jour voté à l'assemblée générale de la Confédération le 2 juin 1929. Ils précisent que la grève, qui peut être la conséquence de cette décision, ne peut être qu'une grève administrative (refus de signer les papiers nécessaires au fonctionnement de la loi) mais qu'ils n'ont jamais pensé qu'un malade puisse être laissé sans soins.

Ils décident que les bureaux des trois syndicats ardéchois se mettront en rapport avec les parlementaires du département pour leur exposer ces points de vue et les inviter à les soutenir devant le Parlement.

Faculté de Lille. — M. Cordier, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est nommé, à dater du 1er octobre 1929, professeur d'anatomie à ladite faculté (chaire vacante : M. Gérard (Georges), dernier titulaire).

— Le titre de professeur sans chaire est conféré, à dater du 1er octobre 1929, à M. Combemale, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Faculté de Nancy. — La chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée en chaire de clinique médicale infantile.

M. Caussade, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est nommé, à compter du 1er octobre 1929, professeur de clinique infantile à ladite Faculté (chaire transformée).

— M. Gillot, chargé de cours à la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy, est nommé, à compter du 1er octobre 1929, professeur de matière médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Bruntz, dernier titulaire).

Faculté de Toulouse. — M. Escande, agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à dater du 1er octobre 1929, professeur de physique biologique et médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Marie, dernier titulaire).

La maison natale de Rabelais. — Elle se trouve à La Devinière, commune de Souilly (Indre-et-Loire), et va être classée comme monument historique. Ainsi en a décidé la commission de l'enseignement de la Chambre avant la clôture des travaux parlementaires.

Association amicale des chefs de clinique de l'Ecole de médecine de Marseille. — L'Association a organisé une série de conférences gratuites sur des questions d'actualité, du 20 septembre au 3 octobre 1929 :

Vendredi, 20 septembre, à 10 heures : M. Louis Artaud : Les acquisitions récentes sur la chirurgie du sympathique ;

18 heures : M. Edouard Giraud : La circulation périphérique des membres : les nouveaux procédés d'exploration.

Samedi, 21 septembre, 10 heures : M. Jules Giraud : Les idées récentes sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë ;

11 heures : M. Félix Trabuc : Les formes méconnues de l'hérédo-syphilis ;

18 heures : M. Alban Rathelot : Techniques modernes de la césarienne.

Lundi, 23 septembre, 10 heures : M. Louis Montagnier : Du scepticisme médical, ses raisons, son action ;

18 heures : M. G. Salen : Des indications opératoires dans l'évolution des grossesses ectopiques.

Mardi, 24 septembre, 10 heures : M. Albert-Crémieux : Position actuelle du problème des névroses ;

18 heures : Mlle Julie Cousin : Traitement des broncho-pneumonies chez l'enfant.

Mercredi, 25 septembre, 10 heures : M. L. Isémein : Les tuberculoses pulmonaires localisées ;

11 heures : M. Charles Toinon : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les antigènes et l'aurothérapie ;

18 heures : M. Adrien Artaud : Des procédés de dilatation du col.

Jeudi, 26 septembre, 10 heures : M. Jean Turriès : Le syndrome douloureux syphilitique de l'épigastre ;

18 heures : M. Charles Lahayville ; Les acquisitions récentes sur le diagnostic et le traitement des hydronéphroses.

Vendredi, 27 septembre, 10 heures : M. Robert Poinso : Etude clinique et schéma directeur thérapeutique des suppurations pulmonaires chroniques non tuberculeuses ;

18 heures : M. Jean Paoli : Le cancer expérimental.

Samedi, 28 septembre, 10 heures : MM. P. Bonnet et J. Pourtal : Acquisitions récentes sur les céphalées ;

18 heures : M. Georges Darcourt : Les coxarthries. Etat actuel de la question.

Lundi, 30 septembre, 10 heures : M. André Chabert : A propos de l'allaitement artificiel ; ses modalités ; ses inconvénients ;

18 heures ; M. Jean Chosson : Le problème de la stérilité chez la femme.

Mardi, 1er octobre, 10 heures : M. Marcel Bourret : Comment envisager, à l'heure actuelle, le traitement des syphilis évolutives, d'après les données récentes et les résultats acquis ;

18 heures : M. Georges Sesquès : L'action du sérum antipneumococcique sur la température chez les nourrissons.

Mercredi, 2 octobre, 10 heures : M. André Tristant : Les syndromes mictionnels ;

11 heures : M. Pierre Silvan : Traitement de la maladie du sommeil.

18 heures : M. Georges Perrimond : Réflexions sur la symphyse cardiaque.

Jeudi, 3 octobre, 10 heures : M. Pierre Mastier : Valeur séméiologique de la tension artérielle rétinienne ;

11 heures : M. Marcel Arnaud : Notions récentes sur le diagnostic et le traitement des traumatismes craniens.

Ces conférences auront lieu à la salle des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille, et sont ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine.

Ministère de la Guerre. — Le médecin lieutenant-colonel Gravellat, en service au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales), est affecté au cabinet militaire du ministre de la Guerre.

Ligue mondiale pour la réforme sexuelle sur une base scientifique. — Du 9 au 13 septembre prochain se tiendra à Londres le III[e] Congrès International de la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle sur une base scientifique.

L'action de la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle s'étend sur les principaux points suivants :

1° Egalité politique, économique et sexuelle des hommes et des femmes ;

2° Libération du mariage et, spécialement du divorce, des règles tyranniques de l'Eglise et de l'Etat ;

3° Contrôle de la conception, de telle sorte que la procréation soit consentie délibérément et avec un sens exact des responsabilités ;

4° Amélioration de la race par l'application des méthodes de l'eugénique et de la puériculture ;

5° Protection des filles-mères et des enfants illégitimes ;

6° Conduite humaine et rationnelle envers les anormaux sexuels, comme par exemple les homo-sexuels, hommes et femmes, les fetichistes, les exhibitionnistes, etc. ;

7° Prévention de la prostitution et des maladies vénériennes.

8° Incorporation des troubles dus à l'impulsion sexuelle dans la classe des phénomènes d'ordre pathologique et non plus envisagés, ainsi qu'on l'a fait jusqu'aujourd'hui, comme des crimes, des vices ou des péchés ;

9° Seuls peuvent être considérés comme criminels, les actes sexuels qui trangressent la liberté ou portent atteinte aux droits d'une autre personne. Les relations sexuelles entre adultes responsables, consenties mutuellement, doivent être respectées comme étant des actes privés et qui n'engagent que leurs personnes ;

10° Education sexuelle systématique dans le sens de la plus grande liberté et dans le respect de soi et d'autrui.

Au prochain Congrès de Londres, les questions suivantes seront à l'ordre du jour : 1° *Le mariage et le divorce* ; 2° *La limitation des naissances, l'avortement et la stérilisation* ; 3° *La lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution* ; 4° *La censure.*

Amphithéâtre d'anatomie. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. le D[r] Jean MEILLÈRE, présecteur, commencera le lundi 16 septembre 1929, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5[e]).

Ce cours sera fait en liaison avec le cours complémentaire de thérapeutique chirurgicale infantile et orthopedique, sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, cours qui aura lieu du 16 septembre au 2 octobre 1929 à l'hôpital des Enfants-Malades.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Chirurgie du pied ; conduite à tenir dans les pieds bots congénitaux et paralytiques, le pied plat valgus : interventions sur les ligaments et tendons (tendon d'Achille) ; interventions sur la médiotarsienne (tarsectomie cunéiformeplantaire interne) ; opération de Huc pour pied plat. L'astragalectomie et ses indications.

2° Interventions sur la médiotarsienne et la sous-astragalienne (double arthrodèse, double tarsectomie cunéiforme du professeur Ombrédanne, ténodèse et butées complémentaires) ; interventions sur médiotarsienne, sous-astragalienne et tibiotarsienne (triple arthrodèse). — Traitement de l'hallux valgus.

3° Chirurgie des fractures et des pseudarthroses chez l'enfant : Ostéosynthèse à prothèse perdue ; ostéosynthèse temporaire d'Ombrédanne (application aux décalages suivant l'axe). Traitement des pseudarthroses : greffes ostéoperiostiques, greffes d'Albee, greffes pédieulées de Reichel.

4° Chirurgie de la hanche et du genou : Luxation congénitale de la hanche et butées ostéoplastiques. Coxalgie et arthrodèse extra-articulaire (Mathieu). Ostéotomies sous-trochantériennes et supra-condylienne.

5° Chirurgie des malformations du canal vagino-péritonéal et de la paroi abdominale : Cure radicale des hernies inguinales ; cure des hydrocèles simple et communicante ; ectopie testiculaire et orchidopexie transscrotale d'Ombrédanne. Aplasie et hernie ombilicales : l'omphalectomie.

6° Chirurgie des malformations de l'urètre : Hypospadias (cure par les procédés de Marion, Mathieu, Ombrédanne). Les prothèses à tunnel. Phimosis et circoncision.

7° Chirurgie du tube digestif sous-diaphragmatique : Sténose hypertrophique du pylore et pylorotomie longitudinale extra-muqueuse (Fredet). Traitement de l'invagination intestinale. L'appendicectomie chez l'enfant. Prolapsus du rectum et cerclage de l'anus.

8° Chirurgie du cou et du thorax : Traitement du torticolis dit congénital. Traitement des corps étrangers des voies respiratoires et de l'œsophage : laryngotomie, œsophagotomie cervicale externe. Trachéotomie. Pleurotomie chez l'enfant et le nourrisson.

9° Chirurgie de la face : Restauration des becs-de-lièvre : la reconstitution du rebord gingival ; les cheiloplasties ; l'uranostaphyloplastie et l'uranostaphylorraphie (procédés d'Ombrédanne et de Veau.

10° Chirurgie du crâne et du rachis : Traitement des mastoïdites aiguës : les mastoïdectomies chez le nourrisson et chez l'enfant ; l'evidement pétromastoïdien. Mal de Pott et opérations ankylosantes (Albee). Traitement du spina bifida occulta.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les Drs Mélik et Bureau, chefs de clinique, commencera le lundi 9 septembre, à 2 heures, et continuera tous les jours suivants à la même heure. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire 17 rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Technique de l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. Trépanation mastoïdienne. — 2° Evidement partiel de la caisse et évidement prétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe. — 3° Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (thrombo-phlébites, méningites, abcès encéphaliques et péri-encéphaliques). Ligatures vasculaires du cou. — 4° Résections sous-muqueuses du septum nasal. La chirurgie du sphénoïde. — 5° Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoïde et du sphénoïde. Les rhinotomies. — 6° Chirurgie du sinus maxillaire. Résections des maxillaires. — 7° Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal. Traitement des fistules et des stomies laryngo-trachéales. — 8° Les voies d'accès vers l'isthme du gosier et le carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe. — 9° La laryngectomie partielle et totale. Les laryngectomies économiques. — 10° La broncho-œsophagoscopie.

Nécrologie. — Dr Joseph Curel, de Chatte (Isère) décédé dans sa 57e année. — Dr Eugène Chéurlot, 48, avenue Marceau Paris, décédé dans sa 86e année. — Dr Pierre Blanc-Jolicœur, de Lyon, décédé dans sa 33e année. — Dr Charles Bourdon, de Montbert (Loire-Inférieure) décédé accidentellement. — Dr Paul Bernard, de Saint-Ouen, décédé dans sa 56e année. — Dr Albarel, de Narbonne.

ÉCHOS

De la nécessité pour la France de former un corps médical colonial.

M. Pierre Veber écrit dans *Candide* (15 août 1929) :

« Vous savez que dans nos colonies, la pénurie de médecins se fait durement sentir. La question de la main-d'œuvre est étroitement liée à celle du recrutement médical, et je vous ai déjà dit qu'il était inutile de songer au Transsaharien, si vous n'êtes pas capable de réunir 5.000 docteurs, à pied d'œuvre. Tel est l'avis de ceux qui sont au courant des grandes entreprises coloniales et qui ne se contentent pas de « constructions philosophiques ». Or, on me communique un passage de la nouvelle loi sur le recrutement de la milice belge : « Les miliciens qui, par suite de sursis, accomplissent leurs obligations militaires avec le titre de docteur en médecine pourront passer leur temps de service au Congo belge, en qualité de médecins, soit de l'Etat, soit d'une mission nationale, soit d'une œuvre philanthropique. Ils auront le voyage gratuit en première classe à l'aller et au retour, et, durant leur séjour au Congo, une allocatton de 5.000 francs par mois ! Si, à l'expiration de leur service, ils s'engagent au service de la Colonie, ils auront droit à la pension avec rétroactivité ; ils devront avoir suivi les cours de l'Ecole de médecine tropicale, où ils ont droit à une indemnité de 20 francs par jour durant quatre mois. Voilà ce que l'on fait en Belgique.

Maintenant, me sera-il permis de demander ce que l'on fait en France, grande puissance coloniale ? Est-ce que l'on se préoccupe de former un corps médical pour la plus grande France ? Mettez à part quelques rares missions envoyées pour étudier les fléaux les plus graves, tels que la maladie du sommeil, le paludisme ou la bilieuse hématurique... A-t-on créé cette grande école de savants qui nous manque ?... Je ne le crois pas. On nous a dit que M. Maginot prenait son rôle au sérieux. Il a une excellente occasion de prouver ses bonnes intentions ! »

TRAVAUX ORIGINAUX

Les causes de la criminalité juvénile Parisienne

(Enquête médicale et psychosociologique),

Par G. PAUL-BONCOUR.

Professeur de Criminologie à l'Ecole d'Anthropologie, Directeur médical de l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry.

La délinquance juvénile est, à juste titre, l'objet de toutes nos préoccupations : il est donc utile de revenir sur cette question lorsqu'il y a des documents nouveaux capables de l'éclaircir. Ayant à ma disposition des résultats provenant d'une enquête sur les mineurs delinquants de la région Parisienne je vais les exposer, les commenter et en extraire quelques indications pratiques (1).

En octobre 1927 a été créé, à la Petite Roquette, un service d'observation médico-psychologique des jeunes détenus.

M. le Procureur de la République près le Tribunal de la Seine et les magistrats attachés au Tribunal des enfants ont estimé, qu'avant de prendre une décision à l'égard d'un mineur coupable , il était intéressant de le soumettre à un examen biopsychique, ainsi que cela a lieu dans un certain nombre de pays étrangers qui se félicitent chaque jour de cette coutume.

Cette création se trouvait du reste implicitement suggérée par le dernier paragraphe de l'article IV de la loi du 22 juillet 1912 sur les tribunaux pour enfants ; paragraphe ainsi libellé ;

« .... L'enquête sociale sur l'enfant, auteur d'un fait qualifié crime ou élit, sera complétée, s'il y a lieu, par un examen médical. ».

En somme, l'examen, jusqu'ici facultatif, est devenu la règle. Ayant été chargés, les Dr Roubinowich, Heuyer et moi d'organiser ce service nous examinons régulièrement depuis octobre 1927, au point de vue biologique, médical et psychomoral tous les mineurs délinquants : le niveau mental et le degré d'instruction sont minutieusement fixés à l'aide de méthodes psychométriques, En outre les familles sont convoquées et nous fournissent tous les renseignements utiles sur les antécédents héréditaires, sur les incidents survenus au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement, sur l'évolution psychomotrice de l'enfant (ce qui donne des précisions sur les défectuosités de son système nerveux) sur les premières manifestations irrégulières des activités mentales, caractérielles et morales, sur les maladies survenues au cours de la croissance.

Il importe aussi d'être renseigné sur le milieu dans lequel a évolué l'enfant : aussi le service social de l'enfance en danger moral, rattaché au tribunal pour enfants et adolescents, se livre à une enquête très fouillée sur la moralité de la famille, sur son état économique, sur la manière dont elle a surveillé et dirigé l'enfant. L'enquête sociale s'informe aussi de l'attitude et de la conduite du sujet à l'école et à l'atelier, de ses camarades, de ses distractions, etc... Grâce à cette méthode une connaissance complète de la nature du sujet et de ses relations avec l'ambiance est acquise : il n'est pas exagéré de la qualifier d'intégrale.

Notre examen terminé, nous rédigeons nos conclusions et les transmettons au Tribunal. Ce sont les résultats de cette enquête que je vais vous soumettre.

***

Tout d'abord voici quelques chiffres *sur la forme et la fréquence des délits et des crimes.* Ils concernent les 300 premiers mineurs examinés, de sexe masculin, de 13 à 18 ans.

C'est le vol simple qui domine : 46 %.

(1) Tout ce qui suit est extrait d'une conférence que j'ai faite le 26 janvier 1929 à la Faculté de droit devant l'Association des Etudes Criminologiques (Voir *Etudes criminologiques*, mars 1929, n° 3, librairie du *Recueil Sirey*).

Le vol avec recel : 9 %.

Le vagabondage simple, c'est-à dire non compliqué d'un autre délit se rencontre 16 fois sur 100.

Le vagabondage compliqué de prostitution, d'homosexualité et de pédérastie atteint la proportion de 7 %.

Soucieux de vous présenter une statistique sincère, je suis obligé d'ouvrir une parenthèse . Cette proportion des vagabondages simples ne correspond pas à la réalité, car, par suite d'une décision de M. le préfet de police, les mineurs se trouvant dans cette situation sont envoyés directement au Palais du Peuple institution dépendant de l'Armée du Salut, et *ne sont pas examinés par le service d'observation.*

Cette mesure a été prise à l'instigation de M. le député Louis Rollin, qui a estimé qu'il était inhumain de mettre en prison préventive un vagabond simple ; pour lui c'est un délit très-léger, excusable, parfois même l'enfant n'est qu'une victime.

Cette façon d'agir est très louable du point de vue humanitaire, elle l'est beaucoup moins du point de vue utilitaire, car la défense sociale peut en souffrir. Certes , le vagabondage simple est un délit léger, négligeable, mais c'est cependant une faute et parfois dépendant d'une tare psycho-morale, qui non dépistée va s'accentuer et ramener, quelques mois après l'enfant déjà vicié ! Comme je l'exposerai dans quelques instants, le vagabondage simple, et même dans sa forme la plus élémentaire que l'on désigne sous le nom idyllique et champêtre (ce qui est un peu ridicule dans une grande ville) d'école buissonnière, est souvent le premier anneau d'une chaîne qui se termine par un délit grave. Il est des virtualités criminelles qu'il importe de dépister dès leur orgine, et la décision susdite méconnait totalement cette loi de prophylaxie crimiminelle.

Fermant ma parenthèse, je complète la statistique :

On rencontre 4,5 % d'abus de confiance.
3,3 % de coups et de blessures.
3 % de violences et de refus d'obéissance aux agents.
1,3 % d'outrages aux officiers.

Je signale quelques faits plus rares sans donner de pourcentages :

Bris d'objet d'utilité publique cas,	3 ;
Outrages à la pudeur,	3
Tentative d'homicide	1
Tentative de parricide	1
Port d'armes prohibées	1
Filouterie d'aliments	1
Mendicité	2

***

Sur ces proportions je ferai deux remarques intéressant l'histoire de la criminalité infantile et juvénile de la population parisienne et ses transformations.

Sur 300 délits, la mendicité ne figure que 2 fois : c'est donc un délit fort rare, presque inexistant. Or, reportez-vous aux statistiques d'il y a 30 ans, vous constaterez qu'à cette époque la mendicité des mineurs occupait une place importante dans la délinquance de la jeunesse parisienne.

La seconde remarque a trait à une situation assez affligeante. Sur 50 cas de vagabondage, 19 s'accompagnent de prostitution homosexuelle. C'est énorme, d'autant que ce chiffre est au-dessous de la réalité. Les 19 cas d'homosexualité ont été signalés par la police, car les sujets ont été arrêtés dans les endroits bien connus où s'opère le raccrochage. J'ai recherché, parmi les autres délinquants non inculpés de ce délit, ceux qui se livrent à cette activité sexuelle anormale : j'en ai découvert plusieurs, qui ont fini par avouer. Les uns agissent par besoin d'argent, d'autres déclarent cyniquement qu'ils sont homosexuels parce que c'est leur goût, leur aptitude et s'étonnent même qu'on leur reproche ce mode de satisfaction. Je n'en ai trouvé qu'un seul qui soit un homosexuel pur, un unisexuel : les autres sont des bisexuels ou des hermaphrodites psycho-sexuels, c'est-à-dire qu'ils éprouvent une jouissance et avec les hommes et avec les femmes : ils misent sur les deux tableaux :

en général ils se livrent à la prostitution afin de gagner de l'argent qui leur sert à entretenir leurs maîtresses.

Il existe donc une tendance érotique irrégulière qui mériterait d'attirer l'attention des pouvoirs publics, car elle semble être nettement en voie d'extension (1).

* * *

Nous connaissons le mal, *quelles en sont les causes* ?

L'enquête étant menée comme je l'ai indiqué, nous avons été à même de dégager les deux facteurs principaux bien connus le *facteur exogène — ambiance — milieu social*, etc.et le *facteur endogène — individuel — biologique et pathologique.*

Un facteur social très marqué, puisqu'il se rencontre dans 48 % des cas, résulte de la négligence, de l'insuffisance ou de la carence de la famille : nous nous trouvons donc devant un abandon matériel et moral, devant un désintéressement absolu de l'éducation scolaire ou professionnelle, devant un manque total ou partiel de toute surveillance, de toute direction. L'enfant fait ce qu'il veut, va ou ne va pas à l'école, vagabonde ; lorsqu'il est plus âgé il découche ou même il vit seul à l'hôtel. Bien mieux il y a des cas où les parents de l'enfant le prient de quitter le domicile paternel et de se débrouiller comme il peut.Lorsque le père ou la mère sont remariés ou vivent en concubinage, cette situation est fréquente.

Une conséquence grave de cet état de choses est l'absence de formation professionnelle : souvent est rencontrée une exploitation précoce de l'enfant qui est retiré de l'école et employé à des travaux ne nécessitant aucun apprentissage.Les sujets livrés à eux-mêmes se dirigent également vers des métiers à tout faire ou qui sont une cause de viciation, ou qui procurent un salaire insuffisant ce qui amène de perpétuels chômages, ou au moins un papillonnage, forme atténuée de vagabondage. Si l'on ajoute à ces circonstances la tendance de tout être mal dirigé à paresser, on ne saurait s'étonner que des vols apparaissent pour subvenir aux besoins ou que la prostitution s'installe ; 8 à 9 % des mineurs sont victimes d'entraînements et même contraints au vol et à la prostitution homosexuelle par des membres de leur propre famille.

Dans 4 % des cas, l'enfant fuit le domicile paternel pour éviter la brutalité de son père : souvent la menace de correction ou la correction sont liées au fait que l'enfant dissipe le salaire de la semaine ou rapporte une somme insuffisante.

8 % de nos sujets ont volé pour satisfaire leur désir de luxe ou de noce : fréquemment, les adolescents sont pourvus d'une maîtresse ; l'un deux était souteneur. Deux mineurs , âgés de 17 ans, étaient pères d'un enfant et ont volé (disent-ils), pour subvenir aux besoins de cette charge familiale précoce.

La plupart des chômeurs, des paresseux, et des noceurs se livrent à des libations excessives : dans 5 pour 100 des cas il y avait des habitudes alcooliques accentuées et des états d'ivresse répétés. A l'encontre de ce qu'on pourrait croire, la misère matérielle de la famille ne figure comme élément étiologique marqué que dans 5 % des cas.

Faisons le total de ces influences criminogènes : nous arrivons au chiffre approximatif de 75 %.!

Comme vous le constatez, la situation est hélas ! trop claire ? A cette époque, où en vertu de leur croissance non encore terminé des êtres présentent une plasticité qui leur permet de subir les bonnes comme les mauvaises influences, ces dernières sont de beaucoup les plus marquées et les plus nombreuses. Comment s'étonner de se trouver en face de déformations morales, de délits et de crimes ?

* * *

Les renseignements qui précèdent figurent dans le rapport que nous avons adressé à l'administration pénitentiaire après un an de fonctionnement. J'ai poussé plus loin mes investigations en ce qui concerne les cas que j'ai personnellement étudiés. Or j'ai été frappé de la fréquence d'un phénomène qui joue en effet un rôle important dans la viciation d'un mineur: la non fréquentation scolaire ou une fréquentation très irrégulière. Pour me garder d'une interprétation erronée, je me suis informé au préalable des causes de la mauvaise fréquentation dans une école primaire. Les enfants ne vont pas à l'école pour trois raisons : 1° des raisons de famille (raisons plus ou moins légitimes), les parents gardant l'enfant pour les besoins domestiques ; 2° des raisons de santé : à chaque instant l'élève doit s'arrêter surtout au cours de l'hiver ; 3° des raisons d'indiscipline : nous sommes alors devant des réfractaires qui préfèrent vagabonder : les uns iraient peut-être à l'école si la famille les conduisait, les autres refusent et utilisent toutes les ruses possibles pour se sauver.Dans cette catégorie, figurent un très grand nombre de déséquilibrés, d'instables et d'agités.

A l'école primaire,le type indiscipliné est le moins fréquent ce sont surtout les absences par maladie qui dominent : 50 %.

La proportion des réfractaires varie de 5 à 20 % suivant les écoles ; dans certains quartiers le réfractaire est inconnu.

Chez nos mineurs délinquants, la proportion de ceux qui ont été réfractaires à l'époque de l'écolage est de 57 %. Il y a manifestement un rapport causal entre la criminalité et la non-fréquentation scolaire.En effet, cette situation à des conséquences déplorables, car, par des modes différents et plus ou moins rapides, le vagabondage scolaire conduit au délit.Celui-ci peut apparaître au cours de la période scolaire ou ne se faire jour que dans la période post-scolaire.

Certes, l'école ne donne pas la formation morale désirable,et c'est un reproche qu'on lui fait volontiers,mais elle exerce néanmoins une action négative en ce sens que tant que l'écolier y vient il ne subit pas l'influence délétère de la rue. Si, au contraire, l'écolier vagabonde, il prend des habitudes de paresse,d'immoralité : il est la proie des adolescents ou des adultes qui les associent à leurs méfaits.

Le fait de manquer l'école entraine une insuffisance d'instruction : 10 % de nos délinquants sont totalement illettrés,50 % sont des semi-illettrés. Or, cette situation met le sujet en état d'infériorité, et en admettant qu'il ait le désir de travailler, son ignorance peut lui fermer des débouchés conformes à ses goûts. Enfin l'écolier qui a fui l'école et vagabonde ne fréquente pas plus l'atelier : comme il faut vivre, c'est le vol qui sert de gagne-pain.

Je vous ai dit que 57 % des mineurs délinquants avaient été des réfractaires à l'école : 52 % sont des réfractaires à l'atelier ; il existe entre ces deux chiffres un parallélisme frappant.

Je déplorais à l'instant que le vagabondage simple fût considéré comme insignifiant, comme négligeable : vous constatez que mon pessimisme n'était pas exagéré, puisque je vous démontre(chiffres en mains), qui la première manifestation d'une nocivité éventuelle, c'est le vagabondage simple.

A titre d'indication je rappelle que 10 % seulement des écoliers réguliers commencent à vagabonder après l'écolage, ce qui démontre que la mauvaise habitude se contracte précocement.

Inadaptation scolaire (consécutive soit à une carence familiale, soit à un état d'anomalie, soit aux deux états associés) inadaptation professionnelle, inadaptation sociale : voilà une séquence dont la gravité ne peut être mise en doute.

Je passe à l'étude du *facteur individuel, endogène, biopathologique.* Je n'insiste pas sur les états physiques défectueux, sur les infirmités, sur les débilités organiques, sur les maladies chroniques, (syphilis, tuberculose), etc... Ces affections sont nombreuses, et ont une répercussion sur la valeur sociale d'un sujet. Elles mériteraient d'être longuement commentées, mais j'ai hâte de vous parler d'une influence moins connue et moins étudiée, l'état psycho-moral.

Tous nos mineurs sans exception ont été soumis à des épreuves psychométriques ce qui a permis : 1° de classer chaque sujet dont la croissance mentale n'était pas terminée, d'après son niveau d'intelligence et de constater si celui-ci correspondait ou non à l'âge réel chronologique ; 2° de répartir les mineurs. dont le niveau mental est stabilisé (ce qui survient dès que la puberté est installée) dans une catégorie correspondant à la qualité du mécanisme mental.

Je rappelle que , grâce à la méthode scientifique des tests, il est possible de répartir les intelligences normales, ayant terminé leur évolution, en un certain nombre de classes hiérarchi-

(1) Sur la question de l'homosexualité, voir PAUL-BONCOUR. *Etudes criminologiques*, janvier 1929 et *Progrès médical*, 20 avril 1929.

quement superposées : il y a des intelligences supérieures et des intelligences moyennes ; et ces dernières comprennent, elles-mêmes trois degrés: la moyenne haute, la moyenne ordinaire la moyenne basse. Au-dessous de celle-ci commence la débilité mentale.

C'est la première fois, en France, que de jeunes détenus sont examinés systématiquement à l'aide de ce procédé scientifique; les examens mentaux antérieurs n'étaient que parcellaires, car ils n'avaient porté que sur des sujets préalablement sélectionnés.

Trop souvent aussi, ces examens mentaux étaient faits empirement, à l'aide d'interrogatoires, sans technique psychométrique. Ce procédé peut réussir s'il est pratiqué par un psychiatre entraîné et averti : encore on est en droit de supposer que, sans tests bien étalonnés, il est difficile de dépister les cas limites : et en effet trop souvent un individu d'une moyenne basse est étiqueté débile. En somme, vous apercevez la supériorité d'une technique scientifique et uniforme, qui doit être celle des médecins experts.

L'examen de l'activité psychique serait incomplet en se bornant à la recherche du seul niveau mental : il existe un élément, le caractère, qui joue un rôle prépondérant dans le comportement social d'un individu : et des psychologues éminents répètent volontiers que l'homme se conduit plus avec son caractère qu'avec son intellignece. En effet, le caractère c'est la manière personnelle dont un individu agit, réagit, est ému ; le caractère est la marquedistinctive d'une individualité, c'est sa note personnelle : on peut être calme ou impulsif, obéissant ou indiscipliné, égoïste ou altruiste, serviable ou indifférent, honnête ou malhonnête, etc . . etc. Et ces qualités ou ces défauts peuvent coexister avec une intelligence développée : si les défauts l'emportent, s'ils sont très marqués, l'être qui en est atteint est un insociable ou un antisocial.

Sans entrer dans des considérations psychologiques et éthiques, il n'est pas douteux que l'intelligence et le caractère doivent présenter un minimum de normalité et de régularité pour qu'un individu soit sociable.

Il faut en premier lieu un degré d'intelligence suffisant pour que soient distingués le mal et le bien, le permis et le défendu. Il faut en second lieu qu'un sujet ait une volonté et un pouvoir d'inhibition le rendant capable de se discipliner, de se modérer, d'obéir , de manière à recevoir des notions de moralité et de prendre des habitudes de discipline, d'ordre et d'honnêteté.

Enfin il importe aussi que soient présents des tendances sympathiques et des éléments d'altruisme qui font vibrer un être au diapason de ses semblables.

Si une ou plusieurs de ces qualités sont absentes ou si les tendances sont déviées, apparaissent des réactions antisociales.

***

Voyons comment les délinquants se présentent à ce point point de vue.

18 % sont normaux d'intelligence et de caractère.

31 % présentent des tares caractérielles qui sont remarquables par leur polymorphisme et leurs variations d'intensité : nous rencontrons des impulsifs, des coléreux, des violents, des excités, des capricieux, des versatiles, des instables, en un mot des déséquilibrés : à l'école, ce sont des indisciplinés, à l'atelier des mauvaises têtes et des irréguliers.

De plus, ces déséquilibrés sont parfois égoïstes, vaniteux, fortes têtes, discuteurs, et aussi cruels, méchants, pervers, amoraux

29 % sont porteurs à la fois et des troubles précédents et de débilité intellectuelle.

18 % sont débiles d'intelligence sans adjonction de tares du caractère.

3 % sont épileptiques, 1 sujet avait des troubles succédant à une encéphalite léthargique.

En réunissant l'ensemble des anomalies psychiques, nous arrivons au chiffre d'environ 80 %, chiffre énorme qui souligne l'infériorité du terrain sur lequel se développe la flore délictueuse de la jeunesse parisienne.

Veuillez noter que le pourcentage des troubles du caractère accompagnés ou non de débilité mentale est de 64 %: je souligne ce chiffre en raison du pouvoir criminogène de cette tare, sur l'interprétation de laquelle je vais insister tout à l'heure.

***

Je suis maintenant en mesure d'aborder un nouveau problème.

Quel est le rôle respectif de ces deux ordres de facteurs ?

Sur ce point, il faut se garder d'idées préconçues et de généralisations , ce qui n'est pas toujours, car vous entendez soutenir cette thèse que c'est le milieu dont l'action est la plus active sinon exclusive. Et ceux qui la soutiennent invoquent le chiffre de 75 % des cas où la famille et le milieu ont été la cause directe ou indirecte du délit . Si l'enfant avait été placé dans un milieu favorable, il eût été honnête, dit-on ; et à l'appui de cette opinion est citée la doctrine de Rousseau qui estimait que tout est bien sortant des mains de l'Auteur des choses et que tout dégénère entre les mains de l'homme — ou bien on invoque la doctriue de ces pessimistes qui affirment que l'enfant est naturellement méchant, gourmand, égoïste, impulsif, menteur, et que si une éducation appropriée n'est pas utilisée, les tendances mauvaises se développent. Il y a aussi les éclectiques prétendant que l'homme ne naît ni bon, ni mauvais, que c'est une page blanche sur laquelle s'inscrivent les bonnes ou les mauvaises empreintes suivant les circonstances.

Loin de moi la pensée de nier en bloc l'influence capitale du milieu dans la genèse du délit, mais je ne puis faire abstraction des tares psychomorales susindiquées ; par ailleurs je ne tombe pas dans l'exagération inverse, qui, constatant le pourcentage des tares biologiques, attribue systématiquement à ces dernières une prépondérance exclusive.

J'estime qu'il faut être intimement persuadé qu'en criminologie, il n'y a que des cas particuliers : n'oublions jamais la doctrine si vraie et si utile de l'individualisation, je ne dirai pas des peines mais des mesures, puisqu'il s'agit d'enfants. Or une étude impartiale et raisonnée dé chaque délinquant et des causes qui l'ont incité au mal nous démontrent que, sauf exception, une réaction antisociale est le résultat d'une intervention combinée, mais à doses inégales suivant les cas , des deux ordres de facteurs. Tantôt le facteur social est prédominant. Tantôt les deux facteurs sont l'un et l'autre très marqués. Tantôt c'est le facteur biologique qui prédomine. Cette classification génétique correspond exactement à la classification objective d'Enrico Ferri : au type à prédominance sociale correspondent les délinquances d'accidents et d'occasion ; au type biologique, les criminels aliénés et le criminel né qui n'est d;ailleurs qu'un fou moral.

***

La statistique précédente nous informe que 25 % de sujets n'ont pas subi l'influence démoralisante d'un milieu nocif : s'ils sont devenus criminels, c'est donc qu'il y avait en eux une prédominance au mal due à une des tares figurant dans les causes individuelles.

Nout savons aussi que 20 % des mineurs ne sont porteurs d'aucune tare psycho-morale : le délit est donc, pour cette catégorie d'origine exclusivement sociale.

Restent 55 % de mineurs où les deux facteurs sont combinés, à doses inégales bien entendu, et il importe de s'informer de leur prédominance respective : car , d'après le dosage, des mesures s'imposent.

Si le facteur milieu est seul responsable, il suffit de placer le délinquant dans un milieu sain.

Si c'est le facteur pathologique qui produit la viciation, des mesures d'éducation appropriées sont nécessaires.

Lorsque les deux facteurs sont associés, il convient de faire des distinctions, comme il suit :

1er Cas. — *Un état de débilité mentale coïncide avec un milieu défavorable.*

Il est assez commun de considérer que du moment qu'il existe de la débilité mentale, il y a absence de tout discernement, Cette opinion est beaucoup trop absolue car tout dépend du degré de débilité. Le code n'a pas défini le terme discernement ; mais il est certain que les magistrats se contentent de considérer si oui ou non l'individu a la connaissance que l'acte qu'il a commis est défendu. C'est le minimum de discernement. Or je prétends que beaucoup de débiles, je précise même, les 3/4 de

ceux que nous examinons à la Petite Roquette, ont manifestement le pouvoir de discernement. En somme il n'y a pas besoin d'une intelligence très évoluée pour savoir qu'on ne doit pas voler, qu'on ne doit pas vagabonder !

Mon maître Compayré, avec lequel j'ai fait, il y a quelques années, des recherches nombreuses dans les écoles parisiennes sur le développement moral de l'enfance, a conclu qu'un écolier de 9 ou 10 ans possède nettement ce pouvoir de discernement et sur ce point vous trouverez d'abondants détails dans son livre sur l'évolution intellectuelle et morale de l'enfant. Or, un débile, qui présente un niveau de 9 ou 10 ans, c'est-à-dire dont le mécanisme mental est assimilable à celui d'un enfant de cet âge, possède lui aussi un discernement suffisant.

Du reste, j'ai soumis des débiles délinquants à une épreuve morale très employée en Amérique : je leur présente une douzaine de cartons sur lesquels sont inscrites des actions mauvaise et immorales d'intensité croissante, et je les invite à les ranger dans un ordre logique ; tous les placent dans l'ordre voulu : ils ont donc une compréhension, morale suffisante.

Bref, seuls les débiles à mentalité inférieure sont incapables de discernement, mais ils ne représentent qu'une minorité parmi ceux qui sont traduits en justice. En effet, nos recherches psychométriques nous enseignent que les délinquants étiquetés débiles se placent pour la plupart au voisinage de la moyenne normale basse. Quelques cas sont même indécis, car ils mordent légèrement sur l'état normal. Il est donc rationnel, lorsqu'un expert pose le diagnostic de débilité mentale, d'indiquer exactement son degré, ce qui facilite la tâche des magistrats chargés de prendre une décision.

Si dans ces cas la débilité ne joue pas le rôle prépondérant, il n'en est pas moins vrai que son action est loin d'être négligeable : toute débilité crée un état de réceptivité, rend celui qui en souffre plus suggestionnable, le met en état d'infériorité dans la lutte pour la vie ; il est plus vulnérable qu'un enfant à mentalité régulière. Mais le rôle prépondérant dans la viciation revient au facteur milieu ; sans lui, le débile léger resterait honnête.

Dirigeant une institution d'anormaux depuis près de 20 ans j'ai connu beaucoup de débiles ayant commis des actes défendus ; or étant également très renseigné sur la valeur morale de leur famille, je les ai répartis en deux catégories mettant d'un côté ceux qui dépendaient d'une famille saine, exerçant une surveillance efficace et ne donnant que de bons exemples ; de l'autre les débiles mal surveillés et mal dirigés. J'obtiens les proportions suivantes :

Sujets d'une famille favorable : 11 % de délinquants.

Sujets d'une famille défavorable : 55 %.

Je n'ai pas tenu compte des cas sur lesquels j'ai été insuffisamment renseigné. Cette différence entre les pourcentages démontre la prédominance du facteur social.

***

Ici se place une remarque de nature à compléter mes recherches sur les qualités intellectuelles de la jeunesse délinquante. D'après les pourcentages, il existe 18 % de sujets d'intelligence normale, et n'ayant pas non plus de défectuosités caractérielles, et 31 % de tares de caractère sans défaut mental ; ne croyez pas que ces mentalités normales aient un niveau bien élevé : pour la plus grande partie elles sont d'un niveau moyen bas et sur la limite de l'anomalie. En résumé, les jeunes délinquants en grande majorité n'ont qu'une intelligence médiocre ou légèrement débile, puisqu'ils se groupent autour de la limite séparant l'état normal de l'état anormal, quelques-uns même chevauchant sur les deux catégories. Au contraire le niveau de la jeunesse honnête de 13 à 18 ans correspond à des moyennes plus élevées, et les oscillations sont plus accentuées dans le sens de la supériorité. Veuillez aussi noter que les plus intelligents sont plus tardivement arrêtés, parce que leurs facultés leur permettent de réaliser leurs instincts mauvais et d'éviter la police plus longtemps.

Les délits, leur mode d'exécution, leur conception se ressentent des qualités de l'intelligence. Les moins intelligents mendient, vagabondent et volent sottement, les plus élevés commettent des escroqueries, des vols plus adroits, et réussissent à dissimuler leur vagabondage : leurs mensonges sont plus solidement construits.

***

2e Cas. — *Un milieu défavorable et une tare de caractère sont présents.* — Dans ce cas il, est rationnel d'accorder la prépondérance au facteur individuel. Le mineur, qui ne veut ou ne peut subir aucune coercition, qui refuse de s'astreindre à un travail régulier, qui a besoin de vagabonder, qui se dispute et s'énerve, dont les réactions émotives incessantes sont hors de proportion avec les motifs qui les déterminent, ne peut prendre de bonnes habitudes ; il obéit à ses instincts, et se laisse entraîner par ceux qui le flattent et cela même lorsque la famille et le milieu sont favorables.

J'ai également réparti ces déséquilibrés en deux classes suivant qu'ils ont été soumis à de bonnes ou à de mauvaises influences.

Dans le premier groupe la proportion est de 31 %, dans le second de 46 % ; dans 33 % des cas j'ignore exactement ce qu'a été l'influence familiale.

Il parait donc que la tare caractérielle est une condition, et directe, criminogène. Or, comme je vous ai fait spécialement remarquer qu'il y avait 64 % de tares de caractère, vous pouvez en déduire l'importance de ce facteur. Fort heureusement, celle-ci n'est pas la même dans tous les cas et par conséquent les mesures ne peuvent être identiques.

Pour apprécier un caractère, il faut l'observer, recueillir à son sujet tous les renseignements possibles, puis interpréter les résultats avec prudence.

Pour éviter les erreurs il est recommandable de tenir compte des conditions suivantes : état de santé, mode de groupement des éléments caractériels, leur intensité, l'ambiance.

Tenant compte de l'état de santé, on évite des diagnostics pessimistes : des instables, des excités, des névropathes intoxiqués, fatigués, énervés, ne se montrent pas sous leur apparence réelle : ils semblent plus anormaux qu'ils ne le sont. Donc n'émettre un avis qu'après observation de l'individu, soumis durant quelques jours à un régime et à une thérapeutique appropriés.

Du moment qu'un phénomène est marqué, du moment qu'il se répète incessamment, et cela malgré les efforts pour le combattre, il est clair que le cas est sérieux.

Le mode d'association des éléments du caractère permet de prévoir l'avenir et de prendre des décisions rationnelles. Le caractère est un complexe, dont les éléments sont divers. Or, on a tendance à définir un caractère par un seul phénomène celui qui domine, et les autres sont ignorés : c'est une erreur, car pour établir la *formule caractérielle* d'un individu, il importe de tenir compte et de la dominante et des éléments secondaires, qualités ou défauts, qui gravitent autour d'elle : il existe en somme une constellation caractérielle qui est la marque distinctive de chaque individualité.

Suivent quelques variétés de défectuosités du caractère.

1° *Le déséquilibré ou instable* : impulsif, coléreux, capricieux, excité, versatile, remuant : ce sujet est un indiscipliné souvent renvoyé de l'école et du reste n'y allant pas ou ne s'y rendant qu'irrégulièrement. Le vagabondage est donc précoce et s'accentue au cours des ans. A l'époque de l'apprentissage, les goûts de vagabondage persévèrent et amènent d'autres délits.

Toutefois le déséquilibré-instable est affectueux, fait des promesses qu'il ne peut tenir, est sociable : par conséquent, si on le surveille, si on l'interne, si l'on s'efforce de calmer son éréthisme nerveux, le rendement et excellent.

2° *Le sujet difficile et rebelle* : C'est un déséquilibré, mais qui présente en sus de l'entêtement, qui a un esprit constant de contradiction et de révolte, une horreur de toute coercition et qui ne veut faire aucune promesse. C'est un insociable dont l'indifférence morale constitue un péril. L'internement est une nécessité et de plus il est souvent recommandé d'utiliser les moyens d'intimidation. Si l'on ne trouve pas le seuil de l'intimidabilité, et si l'on perd du temps en employant des procédés de douceur, le rendement est déplorable.

3° *Le paranoïaque*, égoïste, vaniteux, autoritaire, discuteur, anormal, n'ayant aucune répugnance pour le mal, n'aimant les gens qu'autant qu'ils le flattent, est un être dangereux. Avec lui les mesures d'intimidation sont loin de réussir, car durant son internement, il refoule ses sentiments de haine, qui s'extériorisent violemment lorsqu'il est remis en liberté. Beaucoup de paranoïaques sont des inadaptables.

4° *Le pervers*, être antisocial, ayant une appétence innée et précoce pour le mal, aimant parfois à faire souffrir, inintimidable, sans aucune affection même pour sa mère, représente le type du criminel-né. Avec lui les chances d'amendement sont extrêmement réduites, et il est permis de le considérer comme un sujet devant être définitivement interné ou surveillé étroitement si ses réactions antisociales ne consistent pas un danger permanent. Ne pas dépister ce type pervers est une faute grave.

Fort heureusement, le pervers (qu'il ne faut pas confondre avec le perverti dont les tendances altruistes sont obscurcies, mais nullement absentes), est assez rare : j'estime qu'on ne le rencontre que 5 fois sur 100.

L'ambiance joue un rôle dans le mécanisme viciateur : certes, les tares caractérielles sont capables, à elles seules, de conduire un adolescent vers le mal, mais il serait erroné d'oublier que l'intensité de ces tares n'est pas toujours la même et que parfois il serait possible de les neutraliser si l'influence du milieu ne se faisait sentir : soit en faisant apparaitre une tendance anormale latente, soit en majorant une défectuosité d'intensité moyenne.

Lorsque la tare est marquée, elle prend, du fait de l'ambiance, une force qui déconcerte et un pervers devient un monstre de cruauté.

***

De tout cet exposé il ressort clairement qu'une enquête médico-psychologique est indispensable pour prendre une décision logique et appropriée à la nature de chaque mineur délinquant : tout en étant plein d'humanité, le juge ne doit pas se laisser influencer par certaines modes, par certaines campagnes quelque peu tendancieuses et intéressées contre tel procédé ; il doit choisir la méthode qui lui est désignée par l'analyse de chaque cas : or il résulte de ce qui précède que le régime de l'internat ou de l'internement est le procédé de choix pour les 3/4 des jeunes délinquants. Dans la pratique, cette règle n'est pas obéie et j'estime qu'elle est la cause principale des nombreuses récidives que nous constatons.

Je n'insiste pas sur la technique à suivre pour que l'enquête donne les résultats désirables : ce qui est certain, c'est que la mise en observation de tous les mineurs délinquants est urgente et que cette observation ne peut se faire utilement que dans des établissements appropriés à cet usage et pourvus de tout le matériel indispensable, avec un personnel spécialement préparé à cette tâche.

Il est un viel adage qui, comme tous les autres, exprime d'un façon claire et concise les résultats de l'expérience : « Qui veut la fin, veut les moyens. »

Nous savons ce que nous voulons : défendre la société contre l'activité criminelle et actuelle et éventuelle. Nous connaissons aussi les moyens d'y parvenir et avant tout le principe qui doit les inspirer : sans lui il y aura peut-être des résultats, en tout cas ce ne seront jamais des succès.!



Embolies et insuffisance surrénale. — W.-J.-M. Scott et H.-S. Thatcher (The production of pulmonary emboli in suprarenal insufficiency, *Arch. of Patho. and labor. med.*, 1926, p. 310) ont établi, d'après un nombre élevé de rats, que la surrénalectomie favorise l'action des facteurs d'embolie.

Glande mammaire. — J.-B. Hartwell (*Colorado Medicine*, mai 1920) décrit un syndrome masto-ovarien caractérisé par trois signes : douleur mammaire continue, indépendante de la gestation ; — gestation irrégulière, douloureuse et pauvre ; — hypotension. Traitement : extrait mammaire.

ACTUALITÉS

Petites réflexions a. s. de l'ouvrage de Voivenel et Lagriffe : « Sous le signe de la P. G. (Maupassant) (1)

Voiv(e)nel cesse d'écrire ou je cesse de lire.

Ce damné confrère est inépuisable. A peine a-t-on fini de digérer l'une de ses œuvres que, toute saine, toute fraîche, plantureuse, une autre surgit qui semble narguer les critiques et leur dire : « A vos plumes, paresseux ; voyez comme je suis belle ! Quoi seriez-vous déjà fatigués ? Pensez aux lecteurs, chers amis, à leur joie, à leur instruction ; n'allez pas leur laisser perdre l'occasion de faire connaissance avec moi et... de m'admirer ».

Et, derechef, l'on se remet au travail.

Cette fois, Voivenel s'est adjoint un collaborateur, M. Louis Lagriffe dont je n'ai pas réussi à démêler s'il est l'auteur d'études sur Maupassant et sur la peur chez Maupassant publiées par les *Annales médico-psychologiques* et par les *Archives d'Anthropologie criminelle*. « *Sous le signe de la P.G.* » est signé Voivenel et Louis Lagriffe et les études sont de Lucien Lagriffe. Est-il deux Lagriffe voués au culte de Maupassant ou bien n'est-il qu'un Louis-Lucien Lagriffe ?

Quoi qu'il en soit, M. Lagriffe doit partager avec Voivenel les éloges que mérite l'œuvre nouvelle et ces éloges sont tout le contraire de médiocres.

« *Désormais tout est dit sur Maupassant* » a prononcé un critique en fermant le volume. Et c'est, ma foi, vrai.

Alors que répéter sinon qu'il faut lire l'ouvrage ?

Car il ne s'agit pas d'un de ces amas de niaiseries que nous offrent des littérâtres acharnés à établir des relations entre tel ou tel désordre dans l'organisme d'un écrivain grand ou réputé grand, entre tel tic, telle habitude, telle manie, telle singularité... et telle ou telle des caractéristiques de la manière de cet écrivain.

Qu'importe l'homme ; c'est l'œuvre qu'il faut comprendre, juger et, le cas échéant, admirer.

Mais le cas de Maupassant est particulier. Maupassant a laissé des pages qui sont à la fois des œuvres d'art et des observations médicales. Il fallait un médecin pour démêler cela. Voivenel et Lagriffe nous révèlent *lumineusement* les phases diverses du talent de Maupassant... la première exempte de l'influence spécifique... ; celle où la P. G. commença de mordre sur l'écrivain mais en laissant à la personnalité la maîtrise de ses réactions ; ... la dernière où l'artiste vaincu, tout en conservant du point de vue art et originalité d'importantes assuétudes professionnelles, s'efforce de penser mais pense, écrit, décrit, imagine, conte, dominé par l'influence morbide.

Tout ceci, dans l'œuvre de Voivenel et Lagriffe, est *admirablement* expliqué avec dates, exemples, preuves à l'appui.

Donc lisez cet ouvrage. Lisez-le ; lisez-le ; lisez-le.

Ecrivains, artistes et médecins, vous vous trouverez bien de le lire.

Je n'entreprends pas d'analyser.

Je noterai simplement quelques-unes des réflexions que m'a suggérées la lecture.

Elles n'ont, bien entendu, que la valeur d'impressions personnelles. Une étude serrée nécessiterait que je relusse à fond Maupassant et je n'en ai pas le loisir — à mon extrême regret.

Maupassant et Flaubert. — A mon extrême regret, car je considère Maupassant comme l'un des plus grands artistes du siècle passé.

Tout mon poil se hérisse lorsque j'entends proclamer, comme n'ont pas manqué de le faire Voivenel et Lagriffe, que Maupassant fut formé par Flaubert !

Que ce grand brave homme de Flaubert, artiste autant

(1) Paris, La Renaissance du Livre.

qu'une souche de peuplier, ait lancé ou contribué à lancer Maupassant, d'accord. Mais qu'il ait été son Maître, qu'il l'ait formé, façonné, perfectionné, à d'autres.

« *Maupassant, l'un des chefs-d'œuvre de Flaubert* » écrivent avec sérénité Voivenel et Lagriffe !

L'un des chefs-d'œuvre ?

Mais, pour Dieu ! quels sont les autres ?

Est-ce la lamentablement ennuyeuse *Education sentimentale* l'enfantine et grossière *Tentation de Saint-Antoine* le tissu d'incohérences qui s'appelle « *Salammbô* ».

Je me suis imposé de lire trois fois *Salammbô*.

J'ai lu deux fois « *Salammbô* » à Carthage même. Je dois à cette désagréable corvée une conviction nette : Flaubert, quoique épileptique, fut un pauvre écrivain dépourvu d'inspiration, de naturel, de simplicité, d'art. Démuni des qualités de l'homme de lettres au point d'ignorer l'*invidia*, Flaubert rencontra cette chance inouïe de voir se dresser contre son vulgaire et solide roman : *Mme Bovary* des argousins de l'Empire. Il eut aussi la bonne fortune de vivre au contact de gendelettres dont certains, parfois fielleux à la Maxime du Camp, tirant leur propre gloire de sa renommée, contribuaient à celle-ci.

Qui donc lit Flaubert? Qui donc peut le lire sans éprouver le plus mortel ennui ?

Je voudrais bien le savoir.

Et qui donc, sincèrement parlant et la main sur la conscience, osera proclamer qu'il admire le style de plomb délavé de sueur de ce grand et honnête laborieux ?

Pauvre cher innocent Flaubert qui jugeait J.-B. Poquelin bon tapissier peut-être, mais écrivain inexistant, je sais bien ce qu'eût dit de lui Molière. Mais je ne veux pas le répéter.

Flaubert est un de ces auteurs stupéfiants qui périodiquement surgissent, s'imposent à une ou à plusieurs générations sans que rien par la suite puisse expliquer l'envoûtement que leur nom exerça.

Et voilà pour Voivenel le sujet d'un beau et solide livre : *L'obnubilation collective et le grégarisme dans l'art.*

La sensibilité de Maupassant. — Voivenel et Lagriffe ne sous-estiment-ils pas cette sensibilité ?

Certains auteurs nous font pleurer parce que pleurant eux-mêmes, ils étalent leurs larmes.

D'autres plus objectifs, parfois plus grands, plus profonds, font surgir notre sensibilité des faits qu'ils exposent, de l'agencement des faits. Tel parfois Jack London, tel Kipling, tel Maupassant, ces deux derniers — et Maupassant davantage encore que Kipling — médiocres constructeurs de romans. Et je ne puis que les en féliciter car si nous devons souhaiter que la syphilophobie fasse reculer la syphilis, nous devons très ardemment aussi souhaiter que la *romançophobie* finisse par s'implanter chez nous, qu'elle s'épanouisse, étouffe le goût du roman, tout au moins le goût absurde du mauvais roman triomphateur du jour, ravageur insane de populations en passe de se stupidifier, alors que la destinée l'avait marqué pour les poubelles qui se languissent de le pas recevoir.

Certes un bon roman est une bonne et belle chose. Mais ombien, dans la production contemporaine, connaissez-vous de bons romans ? Que de papier gâché, que de temps perdu, quelle pitié envers ces foules de bipèdes humains, dont la littérature des sports tapageurs et le fatras absurde des romans suffisent à combler la capacité intellectuelle.

Conteur, nouvelliste puissant, Maupassant appartient à la catégorie des auteurs qui font pleurer sans paraître pleurer eux-mêmes. L'auteur est de glace, l'exposé est glacé, mais des pièces et du bâti sourd quelque chose d'intime, d'amer ou de doux, d'émouvant en tout cas qui remue l'âme dans son tréfonds. Ce que ces artistes font apparaître en nous, n'existerait-il pas en eux ?

Parce que leur sensibilité ne s'exerce pas de façon banale ou habituelle, je ne la crois ni moins affinée ni moins touchante.

Je ne l'apprendrai pas à Voivenel ; de ce qu'elle est comprimée, la sensibilité n'en est que davantage poignante. Et voilà un beau chapitre pour le prochain ouvrage de notre Voivenel : *De l'incompressibilité de la sensibilité*, suite et complément de la *Chasteté perverse.*

La P. G. — La P. G. est toujours d'origine syphilitique. Certes je le crois et fermement puisque l'orthodoxie exige cette croyance. Et je continuerai de le croire tant qu'un chercheur ne nous révélera pas que quelque infection autre que la syphilis peut occasionner la P. G.

En ce qui a trait au cas Maupassant, nul doute. Le plus jeune étudiant en médecine après trois mois de stage fera le diagnostic de syphilis en lisant les pages consacrées à Maupassant par Voivenel et Lagriffe.

Mais pourquoi la P. G. ?

J'aurais aimé que nos auteurs eussent consacré un court chapitre aux considérations que mérite cette insoluble question.

La syphilis de forme nerveuse aux intellectuels ?

Du temps que j'étais en Afrique, c'était une conviction partagée par presque tous les médecins que parmi nos Berbères, nos Arabes et nos Arabo-Berbères, seuls étaient frappés de cette façon les érudits, les savants, les travailleurs du cerveau, les théologiens, les cadis, etc. tandis que le pecus subissait des accidents d'autre sorte.

Maupassant tout sportif qu'il fut, fut et surtout devint un intellectuel.

Mais son frère, lui aussi fut atteint de P. G.

J'attendais ici quelques pages tirées de l'examen des plus récents travaux des syphiligraphes. Voivenel et Lagriffe les eussent parfaitement fait accepter par le public, tant est grand leur art de se mettre à sa portée avec clarté, sans que le professionnel, le médecin, y perde quoi que ce soit.

Je trouve que, du point de vue syphilis, nos auteurs se débarrassent trop aisément du frère de Maupassant, de même que du point de vue hérédité, ils exécutent avec trop de promptitude le père de Guy — encore que je convienne avec eux de ce qu'en général les aptitudes artistiques d'un Fils, les caractéristiques de sa sensibilité soient surtout celles de sa Mère.

Encore un sujet d'études pour Voivenel : *Le tabes, la P. G. et les Intellectuels.*

La misogynie. — Voivenel traite assez cruellement Maupassant quant à l'Amour.

Sur l'Amour, nos auteurs ont des phrases — que dis-je ? — des pages d'une ferveur attendrissante qui mouillera certains yeux et ne manquera pas d'attirer par contre sur certaines lèvres, le sourire fugitif de l'ironie légère. Félicitons nos auteurs d'avoir conservé cette fraîcheur de jeunesse.

Mais que dis-je là et quel mot viens-je de prononcer ? Jeunesse ?

De quelle jeunesse s'agit-il ?

De celle du temps de Maupassant, de celle du temps présent, de celle de Voivenel et Lagriffe laquelle semble n'avoir ressemblé ni à l'une ni à l'autre.

De mon temps, la jeunesse, je le crois, resemblait fort à celle du temps de Maupassant.

Il existait alors deux sortes de femme : la *Catin* et la *Femme.*

Théoriquement la première était dévolue à la seule jeunesse qui ne manquait pas de se précipiter en elle comme les petits canards courent à la mare.

L'autre, la Vierge toute nimbée de mystères, de retenue, toujours surveillée, muette et matériellement et moralement secrète, c'était un être énigmatique, recélant l'espoir d'ineffables extases et qu'il n'était permis à l'adolescent en voie de mûrir d'adorer qu'après que « la gourme jetée » (ainsi disait-on) il en était venu à l'envie de se créer un foyer.

Cette pratique avait des avantages. Et je sais nombre de gens qui après avoir pratiqué l'Amour à la façon du

GLANURES

Mathurin Régnier était-il syphilitique ?. — Est-il demandé dans les Glanures du *Progrès médical* ? (numéro du 29 juin). Je ne sais, mais il est fort probabe que Mathurin Régnier fut un blennorrhagien, ainsi que le fait penser l'ode à Ch.... p.... (1) qui lui est attribué,(2) car si Mathurin Régnier en est véritablement l'auteur ce serait là l'auto-observation d'une infortune urétrale dont il aurait eu la malchance d'être victime. Je la reproduis ici pensant qu'elle peut présenter quelque intérêt : d'abord en raison de son allure d'auto-observation permettant de faire le diagnostic de la blennorrhagie de Mathurin Régnier, puis comme curiosité, car elle est, je crois, peu connue. Dr L. BOULANGER.

Ma foy, je fus bien de la feste
Quand je fis chez vous ce repas,
Je trouvay la poudre à la teste
Mais le poivre était plus bas.

Vous me montrez un Dieu propice
Portant avec l'arc un bandeau,
Appelez-vous la c... de p....
Une flèche de Cupidon.

Mon cas qui se lève et se hausse
Bave d'une étrange façon ;
Belle vous fournissez la sauce,
Lorsque je fournis le poisson.

Las ! Si ce membre eut l'arrogance
De fouiller trop les lieux sacrés
Qu'on lui pardonne son offense
Car il pleure *assez* ses péchés !

Infâme bastard de Cythère
Fils ingrat d'une ingrate mère
Avorton, traître et dégénéré
Si je t'ay servi dès l'enfance
De quelle ingrate récompense
As-tu mon service abusé ?

Mon cas, fier de maintes conquêtes
En Espagnol portait la tête
Triomphant superbe et vainqueur.
Que nul effort n'eutsceu rabattre.
Maintenant lasche et sans combattre
Fait la cesse et n'a plus de cœur.

De tes autels une prêtresse
L'a réduit en telle détresse
Le voyant au choc obstiné
Qu'entouré d'onguent et de linge
Il m'est advis de voir un singe
Comme un enfant embéguiné

De façon robuste et raillarde
Pend l'oreille et n'est plus gaillarde
Son teint vermeil n'a plus d'éclat
De pleurs il se noye la face
Et fait aussi laide grimace
Qu'un boudin crevé dans un plat.

Aussi penaud qu'un chat qu'on chastre
Il demeure dans son emplastre
Comme en sa coque un limaçon
En vain d'arrasser il essaye
Encordé comme une lamproye
Il obéit au caveçon.

(1) Je tiens d'un bibliophile fort érudit qui connaissait très bien l'œuvre de Mathurin Régnier, qu'il avait tout particulièrement étudié, cette poésie dont, jusque-là, j'ignorais l'existence.

(2) non sans quelque apparence de fondement car ainsi que le dit Larousse dans son Dictionnaire les vers de Régnier écrits « dans une langue franche et imagée sans pleines de verve et d'énergie mais souvent licencieux ».

Une salive mordicante
De sa narine distillante
L'ulcère si fort par-devant
Que crachant l'humeur qui le picque
Il bave comme un pulmonique
Qui tient la mort entre ses dents.

Ha ! que cette humeur languissante
Du temps jadis est différente
Quand brave, courageux et chaud
Tout passait au fil de sa rage,
N'était si jeune pucelage
Qu'il n'enfilat de prime assaut.

Apollon, dès mon âge tendre,
Poussé du courage d'apprendre
Auprès du ruisseau Parnassien
Si je t'invoquai pour poëte
Ores en une douleur secrette
Je t'invoque pour médecin.

Sévère roy des destinées,
Mesureur des vites années,
Cœur du monde, œil du firmament,
Toy qui présides à la vie,
Guéry mon cas, je t'en supplie
Et le conduis à sauvement.

Pour récompense, dans ton temple
Servant de mémorable exemple
Aux jouxteurs qui viendront après,
J'appendray la même figure
De mon cas malade en peinture
Ombragé d'ache et de cyprès.

Chassaignac (1804-1879). — Chassaignac naquit à Nantes le 24 décembre 1804. Un traité d'anatomie prêté par Sue décida de sa vocation. Après cinq années d'études médicales à Nantes, il vint à Paris en 1830. Mais quand il se présenta à l'inscription du concours d'internat, un réglement, fixant à vingt-cinq ans la limite d'âge, lui ferma cette voie ; il se tourna alors vers la Faculté qui devait lui réserver tant de déboires : reçu agrégé en 1835, Chassaignac, pendant seize ans, concourut sans succès pour l'obtention d'une chaire à la Faculté !

Ce fut d'abord en 1836, pour la chaire d'anatomie : Breschet l'emporta. En 1844, la chaire de médecine opératoire fut attribuée à Blandin ; et cette fois encore, Chassaignac n'obtint pas la place de chef des travaux anatomiques, pas plus qu'il ne l'avait obtenue après le départ de Breschet. Même insuccès en 1842, en 1846, en 1848, en 1850, en 1851, où Bérard, Denouvilliers, Laugier, Malgaigne, Nélaton furent nommés. Et Chassaignac cessa de concourir, un décret impérial ayant supprimé le concours en 1852.

Ce fut peut-être un bien. Libéré de ce travail de préparation rude et acharné, Chassaignac put se livrer tout entier à l'examen des questions originales où le guidait son esprit. C'est de 1851 à 1860 qu'il expose sa nouvelle technique de la trachéotomie et qu'il publie ses *Cliniques chirurgicales*, son *Traité de l'écrasement linéaire* et son *Traité de la suppuration et du drainage chirurgical.*

Elu membre de l'Académie de médecine en 1868, Chassaignac mourut il y a cinquante ans, le 26 août 1879.

Il ne connut pendant sa vie ni les joies de la célébrité, ni les satisfactions de la fortune, et la postérité ne l'a guère dédommagé qu'en donnant son nom au tubercule carotidien qu'il a décrit. Son écraseur linéaire qui coupait les tissus par écrasement progressif n'a pas survécu à la révolution antiseptique. Mais le drainage chirurgical tel qu'il le conçut, avec des tubes de caoutchouc perforé, se pratique encore et, comme le dit le Professeur Lecène, le nom de Chassaignac mérite de vivre toujours du fait de cette belle invention.

M. G.

jeune Maupassant devinrent d'excellents maris et de parfaits pères de familles.

Mais il s'en trouvait qui entre la *phase-catin* et la *phase-vierge* éprouvaient le désagrément de devoir renoncer au mariage — souvent à tort ou à raison, à cause même de cette maudite syphilis. Rejetés de la Vierge vers la Catin d'aucuns s'aigrissaient, en venaient à exprimer des opinions sinon sincères, du moins méchantes sur l'Amour et sur la Femme.

Ne serait-ce pas le cas de Maupassant ?

Puis il faut tenir compte de la jalousie des écrivains contemporains, très heureux de dauber un rival, de souligner les balourdises d'un génie passablement ignorant des rites mondains d'une Société prétentieuse à laquelle il apportait de la sauvagerie, quelques outrances, les réactions fâcheuses de l'orgueilleux timide et dépaysé.

Maupassant fut il réellement un misogyne ?

Si mes souvenirs sont exacts — je ne garantis rien — il est de Maupassant ce roman que je lus il y a bien longtemps, *Une Vie*, et dont ma sensibilité fut émue à tel point qu'à plus de trente-cinq ans de distance le souvenir m'en demeure poignant. Ici encore pas de verbalisme, un enchaînement monotone et cruel de faits, mais tel que je ne puis concevoir celui qui aperçut d'un tel angle et conta ainsi cette vie comme un être dépourvu de sensibilité, encore moins comme un misogyne.

Quant à la capacité d'Amour et à la qualité de l'Amour de la jeunesse actuelle, nos petits-fils seuls pourront juger de leurs effets.

Ce que nous devons constater, c'est que la Femme devenue concurrente de l'Homme — concurrente souvent victorieuse et parfois jalousée — tend à se désexualiser.

Nous tendons à l'unisexualité.

La Femme entend vivre comme l'Homme, lui ressembler. Adieu secrets et mystères et les voiles allongés, frêle et formidable obstacle qui titillait les appétits... La Femme entend se dévêtir, devenir fruste et rude, sacrifier ses caractéristiques.

Ainsi s'est-elle débarrassée du plus magnifique de ses attributs sexuels : la chevelure ; gain pour des individualités, gain transitoire pour l'ensemble peut-être mais vraisemblablement, en fin de compte, *déficit pour le sexe*.

Car il est difficile de concevoir que la perte d'un attribut sexuel puisse se résoudre autrement que par un bénéfice de l'homosexualité.

L'homosexualité ne florit-elle pas aux pays des gens sans moustaches et sans barbe ?

Il paraît fort osé, je le crois, le moraliste qui condamnerait la jeunesse de Maupassant en faveur d'une jeunesse qui théoriquement vouée à la chasteté, je le veux bien, a remplacé le *dieu-Amour* par le *dieu-Argent*, le *dieu-Intelligence* par le *dieu-Sport* et qui louche aisément vers l'inversion sexuelle.

Et voilà encore un sujet de thèse pour Voivenel : et Lagriffe : L'*Amour, les cheveux et l'inversion sexuelle*.

Sous le signe du G. P. — Et maintenant que le critique — si mauvais soit-il — s'est exécuté, le voilà qui loin de se plaindre d'avoir trop de Voivenel à lire, se lamente parce qu'il n'en n'a pas suffisamment Ecris, écris, Voivenel.

Tu n'écris pas. Voiv(e)nel, assez abondamment

Courage Voivenel, nous attendons la suite.

Et nous ne serons pas déçus, car il est un stimulant.....

D'ores et déjà, voici notre Voivenel sous le signe du G. P. je veux dire de l'Académie.

Pourquoi G. P. ?

Ceci Voivenel, c'est encore mon secret et je ne te le livrerai qu'à l'occasion de l'une de tes œuvres prochaines.

En principe la candidature est absurde : Voivenel est un écrivain original et puissant. Or les Quarante ne s'incorporent en général avec quelques représentants de l'espèce éternelle des Vadius et des Trissotin que ceux qui, analphabètes ou non, sont capables en raison du prestige qu'exerce leur nom sur la foule absurde, de consolider la firme branlante de l'étroit collecteur.

Mais il n'est de règle sans exception.

Le besoin impérieux de durer pousse parfois l'Immortel décrépit à accorder quelque place au talent.

Notre Voivenel est assez fin pour découvrir le chemin de cette place rare entre les rares.

Et ce sera tant mieux.

Car rien n'est plus doux et réconfortant que d'admirer quand de l'intelligence pénètre des repaires d'ombre.

G. Espé de Metz.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'aluminium prédispose-t-il au cancer ?

Les Etats-Unis d'Amérique, ce pays du dollar, tantôt âprement envié, tantôt violemment détesté, sont devenus, pour certains esprits, un symbole frappant. Ainsi, lorsqu'on veut parler de choses solides et bien fondées, d'une valeur qui ne se déprécie point, l'exemple américain est volontiers invoqué. Malheureusement, ou peut-être heureusement, il ne suffit pas d'avoir une monnaie saine pour se montrer toujours, dans tous les domaines, d'une haute valeur. Lors de la solution ou de la simple discussion de problèmes scientifiques, on s'aperçoit tout particulièrement que la richesse n'y peut rien si l'argumentation est pauvre. Editions luxueuses, reliures splendides et tant d'autres signes extérieurs d'aisance ne compensent nullement l'absence d'une documentation inattaquable, basée sur des faits objectifs.

Notre petit préambule vise — avouons-le sans ambages — la campagne, engagée surtout en Amérique, contre l'aluminium, accusé de jouer un rôle cancérigène. Faut-il dire que l'aluminium est devenu la proie méritée des illuminés ou bien leur victime innocente ? Pour répondre à la question posée, nous ne pouvons mieux faire que d'examiner très attentivement les travaux du chef d'orchestre, à la fois bruyant et anti-aluminium, M. Betts. L'honorable confrère, quoique dentiste, a une prédilection spéciale pour l'étude du cancer. Il réunit tous les documents qu'il juge utile pour accuser l'aluminium et il suffit de lire ses travaux pour avoir une idée de la véritable croisade, entreprise avec des moyens qui ne sont, cependant, pas toujours sacrés.

Betts, pour appuyer sa théorie, déclare que l'aluminium est un poison, que le sulfate de soude d'aluminium est de l'alun, que le métal, à la base de la bauxite est de l'aluminium, etc. Il annonce également que la myocardite et l'apoplexie sont causées par des composés d'aluminium de telle sorte que la race humaine court au suicide.

En ce qui concerne spécialement le cancer, l'auteur prouve — et encore — une chose, à savoir que le cancer est en augmentation, mais, en vain, cherchera-t-on, dans le fatras des statistiques citées, une relation certaine entre le cancer et l'aluminium.

M. Betts, qui n'entraîne pas la conviction avec une argumentation solide, proclame toute une série d'affirmations qui demandent à être prouvées. Ainsi, dit-il :

Que l'aluminium ingéré, dans sa forme anorganique, est un poison pour toutes les formes de la vie animale ;

Que le sulfate de soude d'aluminium est de l'alun com-

mun. Il est employé dans la fabrication des poudres de levure d'alun ;

Que les composés d'aluminium sont solubles, peuvent être absorbés, et que, dans bien des cas, ils sont absorbés par le corps humain ;

Que l'aluminium n'est pas une partie constituante du corps humain et n'est pas un élément nécessaire à son bon fonctionnement ;

Que les composés d'aluminium précipitent dans le corps humain. L'auteur est d'opinion qu'il ne peut y avoir de doute à ce sujet. Le témoignage de quatre savants prouverait cette assertion, d'une façon claire et indiscutable ;

Que les effets toxiques des composés d'aluminium sont défavorables et tout aussi prononcés qu'ils soient pris des ustensiles de cuisine, des poudres de levure d'alun, en buvant de l'eau ou comme médicament d'après ordonnance ;

Qu'il n'est pas prouvé que les composés d'aluminium, une fois ingérés, sont dangereux, mais, pour un cerveau impartial, il y a des raisons de prévoir qu'ils sont dangereux et de nature toxique pour le corps, etc., etc.

Si l'on analyse les conclusions scientifiques de Betts, on y verra un exemple typique, comme le dit *The Journal of the American medical Association,* de la manière dont peuvent être comprises les statistiques médicales, par ceux qui n'ont pas la moindre conception de la chimie, de la médecine, et enfin de la statistique. Pour tout ce qui touche la dernière, disons tout simplement qu'avec la meilleure volonté, les innombrables chiffres cités ne démontrent pas qu'il y ait une augmentation alarmante de l'incidence du cancer. Quant au rôle cancérigène de l'emploi d'ustensiles de cuisine en aluminium, aucune preuve vraiment scientifique n'a été apportée.

Pour faire table rase des attaques contre l'aluminium en tant que produit pour la fabrication des ustensiles de cuisine, nous pouvons faire mention des résultats des investigations faites, en Grande-Bretagne, sous les auspices du Conseil médical des recherches. On indiqua que la cuisson, même de fruits acides et de légumes, pendant de longues périodes de temps, dans des casseroles en aluminium donnait si peu d'aluminium dans le jus qu'il était nécessaire de les soumettre à des analyses chimiques des plus délicates pour en trouver la présence. Non seulement des fruits, mais voire même des acides furent bouillis dans des casseroles en aluminium sans laisser plus que de légères traces d'aluminium.

Pour terminer, disons avec la rédaction du *Journal of the American Medical Association,* qu'il est difficile de comprendre pourquoi le dentiste Betts est si empressé à attaquer l'usage de l'aluminium et pourquoi sa brochure à un dollar est expédiée en si grand nombre et gratis dans toutes sortes de librairies et autres institutions publiques, aussi bien qu'aux marchands de quincaillerie. Il arrive très souvent que ce sont ceux qui, par la nature de leur entraînement professionnel, devraient être les premiers à protéger la confiance publique en ne répandant que des informations basées sur des faits scientifiques, abusent de l'éducation publique dans des choses concernant la santé.

« Les livres de Betts et de ses acolytes sont un essai « pernicieux pour développer un point de vue tout spécial « quant à la cause du cancer, sans la moindre évidence « scientifique sur laquelle il puisse s'appuyer ».

Ce dernier alinéa est la conclusion de l'organe officiel de l'*American Medical Association* et nous croyons bien faire en nous y associant pleinement. Peut-être l'avenir démentira-t-il jusqu'à un certain point ces conclusions, mais, pour le moment, ni le laboratoire, ni la clinique, ni la statistique — cette science qui, on ne le répètera jamais assez, est appelée parfois à faire les pires besognes au service de causes souvent inavouables — n'apportent de preuve, plus ou moins probante, en faveur du rôle cancérigène, voire même pathogène de l'aluminium.

G. ICHOK.

La souillure des villes par les excréments de chiens. (Marcel CLARC. Soc. d'hyg. publique, 15 juin 1929.)

Depuis longtemps, on connaît les maladies que les chiens vivant dans les appartements peuvent transmettre à leurs propriétaires : la rage, la tuberculose, le kyste hydatique, certains tœnias, la gale canine, la teigne, le kala-azar. Mais les seules qui puissent être transmises au passant qui, dans la rue, piétine les excréments de chiens malades, sont le kyste hydatique, maladie grave, mais rare, et peut-être la tuberculose. Mais si ces excréments n'étaient pas nocifs, ils n'en constitueraient pas moins une souillure des trottoirs des villes sur laquelle sont muets les règlements sanitaires et les ordonnances de police. Et cependant, par exemple, on sait qu'à Paris il est interdit de jeter sur les trottoirs du papier, même s'il est propre.

« L'auteur a dressé une statistique par année, arrondissement et catégorie de chiens parisiens ; 63.000 furent déclarés à Paris en 1927. Suivent de curieux détails sur les chiens de Constantinople.

« Quels remèdes imaginer contre la fécalisation des trottoirs de Paris ? L'auteur n'en voit aucun en dehors de l'interdiction des chiens dans les villes. Il rappelle cependant que la taxe municipale sur les chiens fut instituée en 1855, dans le but de diminuer le grand nombre des chiens et des cas de rage. Il pense que, pour des raisons sanitaires analogues, cette taxe pourrait être augmentée, afin de tenter de diminuer le nombre des chiens ou tout au moins de faire supporter aux propriétaires de chiens une légère charge pécuniaire en compensation des désagréments qu'ils procurent aux passants et des dépenses nécessitées par l'organisation actuelle ou à modifier des services de voirie.

La tête en position basse dans les opérations sur voies aériennes supérieures avec anesthésie générale. (M. MALHERBE, *Bulletin Médical*, 6 février 1929.)

La tête en *position basse et déclive* est la position de choix pour les opérations sur les voies aériennes supérieures avec anesthésie générale et que l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes ne saurait faire une exception.

Grâce à cette méthode, rien à craindre du côté des organes respiratoires, puisque sang et fragments de tumeur n'ont aucune tendance à pénétrer.

Pour la même raison, rien non plus à redouter du côté de l'appareil digestif, puisque pas de sang dégluti, et par conséquent pas ou peu de vomissements consécutifs.

« On nous prépare une vaste organisation de Cour des Miracles analogue à celle que peignit jadis Victor Hugo, où, le soir, tous les faux infirmes et les faux malades viendront se débarrasser de leurs béquilles, de leurs bandeaux d'aveugles et de leurs ulcères ».

LOUIS DE LAUNAY, *de l'Académie des Sciences* (Problèmes du temps présent. — Les Assurances sociales).



THÉRAPEUTIQUE

Avantages et dangers des préparations irradiées,

Par le Dr SAVIGNY.

Les préparations irradiées sont à la mode, c'est un fait. Elles sont actives, très actives, c'en est un autre. Aussi arrive-t-il que les doses thérapeutiques utiles sont parfois dépassées, chez les enfants notamment, par des parents, qui, ayant remarqué les bons effets produits par les doses initiales prescrites, les augmentent inconsidérément avec l'idée que cela fera mieux encore.

Alors apparaît l'intolérance, avec anorexie, troubles digestifs, fièvre et albuminuerie, liés à une hypercalcémie trop élevée. Intolérance tutélaire, d'ailleurs, qui tend à préserver l'organisme de la surcharge calcique, sanguine et viscérale, qui suivrait l'ingestion de doses vraiment excessives, comme cela a été observé chez les animaux d'expérience par Hess et Lewis, par Pfannenstiel, par Ketmait et Moll, par Reyer, qui ont signalé chez le lapin, le rat, le cobaye, le chat et le chien, des calcifications vasculaires avec sclérose calcaire plus ou moins généralisée.

Médication très active, — lorsqu'elle est vraiment à base d'une ergostérine irradiée suivant la méthode qui permet de doter celle-ci d'une charge photochimique maxima, — les préparations irradiées peuvent être extrêmement utiles, mais elles peuvent aussi être toxiques, et dépasser leur but thérapeutique si leur posologie n'est pas scrupuleusement respectée. Sous leur influence les symptômes rachitiques s'atténuent progressivement, pour disparaître complètement, suivant la gravité du cas, dans un espace de temps de 4 à 10 semaines. Le surdosage des substances irradiées, comme d'ailleurs de l'irradiation directe, ne peut abréger ce délai, les os spongieux et décalcifiés du rachitique ne pouvant se reminéraliser que par un processus physiologique de mobilisation métabolique, qui ne peut et qui ne doit pas s'effectuer trop rapidement.

L'abondance des travaux dont l'ergostérine irradiée a fait l'objet depuis quelques mois a suscité la présentation au corps médical de nombreuses préparations irradiées. Il en est d'excellentes, d'autres sont plus discutables. L'essentiel est de prescrire une préparation qui contienne une proportion définie d'une ergostérine efficacement radio-activée et sous une forme qui assure sa bonne tolérance et sa posologie dans de justes limites. Un des avantages du *fortossan irradié* (inositohexaphosphate de soude, + ergostérine radio-chargée à la lampe de quartz, est de ne pas donner prise à ces erreurs posologiques ; présenté en poudre et prescrit par cuillères à café, le nombre de celles-ci ne peut guère être augmenté par des parents trop pressés de voir s'accentuer les premiers résultats et voulant faire mieux encore que leur médecin. Au surplus dépasserait-on quelque peu la dose prescrite, que l'on serait loin encore de la dose dangereuse, puisque deux cuillerées à café (dose quotidienne habituelle) ne correspondent qu'au quart de milligramme d'ergostérine irradiée, dont la dose limite est de 6 ou 7 milligrammes. Les accidents graves d'hypervitaminose chez les animaux d'expérience ont été provoqués par des doses encore dix fois plus élevées.

Un autre avantage du fortossan irradié est de présenter à l'organisme, simultanément, le phosphore assimilable et son agent fixateur calcique, d'où remarquable activité eutrophique de cette préparation. Les expériences de ces dernières années ont montré qu'il n'y a pas de différence essentielle entre les résultats que l'on obtient avec une bonne préparation irradiée et ceux de l'irradiation par la lampe de quartz ou l'héliothérapie. Mais l'administration de l'irradiation « intégrée » est souvent préférable chez les jeunes nourrissons, et à plus forte raison chez les prématurés et les débiles, parce qu'elle leur évite les refroidissements, les érythèmes et les risques de contamination de la chambre d'irradiation commune ou de l'exposition à l'air libre.

Un troisième avantage, enfin, est que l'ergostérine activée du fortossan irradié est *protégée* contre les déperditions qu'elle subit assez rapidement à l'état libre, et qu'ainsi elle conserve longtemps toute sa valeur curative ; elle est mieux tolérée aussi que sous forme de solutions huileuses, avec lesquelles on observe parfois de la dyspepsie et des selles diarrhéiques.

En raison de cette activité thérapeutique et des garanties posologiques que l'on trouve dans sa prescription, qui ne se prête pas aux errements par excès des malades, le fortossan irradié est une préparation dont on peut user sans crainte aussi bien dans le rachitisme de l'enfant, qui constitue son indication première, que dans les affections de l'adulte, telles que l'ostéomalacie, la tétanie, l'anémie pernicieuse, les fractures non consolidées, les états prétuberculeux phosphaturiques, spasmophiliques, où la dystrophie calcique est toujours en cause.

VARIÉTÉS

Trois médaillons de nobles têtes coupées

I. Lucile Duplessis-Desmoulins.

Aucun nom féminin n'est plus pur que le tien,
Lucile Desmoulins, amoureuse et stoïque,
Epouse simple, douce et pourtant héroïque,
D'un brouillon génial et faible seul soutien.

Quand il quittait brisé l'arène politique,
Où son talent servait le mal comme le bien,
Ton Camille oubliait sur ton cœur énergique
La blessure saignante au cœur du citoyen.

Qui lira les yeux secs cette lettre sublime, (1)
Tendres cris de douleur d'éloquente victime
Et déchirant adieu que sa voix t'a jeté ?

Vos âmes d'un seul nœud unissaient vos deux vies ;
De bien près dans la mort elles se sont suivies :
Que vos noms soient unis par la postérité !

II. Madame Roland.

De Jean-Jacques Manon Phlipon s'était nourrie
Et, la Vertu Romaine étant son idéal,
Enflamma ses amis, —sa « Gironde chérie » —,
D'ardeur au bien public, et d'esprit libéral.

Du grave et vieux Roland la discrète Egérie,
Mère, n'eut pour l'époux qu'un respect amical ;
Mais, d'amour pour Buzot secrètement meurtrie,
Elle ne faillit pas à l'honneur conjugal.

(1) « Adieu, Loulou ; adieu, mon bon soutien ; adieu, ma vie, mon âme, ma divinité sur la terre .. Je vois fuir devant moi le rivage de la vie. Je vois encore Lucile, je la vois, ma bien aimée ! Oui, te voilà ! Mes mains liées t'embrassent, mon cœur palpite encor pour toi et ma tête séparée ouvre encor ses yeux mourants sur Lucile. » — Ton Camille.

Mourir avec grandeur est la plus sûre marque
A laquelle on connaisse un Héros de Plutarque :
Manon marche au trépas avec sérénité.

La victime innocente, et tout de blanc vêtue,
Dit, de la Liberté saluant la statue :
« Que de crimes commis en ton nom, Liberté ! »

III. Charlotte Corday.

Dans le sabot de cuivre (1) et son bain de santé
L'ami du peuple est mort, l'horrible pamphlétaire,
Fou d'envie orgueilleuse et de férocité,
Marat, abject et lâche autant que sanguinaire.

Le pinceau de David nous l'a représenté :
Ce visage terreux de reclus volontaire,
Ce bras maigre qui pend inerte vers la terre,
En plein cœur le couteau par Charlotte planté !

Une enfant de vingt ans, éprise de justice,
S'était dit : « Par ma main qu'un tel monstre périsse !
« Vengeons tant d'innocents : pour la France il le faut. »

Vierge pure, assassin ? — Oui ; du sang des Corneille (2),
Sans remords, elle cite aux siens le vers merveille :
« Le crime fait la honte, et non pas l'échafaud ! »

Paul LE GENDRE.

(1) On appelait « sabot », à cause de sa forme, la baignoire de cuivre, en partie couverte, dans laquelle Marat prenait ses bains médicinaux (Renseignement fourni à V. Sardou par le Dr Galtier, qui en 1854 occupait le logis non modifié de Marat, 20, rue des Cordeliers, et transmis à Le Nôtre et à G. Cain. — (Promenades dans Paris).

(2) On sait que ce vers fameux, cri digne du Grand aîné, est du médiocre cadet, dans *le Comte d'Essex*, et que Charlotte était une arrière-petite nièce de Pierre et de Thomas. Elle le citait dans la lettre qu'elle écrivit à son père en partant pour Paris secrètement, après avoir pris sa résolution meurtrière.

NOUVELLES

Circulaire relative à la réorganisation des dispensaires de salubrité en vue d'assurer un meilleur contrôle sanitaire de la prostitution.

Le ministre de l'intérieur et le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales viennent d'adresser aux préfets la circulaire suivante :

Les instructions générales du 20 août 1926, du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, en complétant les circulaires des 31 mai 1916 et 5 juin 1917 ont eu pour effet d'organiser dans les meilleures conditions d'efficacité le traitement des personnes atteintes de maladies vénériennes. Mais il importe également en vue de limiter les ravages du fléau et afin de poursuivre son extinction définitive, d'intensifier les mesures relatives à la prophylaxie et au traitement des maladies vénériennes chez les prostituées.

La circulaire du 1er juin 1919 émanant du ministère de l'intérieur, directions de l'assistance et de l'hygiène publiques et de la sûreté générale, avait posé relativement au contrôle sanitaire de la prostitution des principes excellents mais qu'il y a lieu aujourd'hui de rappeler et même de reviser sur certains points car, avant 1919 « sous l'influence de l'indifférence et de la routine, le but même de ce contrôle a été dans de très nombreux services perdu de vue ; il est même exercé plus généralement dans des conditions si médiocres que loin de permettre la réalisation de l'objet poursuivi, il lui fait obstacle par son peu d'utilité et le discrédit qu'il jette sur les organisations administratives relatives à la prostitution ».

Mais la circulaire du 1er juin 1919 se bornait à donner des conseils, et l'insuffisance des résultats obtenus par ces conseils rend aujourd'hui nécessaire d'agir de façon plus effective.

Dans tous les cas où existe dans votre département une ville dotée des services de la police d'Etat, vous voudrez bien prendre dès maintenant les dispositions nécessaires pour que les mesures prescrites par les présentes instructions soient immédiatement appliquées. Vous adresserez en conséquence au ministère de l'hygiène, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, service de prophylaxie des maladies vénériennes, des propositions précises tendant à organiser sur les bases indiquées ci-dessous les services de contrôle sanitaire des prostituées.

Si les frais entraînés par cette organisation, une fois approuvée par le ministère de l'hygiène, dépassent les frais entraînés par les services actuels, la différence fera l'objet d'une subvention annuelle des services de l'hygiène.

Vos propositions devront parvenir à l'administration de l'hygiène avant la fin de l'année 1929 de façon à pouvoir être appliquées dès le début de 1930.

En ce qui concerne les villes possédant une police municipale, vous voudrez bien, en leur adressant copie des présentes instructions, insister auprès d'elles pour les engager à organiser leur service de contrôle sanitaire des prostituées conformément aux présentes instructions.

Vous leur indiquerez que ce faisant elles bénéficieront, conformément à leurs besoins réels, et après approbation par les soins du ministère de l'hygiène de leurs demandes présentées avec avis favorable de votre part, du concours financier de l'administration de l'hygiène en vue d'une participation effective au traitement du personnel médical et du personnel auxiliaire. La fourniture gratuite des médicaments spécifiques sera également accordée dans les mêmes conditions que pour les dispensaires antivénériens.

Je ne doute pas que la grande majorité des municipalités soucieuses à la fois de faire fonctionner dans de meilleures conditions leurs services de contrôle sanitaire des prostituées et de les faire fonctionner en ménageant les fonds communaux mettront le plus grand empressement à accepter vos propositions.

Vous voudrez bien alors transmettre leur projet de réorganisation et leurs demandes de subventions au ministère de l'hygiène.

Si par contre, certaines communes préfèrent ne pas modifier leur organisation actuelle vous voudrez bien me faire connaître de façon détaillée le fonctionnement de celle-ci et s'il résulte de cet examen que les conditions de fonctionnement du contrôle sanitaire sont défectueuses, il sera alors nécessaire de les informer que conformément aux circulaires du 2 février 1915 et du 1er juin 1919 du ministère de l'intérieur et étant donné l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, elles s'exposent à voir vos pouvoirs se substituer à ceux des maires.

La circulaire du 1er juin 1919 rappelait déjà en effet que les préfets doivent exercer, en ce qui concerne la réglementation de la prostitution, tant directement qu'avec le concours de leurs collaborateurs qualifiés, une action de contrôle et, quand il y a lieu, d'initiative, et que la substitution des pouvoirs des préfets à ceux du maire dans une commune déterminée est désirable au cas où, par suite de l'inertie ou du mauvais vouloir de ce magistrat, la protection de la santé publique ne serait pas suffisamment assurée. Afin d'éviter d'ailleurs de prendre des mesures de cette nature à l'égard d'une seule commune et, étant donné qu'il est préférable, comme le rappelait la circulaire du 1er juin 1919, que l'action préfectorale s'exerce sur des groupes de communes en vue d'appliquer une réglementation uniforme, il y aura lieu de n'employer cette procédure qu'en dernier recours et à la fois pour les communes qui auraient refusé d'améliorer de leur plein gré une situation non seulement non conforme aux présentes instructions mais en plus réellement et nettement défectueuse et contraire à une protection efficace de la santé publique.

Pour ces communes, des arrêtés indiquant dans leurs considérants le motif de la décision adoptée et précisant les moyens d'exécution devront, après avoir été approuvés par les ministères de l'intérieur et de l'hygiène, être pris par vos soins.

Il va de soi qu'étant donnée la difficulté de réunir dans un même texte, des mesures applicables à des localités qui peuvent être très éloignées ou très dissemblables, urbaines ou rurales, industrielles ou agricoles, fréquentées par une population saisonnière, centres de marchés ou de foires, etc, il y aura lieu de n'insérer dans le texte de ces arrêtés que des dispositions d'ordre très général. Mais je ne doute pas que la quasi-totalité des communes intéressées acceptera de bien vouloir se conformer, de leur plein gré et au besoin avec telles ou telles modifications qui devront être ratifiées par le ministère de l'hygiène, aux présentes instructions générales.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

RELATIVES AUX CONDITIONS DANS LESQUELLES DEVRA S'EXERCER LA SURVEILLANCE SANITAIRE DES PROSTITUÉES

1° *Nomination des médecins.*

La nomination par les préfets dans les villes dotées d'une police d'État, par les maires dans les villes dotées d'une police municipale des médecins chargés du service sanitaire (médecins chefs et éventuellement des médecins adjoints dans les services importants où un seul titulaire ne suffirait pas) devra être soumis à l'agrément du ministre de l'hygiène, agrément qui sera accordé :

1° S'il s'agit d'un spécialiste à compétence reconnue (professeur d'école ou de faculté ; chef de clinique ; médecin spécialisé du dispensaire antivénérien de la ville ; médecin nommé au concours chef d'un service hospitalier spécialisé de dermatosyphiligraphie, médecin pour lequel mon agrément est demandé par le professeur de dermatosyphiligraphie de la faculté ou de l'école de médecine du ressort.

2° S'il s'agit d'un médecin présenté sur résultats d'un concours sur titres ou sur épreuves, dans le jury duquel auront été compris, le professeur de dermatosyphiligraphie de la faculté ou de l'école de médecine dans le ressort duquel se trouve le dispensaire, un représentant du ministère, et si possible un représentant des syndicats médicaux.

3° S'il s'agit d'un médecin dont l'agrément est demandé par la commission de prophylaxie des maladies vénériennes, jugeant sur le vu d'un rapport présenté par le service de prophylaxie des maladies vénériennes du ministère de l'hygiène.

En cas de plusieurs candidatures la préférence sera donnée au médecin le plus compétent en dermatosyphiligraphie et, si possible, au médecin déjà chargé du dispensaire antivénérien.

Le refus de l'agrément du ministère de l'hygiène empêche l'attribution de toute subvention.

Les propositions qui me seront transmises par vos soins pour la nomination d'un médecin de dispensaire de salubrité, devront obligatoirement être accompagnées de l'avis du médecin chef chargé du contrôle technique des services de salubrité dans le département, médecin dont le rôle est précisé ci-dessous.

De plus, la pratique qui consiste à répartir les attributions entre plusieurs médecins qui s'en acquittent à tour de rôle, dont les uns voient les femmes en maisons et les autres les femmes isolées doit être abandonnée immédiatement et à titre définitif ; le service du dispensaire de salubrité lui-même ne peut en aucun cas être fait par roulement.

Ainsi que l'indique la circulaire du 1er juin 1919, « une telle façon de procéder qui tend exclusivement à faire bénéficier d'une rémunération le plus grand nombre possible de médecins n'est pas compatible avec un bon fonctionnement du service, subordonné ainsi à la satisfaction d'intérêts particuliers ».

Les médecins, membres des assemblées municipales votant le budget communal, ne peuvent y émarger et ne doivent en conséquence être chargés du service de salubrité.

Par contre les médecins directeurs des bureaux d'hygiène pourront être admis à l'assurer si, par ailleurs, ils remplissent les conditions nécessaires.

2° Assistantes des médecins.

Etant donné que les médecins procèdent le plus souvent à la visite des isolées sans être assistés d'une femme alors que, dans les maisons de tolérance ils le sont par la tenancière ou une employée, et qu'il est à tous égards nécessaire qu'une personne qualifiée et rémunérée à cet effet par la municipalité prête au médecin son concours, les mesures conseillées à cet égard par la circulaire de 1919 devront être considérées comme impératives.

De même les agents de police ne sauraient se tenir dans la salle de visite dont la porte doit être fermée.

3° Locaux.

Les locaux de visite sont en général très défectueux.

Il semble que l'on se soit surtout préoccupé de choisir ces locaux aussi près que possible du quartier où les femmes se rencontrent en plus grand nombre, et de faire le minimum de dépenses pour l'installation d'un service considéré à tous égards comme peu intéressant. On a utilisé dans beaucoup de villes des immeubles exigus mal disposés, mal éclairés et d'aspect misérable, au voisinage immédiat des maisons de tolérance. L'emploi des locaux municipaux n'est souvent pas plus heureux.

Ces constatations figurent déjà dans la circulaire du 1er juin 1919 et l'attention des municipalités ne saurait être trop appelée sur cette importante question car l'œuvre sanitaire ne saurait être normalement assurée dans de semblables conditions. Il faut rompre avec ces pratiques aussi fâcheuses au point de vue du contrôle médical qu'à celui de l'impression produite sur les femmes qui en sont l'objet.

Les locaux de visite doivent être évidemment placés de préférence sur une voie peu fréquentée et le plus près possible du quartier de la prostitution, mais, avant tout, dans un immeuble convenable et adapté à cette destination.

Sans doute il ne peut être question, pour améliorer les locaux, de les transformer immédiatement, mais la campagne d'ores et déjà entreprise pour les dispensaires antivénériens proprement dits doit s'étendre maintenant aux dispensaires de salubrité. Il vous appartiendra, ainsi qu'aux municipalités, de me faire à cet égard toutes propositions utiles.

Dans la mesure des crédits mis à la disposition de mon département par le Parlement, les subventions nécessaires pourront être accordées.

4° Dispositions concernant les visites.

La circulaire précitée du 1er juin 1919 rappelait que l'examen préventif des femmes n'a quelquefois lieu que tous les dix ou quinze jours. Il est indispensable, et c'est là un point capital, que les visites aient lieu, au minimum, deux fois par semaine.

Visites des femmes isolées.

Je ne puis que rappeler les prescriptions de la circulaire du 1er juin 1919 :

« En ce qui concerne les femmes isolées, l'expérience démontre que c'est une erreur de les appeler toutes ensemble à la visite sans tenir compte des conditions, cependant différentes, dans lesquelles elles se trouvent. Or, beaucoup de ces femmes attachent à n'être pas mêlées aux plus misérables ou à celles dont la tenue laisse le plus à désirer une importance telle que le moyen le plus sûr d'assurer leur assiduité est de leur permettre de se présenter à un jour différent des premières.

A fortiori, convient-il de ne pas mêler aux femmes de la première catégorie celles qui, sans être inscrites, se soumettent volontairement au contrôle sanitaire.

En outre des femmes visitées périodiquement, le médecin aura à voir celles qui, ne s'étant pas présentées à la visite au jour prescrit, y seront soumises ultérieurement, celles qui, n'étant pas inscrites mais ayant été l'objet de plaintes ou de constatations défavorables s'y soumettront volontairement, et au nombre desquelles doivent être comprises les mineures de dix-huit ans dont la non-inscription ne saurait faire obstacle à une surveillance d'autant plus nécessaire que ces jeunes filles sont les plus dangereuses.

La visite, et c'est là un point essentiel, ne devra jamais être faite chez le médecin ou dans un local à lui, mais toujours dans les locaux du service de salubrité.

Visites des femmes en maisons.

Les femmes en maison sont généralement visitées dans les maisons mêmes. Cette pratique est admissible dans la mesure où les conditions matérielles y sont suffisantes. Il appartient aux maires

d'exiger qu'elles le soient, notamment au point de vue de l'éclairage.

Un point important en ce qui concerne les maisons de tolérance est celui des visites, *à l'arrivée et aux départ des femmes* au départ surtout, ce départ étant précisément motivé, dans un grand nombre de cas, par leur état de santé.

Visites dans les maisons de rendez-vous.

Pour les maisons de rendez-vous, les visites sanitaires doivent avoir lieu dans les mêmes conditions que pour les maisons de tolérance, car le fait que les femmes peuvent être inscrites seulement sur le registre de la maison ne modifie en rien la situation au regard du médecin chargé de s assurer de leur état sanitaire. Celui-ci sera exclusivement le médecin de l'administration. Si les femmes fréquentant la maison de rendez-vous sont inscrites sur le registre municipal, elles n'ont pas à être examinées de nouveau.

5° *Contrôle sanitaire.*

Technique du dépistage.

Nous avons dit plus haut que l'examen médical de dépistage préventif et de contrôle doit avoir lieu deux fois par semaine ou plus si nécessaire ; cet examen doit être complet :

1° Examen clinique ;
2° Examen bactériologique (recherche du gonocoque) ;
3° Examen sérologique.

Examen clinique.

Il suffira ici d'insister sur la nécessité d'un examen complet et méticuleux.

Contrôle bactériologique.

Les services importants devront posséder eux-mêmes le matériel de laboratoire nécessaire et procéder aux examens par leurs propres soins.

En cas d'impossibilité, une entente précise devra être établie avec le laboratoire départemental, municipal ou hospitalier le plus proche, afin que les examens soient faits en série sans que, dans aucun cas, on puisse invoquer des difficultés d ordre pratique pour ne pas procéder à ces examens.

Si ces difficultés existent néanmoins, elles devront être signalées à mon administration en vue d'une solution et l'on ne devra pas attendre le contrôle pour s'apercevoir que ces difficultés avaient besoin d'être résolues.

Contrôle sérologique.

Le contrôle sérologique est obligatoire, comme le rappelait déjà la circulaire du 1er juin 1919. Les laboratoires centraux de sérologie sont à la disposition gratuite des services de salubrité. Néanmoins, après agrément par le ministre de l'hygiène, les grands services pourront procéder eux-mêmes de façon autonome au contrôle sérologique, à la condition qu'ils soient constitués de façon telle qu'ils offrent toutes garanties. De même, et après autorisation du ministre, les services de salubrité pourront s'adresser, plutôt qu'à un laboratoire leur appartenant ou à un laboratoire central pouvant être trop éloigné, à un laboratoire agréé par mon administration.

Consignation des résultats.

Le ministre de l'hygiène mettra gratuitement à la disposition de tous les services de salubrité les imprimés nécessaires, analogues à ceux déjà établis pour les dispensaires antivénériens et qui devront obligatoirement être tenus. Ces imprimés sont les suivants :

1° Un cahier de mouvement du service ;

2° Des fiches de traitement étant la propriété du service et devant y rester ;

3° Un carnet individuel appartenant à la femme et qu'elle doit présenter chaque fois qu'elle vient dans un service soit pour dépistage soit pour traitement. Le nom de la femme ne sera pas inscrit sur ce carnet, mais il sera remplacé par un numéro d'ordre avec indication du dispensaire d'origine. De plus, les femmes devront être munies d'une carte d'identité avec photographie de profil et de face ; un numéro d'ordre identique à celui du carnet figurera sur cette carte.

6° *Traitement.*

Femmes non contagieuses.

Il ne doit pas être question un seul instant d'hospitaliser les femmes non contagieuses, il faut les soigner, et les soigner dans le sein même du service de salubrité.

Le plus simple est de mettre à profit pour les traiter, leurs visites obligatoires périodiques au service de dépistage. Il ne saurait être question d'avoir un médecin spécial pour le dépistage et un médecin spécial pour le traitement. C'est au médecin du service de salubrité, et éventuellement à ses adjoints, qu'il appartient de faire le nécessaire.

Il ne saurait être admis que les femmes soient autorisées à être traitées en dehors du service de salubrité. Par exception, l'autorisation peut être donnée, à titre individuel, à certaines femmes isolées, de se faire soigner plutôt à la consultation du dispensaire lui-même, à la condition formelle que le médecin de ce dispensaire et le médecin du service de salubrité ne fassent qu'un.

Dans la pratique, le traitement complémentaire ou de consolidation, dit ambulatoire, des femmes syphilitiques non contagieuses, est de toute importance et doit être considéré aussi sérieusement que le dépistage des cas contagieux, puisque c'est pratiquement le meilleur moyen d'empêcher la réapparition des accidents contagieux.

L'admission à l'hôpital pour le traitement d'une femme non contagieuse doit être absolument interdit.

Traitement des prostituées contagieuses.

Je ne puis, en ce qui concerne ce point, que reprendre les prescriptions de la circulaire du 1er juin 1919 en insistant :

1° Sur la nécessité de confier, dans la limite du possible, le service hospitalier des prostituées hospitalisées au médecin du dispensaire ou au médecin du service de salubrité ;

2° De ne conserver les femmes à l'hôpital qu'aussi longtemps qu'elles sont contagieuses, un traitement ambulatoire devant aussitôt remplacer le traitement hospitalier dès la disparition des accidents contagieux ;

3° Sur le fait que pour faciliter l'installation de services convenables, mon administration est disposée à apporter son concours financier aux améliorations jugées utiles, une décision spéciale intervenant naturellement pour chaque cas.

7° *Contrôle technique départemental.*

La nécessité d'un contrôle technique départemental des différents services sanitaires de salubrité et des services hospitaliers réservés aux prostituées, répartis dans chaque département, s'impose.

Il est trop de petites localités dotées de tels services pour que chacun d'eux puisse être contrôlé directement par les soins du service central de l'hygiène.

Ce contrôle technique devra donc être assuré dans chaque département par un médecin spécialement désigné à cet effet par le préfet après agrément du ministre de l'hygiène. Ce médecin pourra être suivant le cas le médecin chef du centre de prophylaxie antivénérienne du chef-lieu, l'inspecteur départemental d'hygiène, le directeur du bureau d'hygiène du chef lieu ou de la principale ville du département, le médecin chef du service de salubrité de la principale ville du département.

Le médecin chargé du contrôle devra l'assurer lui-même avec l'aide éventuelle d'un adjoint désigné par le préfet sur sa proposition après agrément de l'administration de l'hygiène et cela d'une façon permanente et sur place.

Il devra surtout vérifier la stricte exécution des prescriptions faisant l'objet de la présente circulaire, et sans avoir l'entière responsabilité de la bonne marche des services, il aura le devoir de vous fournir de façon précise sur leur bon ou mauvais fonctionnement toutes indications utiles que vous voudrez bien ensuite me transmettre.

De plus, toute femme soumise au contrôle médical, soit isolément, soit en maison de tolérance, soit en maison de rendez-vous, devra, à son arrivée dans le département ou au moment de son inscription, se présenter au dispensaire antivénérien central du chef-lieu ou au dispensaire annexe de salubrité le plus proche du lieu où elle se trouve agréée dans ce but par le médecin chargé du contrôle technique, et cela dans les vingt-quatre heures pour la femme résidant dans une localité pourvue de tel dispensaire, dans quarante-huit heures pour celle obligée de se déplacer.

Les résultats de l'examen complet clinique, bactériologique et sérologique qui sera pratiqué seront aussitôt communiqués au médecin chargé du contrôle technique et au médecin chargé du service de salubrité de la ville dans laquelle se trouve la prostituée.

Toute prostituée placée sous la surveillance médicale qui n'aurait pas été examinée depuis plus de deux mois, soit par le dispensaire central du chef-lieu du département dans lequel elle habite, ou par un dispensaire annexe agréé, soit par le dispensaire central ou le dispensaire annexe agréé d'un autre département, devra également se présenter à l'expiration de ce délai de deux mois au dispensaire central ou au dispensaire agréé.

Le même examen clinique, bactériologique et sérologique devra être pratiqué.

Lorsque le médecin chargé du contrôle technique jugera utile de soumettre plus fréquemment à ce contrôle telle femme donnée, celle-ci devra se présenter au service désigné par lui aux dates

qu'il fixera ; des visites quotidiennes pourront même être imposées.

Les médecins des services locaux de salubrité seront tenus de déclarer au médecin chargé du contrôle technique toute femme mise en traitement par leurs soins.

Les tenancières de maisons de tolérance ou de maisons de rendez-vous, sous peine de fermeture de leurs établissements, devront déclarer elles-mêmes au médecin chargé du contrôle technique toute pensionnaire en traitement.

Tous ces examens indépendants de la visite médicale bi-hebdomadaire seront effectués gratuitement.

Le médecin chargé du contrôle technique devra s'assurer que toutes les prostituées sont bien en possession de leurs carnets de traitement et prendre les mesures nécessaires pour alimenter de façon permanente les services de salubrité, des imprimés nécessaires à leur fonctionnement.

Le médecin chargé du contrôle technique réunira également les statistiques de l'activité des services de salubrité, statistiques qui devront être adressées régulièrement tous les trimestres au ministère de l'hygiène, dans les mêmes conditions que les statistiques des services antivénériens.

Comme il avait été indiqué plus haut, les présentes instructions générales ont uniquement pour but d'assurer un contrôle sanitaire efficace des prostituées soumises à la surveillance médicale en vertu des lois et règlements en vigueur.

Il est toutefois évident que le fait d'assurer dorénavant un contrôle efficace des prostituées surveillées n'aura d'action pratique antivénérienne que si y sont réellement inscrites toutes les prostituées.

J'attire en conséquence votre attention et vous prie d'attirer celle des maires sur les prescriptions de la circulaire du 2 février 1915 du ministère de l'intérieur, qui rappelait aux maires les pouvoirs qu'ils tiennent de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, et d'après lequel ils peuvent ordonner l'inscription d'office des prostituées clandestines sur le registre de police et soumettre l'inscrite aux prescriptions sanitaires édictées par arrêté municipal dans l'intérêt de la santé publique, droit qui a été reconnu à l'autorité municipale par plusieurs arrêts de la cour de cassation.

Je vous rappelle également les termes de la loi du 1er octobre 1917 sur la police des débits de boisson, dont les articles 10, 11 et 12 interdisent à tous les cafetiers, cabaretiers, tenanciers de café-concert et autres débitants de boissons à consommer sur place d'employer ou de recevoir habituellement des femmes de débauche ou des individus de mœurs spéciales pour se livrer à la prostitution dans leurs établissements ou les locaux y attenant.

Cette loi, dont la portée sociale est considérable, est trop généralement méconnue. Conformément à la circulaire du 20 décembre 1924 du ministère de l'hygiène, il vous appartient de demander vous-même, en cas de nécessité, l'intervention du procureur de la République près le tribunal d'arrondissement dans le ressort duquel le délit a été consommé, ce magistrat ayant qualité pour exercer l'action publique et poursuivre les délinquants.

Vous voudrez bien informer les maires, et par leurs soins les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène, la gendarmerie, les médecins inspecteurs départementaux d'hygiène, les médecins des dispensaires antivénériens et tout particulièrement les médecins chargés du contrôle sanitaire technique des prostituées dans le département qu'ils ont à vous signaler tous les actes délictueux visés plus haut qui pourraient être portés à leur connaissance. Il vous appartiendra ensuite d'agir auprès du procureur de la République, en ayant soin d'adresser au ministère de l'Intérieur et au ministère de l'Hygiène duplicata de vos interventions.

Il y a lieu, en terminant, d'attirer tout spécialement votre attention, comme l'avait déjà fait la circulaire du 1er juin 1919, sur le fait que les présentes instructions n'ont pas pour but de prendre en quoi que ce soit des mesures pour ou contre le système réglementariste, mais de rendre rationnelles et efficaces les dispositions actuellement en vigueur dont l'application est restée totalement insuffisante.

NOUVELLES

Syndicat des médecins de la Seine. — L'ordre du jour suivant a été voté par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa séance du 12 juillet 1929.

« Considérant que les méfaits indéniables des stupéfiants et autres toxiques du tableau B ne doivent pas faire oublier les ravages beaucoup plus étendus de l'alcool, poison non seulement de l'individu, mais de la race, pourvoyeur de prisons, d'asiles d'aliénés, d'hôpitaux et de cimetières.

Réclame des pouvoirs publics qu'ils sortent enfin de leur torpeur et entament contre ce fléau une lutte sans trêve ni complaisances.

Considérant que la consommation de l'alcool, en recul pendant la guerre par l'effet des mesures prises, ne cesse d'augmenter, en France depuis 1919.

Considérant plus particulièrement, à ce point de vue, Paris et ses communes suburbaines.

Demande :

1° L'application exacte et rigoureuse de la loi sur l'ivresse publique, avec exécution effective des sanctions pécuniaires et corporelles qu'elle comporte, notamment la fermeture temporaire, en cas de récidive, de l'établissement responsable ;

2° L'interdiction de la vente ou débit des similaires d'absinthe (vœu déjà émis) ;

3° L'interdiction du débit de boissons alcooliques autres que les bières, cidres, poirés et vin au-dessous de 9 degrés, à tout enfant manifestement âgé de moins de quinze aus ;

4° La fermeture obligatoire, un jour par semaine, des cafés et cabaret, ces locaux et commerce étant éminemment insalubres à tous les points de vue ;

5° L'interdiction de tenir ces établissements ouverts plus de dix heures sur vingt-quatre.

6° L'interdiction d'en créer de nouveaux tant que le chiffre actuel n'aura pas diminué de moitié ;

7° L'application rigoureuse de l'ordonnance obligeant les hôteliers et logeurs qui ont un commerce annexe de boissons à laisser toujours ouverte pour la partie hôtel une entrée séparée et l'interdiction à eux faite que cette entrée ou voûte soit encombrée d'aucune sorte ;

8° La défense imposée aux mêmes logeurs de tenir dans leurs débits des boissons alcooliques titrant plus de 9 degrés.

9° L'obligation imposée aux débitants de tabac qui sont en même temps débitants d'alcool d'avoir pour la vente du tabac un compartiment distinct avec entrée séparée ;

10° La surveillance rigoureuse et effective des débits de boisson en attendant leur disparition dans le périmètre légal des casernes et établissements publics ;

11° L'interdiction de tout affichage ou publicité en faveur des apéritifs et liqueurs dans les locaux relevant de l Etat, du département, des communes ou d'entreprises de transports publics, et sur les objets qui y sont mis en vente ;

12° Demande enfin que le droit de citation directe pour réprimer les atteintes portées aux lois répressives de l'alcoolisme, soit accordé aux sociétés anti-alcooliques reconnues d'utilité publique. »

Des groupes électrogènes dans les hôpitaux de Paris. — Il y a quelque temps, le préfet de police s'était fait attribuer un crédit important, afin d'installer des groupes électrogènes autonomes à la préfecture.

A son tour, l'Assistance publique a obtenu du Conseil municipal un crédit de 407.000 francs qui permettra l'installation d'un éclairage de secours dans des salles des services de chirurgie, de maternité, ainsi que dans les pièces réservées aux consultations dans les hôpitaux.

Soixante et une salles seront d'abord équipées, qui se répartissent entre les hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Charité, Beaujon, Boucicaut, Vaugirard, Ambroise-Paré, Saint-Antoine, Lariboisière, Bretonneau, Laënnec, Cochin, Salpêtrière, Enfants-Assistés, Baudelocque, Tarnier, Bicêtre, Ivry, Broussais, Necker, Enfants-Malades, Petits-Ménages.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Santenoise, agrégé, est nommé professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Instruction publique. — *A la dignité de grand officier*. M. le professeur Auguste Béhal, membre de l'Institut de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — M. le Dr Marcel Ballerin (de Paris).

Intérieur — *Au grade d'officier*. — M. le Dr Chapon, médecin du ministère de l'Intérieur.

Au grade de chevalier. — M. le Dr Bouchet, conseiller général de la Haute-Savoie.

Guerre. — *Au grade de chevalier*. — MM. les Drs Fusier (de Thoiry), Kühn (de Vitteaux).

(Réserve). M. le médecin capitaine Simon (8e région).

Hôpital Broussais (96, rue Didot (14e). — *Maladies du cœur et des vaisseaux*. (Cours complémentaire. Service de M. le Dr Ch. Laubry). — Ce cours, qui aura lieu du lundi 7 au samedi 19 octobre 1929, se fera sous la direction de M. le Dr Ch. Laubry, chef de service, médecin des hôpitaux, avec le concours de MM. les Drs Daniel Routier, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; Jean Walser, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; G. Marchal, médecin de la consultation de l'hôpital Broussais ; L. Deglaude, chef du laboratoire d'électrocardiographie ; J. Moussoir, R. Casteran, M. Poumailloux, P. Thiroloix, internes et anciens internes du service.

Horaire et programme du cours. — Lundi 7 octobre : 10 heures, Leçon clinique : Dr Laubry ; 11 h., Considérations gé-

nérales sur la séméiologie cardiaque : Dr LAUBRY ; 15 heures, Les méthodes graphiques : Dr ROUTIER.

Mardi 8 octobre : 9 h. 30, Consultation clinique : Dr ROUTIER ; 11 heures, Algies. Palpitations : Dr CASTERAN ; 15 heures, Notions pratiques d'électrocardiographie : Dr DEGLAUDE.

Mercredi 9 octobre : 10 heures, Leçon clinique : Dr LAUBRY : 11 heures, Angine de poitrine : Dr WALSER ; 15 heures, Mesure de la tension artérielle : Dr CASTERAN.

Jeudi 10 octobre : 10 heures, Consultation clinique : Dr LAUBRY ; 15 heures, Interprétation de tracés électrocardiographiques (avec projections) : Dr WALSER.

Vendredi 11 octobre : 10 heures, Radiologie pratique ; 11 heures, dyspnées : Dr THIROLOIX ; 15 heures, Electrocardiographie : Dr WALSER.

Samedi 12 octobre : 9 h. 30, Consultation clinique : Dr WALSER ; 11 heures. La syncope : Dr MARCHAL.

Lundi 14 octobre : 10 heures, leçon clinique : Dr LAUBRY ; 11 heures, radiologie cardiaque : Dr ROUTIER ; 15 heures, Les cyanoses : Dr POUMAILLOUX.

Mardi 15 octobre : 9 h. 30, Consultation clinique : Dr ROUTIER ; 11 heures, Les signes généraux des cardiaques : Dr MOUSSOIR ; 15 heures, Radiologie cardiaque : Dr ROUTIER.

Mercredi 16 octobre : 10 heures, Leçon clinique ; 11 heures, Inspection, palpation, percussion : Dr LAUBRY ; 15 heures, Radiologie cardiaque : Dr ROUTIER.

Jeudi 17 octobre : 10 heures, Consultation clinique : Dr LAUBRY ; 15 heures, Hypertension : Dr MOUSSOIR.

Vendredi 18 octobre : 10 heures, Radiologie pratique ; 11 heures, Bruit de galop : Dr ROUTIER ; 15 heures, Hypotension : Dr LAUBRY.

Samedi 19 octobre : 9 h. 30, Consultation clinique : Dr WALSER ; 11 heures, Diagnostic des souffles cardiaques : Dr LAUBRY.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 francs. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Dr THIROLOIX, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs, qui auront fait preuve d'assiduité, pourront sur leur demande recevoir, à la fin du cours, un diplôme.

Nécrologie. — Dr Ernest RAPUC, ancien médecin des troupes coloniales, décédé à Toulon, à l'âge de 57 ans.



ÉCHOS

Une cérémonie à la mémoire du centenaire du séjour de Chateaubriand à Cauterets.

Il y a cent ans, Chateaubriand venait prendre les eaux à Cauterets. Il descendit chez le docteur Cyprien Camus, le médecin le plus réputé de la station, dont la maison occupe aujourd'hui le numéro 8 de la rue La Raillère et appartient à son arrière-petite-fille, Mme Dulau-Baron. Une plaque de marbre rappelant ce souvenir a été inaugurée le 15 août. Au nom des admirateurs du grand écrivain, le docteur Flurin, ancien maire de Cauterets, a prononcé un discours très littéraire où fut évoquée la rencontre de l'auteur d'*Atala* avec l'occitanienne. Puis lecture fut donnée de l'intéressante lettre de Victor Giraud, un des plus compétents de nos chateaubriandistes. (*Œuvre.*)

Quelques réflexions du Dr Toulouse à propos de la loi de 1838 sur le régime des aliénés.

On peut se demander — écrit le Dr Toulouse dans un article intitulé La folie est-elle un délit ? *et publié dans* l'Œuvre *(15 août 1929) — si vraiment dans l'esprit de ceux qui dirigent ou contrôlent nos organisations publiques, il n'y a pas cette idée foncière, plus ou moins obscure, mais toujours active, que la folie est un délit.*

« Lorsqu'une personne présente des troubles mentaux et que les proches ne peuvent la garder auprès d'eux, la loi n'offre qu'un recours public, le commissaire de police à Paris. Il faut aller lui signaler le cas, demander son aide. Mais ne procède-t-on pas ainsi à l'égard d'un délinquant ? Ne va-t-on pas aussi chez le commissaire se plaindre d'un vol domestique, d'un cambriolage ?

Que fait alors le commissaire de police en matière d'aliénation mentale ? Il est bien embarrassé. La loi de 1838 sur le régime des aliénés le charge de prendre personnellement toutes mesures provisoires envers des individus qui, en raison de troubles mentaux, menacent l'ordre public ou la sécurité des personnes. Il fait alors une enquête pour laquelle il ne dispose que des mêmes agents administratifs et des mêmes inspecteurs qui lui servent pour la recherche des délits.

Et si l'enquête établit des motifs qui lui semblent suffisant

pour le placement à l'asile, le commissaire envoie le malheureux à l'Infirmerie spéciale, où l'examinent des médecins aliénistes, d'une grande valeur professionnelle.

***

Mais où est située cette infirmerie ? C'est une simple enclave du dépôt, où les délinquants sont emprisonnés. L'entrée sur le quai de l'Horloge est commune avec le Dispensaire de salubrité, autre *infirmerie spéciale* pour les filles ramassées dans Paris qu'on amène après les rafles et les femmes en carte qui viennent se soumettre aux visites périodiques.

Je sais que l'administration actuelle déplore ce voisinage, qui n'a pas cependant choqué ses aînés. Il paraissait à ces derniers tout naturel que les fous soient envoyés au Dépôt, surveillés par des gardiens de prison et maintenus à proximité des voleurs et des prostituées.

Au moins, l'installation intérieure du Dépôt a-t-elle vraiment le caractère d'une infirmerie ? Je laisse à ceux qui y sont allés en visiteurs ou comme suspects de folie, le soin de répondre.

Je sais encore que l'administration a procédé, après l'affaire Daltour et aussi sur la demande des médecins, à diverses améliorations pour diminuer l'aspect triste de ces cellules.

Mais le vieil esprit qui pèse sur l'assistance de la folie est-il bien mort ? Je crains que non. Et le malentendu subsiste. On croit avoir fait assez grand quand, pour des fous, on a aménagé des cellules plus ou moins grandes, plus ou moins bien éclairées. Et si on les nettoie après les souillures, on croit être en règle avec sa conscience.

Il semblerait vraiment qu'on ne se demande pas à qui sont destinées ces cellules. A qui ? Mais à nos proches, à nos amis, à nos voisins, pour la plupart à de bons citoyens qui n'ont commis d'autre faute que de tomber malades. Et si certains sont conduits à la folie par l'alcool et la syphilis, — plus ou moins évitables, — combien d'autres sont des victimes tout à fait innocentes d'une infection banale qui a touché l'encéphale, de troubles organiques, de dispositions héréditaires, et que des excès de travail, des moyens trop réduits de vie ont menées au Minotaure de la vie moderne, machine à broyer les faibles du système nerveux, qui sont parfois les meilleurs cerveaux pour l'évolution du progrès humain.

Il faut rappeler qu'à chaque heure de la journée un individu, tombé dans cette bataille de la vie, est conduit à l'agglomération hospitalière formée par l'asile Sainte-Anne et par l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, établissement libre que j'ai créé, en dehors de la loi de 1838, sur des principes entièrement nouveaux, qui ont reçu l'approbation des deux commissions d'hygiène du Parlement.

Et qui peut se flatter de n'être pas un jour parmi ces infortunés ? J'ai vu autour de moi sombrer dans la folie des gens éminents, des hommes politiques, des magistrats, des professeurs, des savants, des médecins, des littérateurs, des artistes, et les meilleurs des professionnels de toutes classes qui font la grandeur économique et morale d'un pays. Ne faudrait-il pas traiter ces malheureux, particulièrement pitoyables, aussi bien que les autres malades ? Cependant on ne le fait pas.

***

Mais la question est autre encore. La collectivité impose à certains malades, comme à des délinquants, des mesures de rigueur, notamment la séquestration. En admettant que cela soit nécessaire — et j'ai montré que cela ne l'était pas dans la plupart des cas — il faudrait réserver à des infortunés dont la société a la crainte un traitement de faveur. Puisqu'on arrache à son foyer, à son banc de travail, un individu qui, en somme, n'est coupable que de troubles mentaux, le premier devoir ne serait-il pas de le placer dans un milieu agréable, afin d'adoucir sa captivité, pour racheter un peu la mesure restrictive faite pour beaucoup d'égoïsme collectif, d'ignorance et de routine ? Hélas ! Interrogez ceux qui ont passé par l'Infirmerie spéciale.

Cet établissement, par son installation matérielle, a suscité de telles préventions que, lorsque l'Administration a voulu le placer dans un hôpital, elle s'est heurtée à de fortes oppositions. Or, je serais prêt à demander aux pouvoirs publics de l'annexer au Centre de prophylaxie mentale de la Seine avec une indépendance médicale entière, si l'on donnait carte blanche et tous les moyens pour le transformer en un véritable hôpital psychiatrique moderne.

Mais l'individu est ensuite envoyé à l'asile d'aliénés, dans le moment où il est le plus curable. Aussitôt, déchu de toute liberté, de tous ses droits, revêtu d'un uniforme de pénitencier, il est soumis à une discipline excessive, que ne viennent pas compenser des soins, trop mesurés par le budget, contre la parcimonie duquel les médecins ne cessent de protester.

En province surtout, le scandale est abominable. Le prix de journée d'un hospitalisé tombe à 8 et 9 fr. ! Si bien que le régime du malade ne saurait être très différent du régime des prisonniers, pour lesquels on admet — au moins en principe — qu'il n'y a pas de traitement médico-psychologique à appliquer.

Ainsi le parallèle se poursuit jusqu'au bout. Et l'on peut se demander si vraiment dans l'esprit de ceux qui dirigent ou contrôlent nos organisations publiques, il n'y a pas cette idée foncière, plus ou moins obscure, mais toujours active, que la folie est un delit. »

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur le lait, aliment du premier âge

Le lait dans la pratique actuelle de l'allaitement

Par MM. Joseph et Pierre CREPIN.

Chaque année l'Académie de médecine publie, dans son *Bulletin*, le rapport que la Commission d'Hygiène de l'Enfance présente au ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, sur le fonctionnement des lois de protection dont ce département assure l'exercice.

La Presse quotidienne répercute ensuite en quelques échos succincts l'impression qui se dégage de ce compte rendu officiel, et le silence se fait, souvent pour toute une année, autour de la grande question intéressant le bien-être de nos enfants, c'est-à-dire l'avenir et la pérennité de notre nation.

Le *Progrès Médical*, soucieux de la signification de son titre, a pensé qu'il peut ne pas être indifférent à ses lecteurs de savoir si dans la foule du public qui écoute le récit des mesures prises, il ne s'élèverait pas quelque voix, qualifiée à certain titre, pour être également entendue dans le débat.

C'est en cette qualité que nous avons été admis à venir exposer ici, en toute simplicité, les réflexions que nous a suggérées le rapport remarquable que le docteur A. Lesage a établi au titre de l'année 1927.

Ce rapport éveille en notre esprit un intérêt très particulier. Son auteur, membre de l'Académie, médecin des hôpitaux de Paris, renommé pour ses savantes recherches en pédiatrie, pour sa longue pratique de spécialiste, pour l'originalité de ses études, nous honore depuis plus de trente ans de son encourageante sympathie.

Dans son travail de révision, M. Lesage mentionne tous les détails importants de l'organisation que la loi protège, et décrit avec précision la situation actuelle de l'hygiène infantile.

Ce rapport est une œuvre documentaire de premier ordre, élaborée avec cette conscience minutieuse qui est bien dans la manière de ce distingué praticien.

Le point captivant pour nous était de savoir ce que devient la mortalité infantile, si invariablement alarmante, depuis 30 ans que nous en notons les phases avec la volonté ardente d'aider à la réduire.

Nous savons pouvoir en fournir le moyen et c'est pour cela que nous sommes à cette tribune. Nous y sommes pour libérer notre conscience d'un poids trop lourd pour nos seules épaules. Nous comptons bien que cette fois on ouvrira notre gros dossier et qu'il se trouvera un nombreux contingent de médecins pour en faire tout le profit désirable.

Il s'agit bien entendu d'une modalité d'élevage dont nous n'avons cessé d'étudier le fonctionnement depuis 1897. C'est de cette époque déjà lointaine que datent nos premières expériences. Elles ont obtenu un éclatant succès auquel l'Académie de médecine a rendu hommage en sa séance du 8 avril 1902.

Aujourd'hui notre œuvre peut fonctionner à l'état parfait et les temps sont révolus pour ne plus avoir à craindre des embûches. D'ailleurs les circonstances imposent notre solution et il sautera aux yeux de tout le monde, c'est-à-dire de ceux qui cherchent la vérité claire, que nous apportons ici le complément nécessaire au rapport Lesage, que tous les médecins ont dû lire et méditer.

M. Lesage connaît à fond la question qu'il a brillamment traitée. C'est l'homme que l'effort ne rebute jamais. Il a fait un tableau exact de la situation et prend souci de ne pas le noircir. Comme il connaît la cause et les effets des choses qu'il signale, il se sent parfaitement à hauteur d'arriver à vaincre, un jour, les difficultés qui produisent la lamentable situation.

La mortalité infantile reste, en effet, alarmante, et, sans de larges réformes dans le mode d'élevage de nos enfants, il est inutile de s'attendre à mieux.

Le docteur Lesage dit des choses notables qu'il appelle les points *essentiels*, les points *cardinaux* de son étude.

En dehors du fait, « la mère séparée de son enfant », il voit le gros écueil tragique, dans la débilité congénitale et la fragilité des nouveau-nés.

Les causes de cette débilité, de cette fragilité sont multiples : la syphilis, la tuberculose, le diabète, l'albuminurie de la mère, etc. Mais avant tout cela, ajoute M. Lesage n'y a-t-il pas à incriminer la misère physiologique qui est surtout d'ordre social.

Retenons surtout cette dernière appréciation qui indique combien profonde est la racine du mal.

Pour vaincre la fragilité, la débilité du nouveau-né, il existe un remède unique et souverain : le docteur Lesage le connaît mieux que nous. Ce remède est dans une mamelle vivante, quelle qu'elle soit, mais amenée à point nommé au moment du besoin. Il la faut gonflée d'un lait *généreux, issu d'un sang parfait, richement vitaminé*, donc *absolument sain*.

Le passage du rapport, où la tâche de l'auteur s'allège d'un sentiment rassurant, c'est dans le chapitre IV lorsqu'il mentionne l'effort fait par la bienfaisance française pour faciliter la sauvegarde, sinon le salut même de nos jeunes enfants.

On veut croire communément que ce sont les soins qui manquent aux chers petits. Les causes que note le docteur relèvent bien en partie de ce souci, mais les soins n'extirperont jamais le mal s'ils ne s'exercent qu'en surface.

Quoi qu'il en soit, le rapport Lesage constate que les œuvres se multiplient dans toute la mesure désirable. Elles étaient, en 1913, au nombre de 222 consultations de nourrissons ; celles-ci sont portées, en 1927, au chiffre important de 3.705.

Le Paris-Mutuel a contribué à cette progression en distribuant de 1920 à 1928 la somme énorme de 42.364.000 francs.

En plus des consultations de nourrissons, on voit en pleine activité, sous le patronage de l'Office public d'Hygiène sociale et du Comité national de l'Enfance, mil huit cent seize institutions de bienfaisance publique et privées à l'usage des mères et des enfants nécessiteux.

On notera avec non moins de satisfaction les 411 organisations médicales spécialement dressées pour lutter contre l'hérédo-syphilis (1) que le docteur Leredde, ardent animateur dans cette lutte, a appelé le *fléau social*.

Ce fléau fait, en effet, dans les rangs de l'enfance encore plus de victimes que la tuberculose ou l'alcoolisme. Dans Paris et dans les grandes villes 1/5e de la population en est atteint ; en province le 1/10e. La mortalité en France par syphilis fait au minimum par an 40.000 victimes et, si l'on compte les morts avant terme, du fait de cette maladie, il faut doubler ce chiffre.

M. Lesage aurait trop à dire sur ce sujet, pour en traiter dans son rapport rendant compte de faits généraux. Il importe au docteur de signaler surtout l'effort de bonne volonté déployé partout, pour améliorer au mieux des vues de la loi, les mesures prises en France pour la protection de l'enfance.

Seulement M. Lesage doit être loin de se réjouir des résultats que donne toute cette bonne volonté, lorsqu'il examine les statistiques officielles. Une mortalité de 68.100 bébés de moins d'un an donne, pour 1928, la mesure de l'inefficacité de la méthode alimentaire que consacre et qu'institue la loi de prétendue protection de l'enfance.

Où est, dès lors, l'écueil auquel viennent se heurter et sombrer tous les efforts que la bienfaisance française

(1) Musée social, Paris. *Mémoires et documents*, n° 7, 1er septembre 1921.

organise pour le sauvetage de nos petits enfants. Il est là, où l'attention officielle ne veut pas se porter : *au lait déficient* !

On continue inlassablement à administrer aux tout jeunes enfants du lait cuisiné, modifié dans la nature de ses composants par le surchauffage, du lait pouvant convenir à des estomacs d'adulte bien portant, mais ne pouvant être qu'un moyen provisoire et de pure fortune pour l'alimentation de tout jeunes enfants.

Le lait que la nature conditionne pour l'élevage.

Mais quel lait nous faut-il donc et surtout comment l'obtenir. Le lait qu'il faut? Mais c'est tout simplement du lait naturel, dans sa forme pure, physiologique, du lait réel non modifié dans ses vertus par la cuisson ou par le coupage au moyen de quoi que ce soit : du lait enfin intact que la main et l'imagination de l'homme auront su respecter comme quelque chose de sacrée ; du lait surtout sans souillure d'aucune sorte, en un mot du lait *vivant et immaculé* (1).

« Le lait est en dehors des aliments ordinaires, a dit Mac Collum : il n'est donc pas justiciable de la chimie ».

En effet toute une école de savants le reconnaît aliment vivant. C'est donc dans cet esprit que le professeur Charles Richet le qualifie le premier aliment du monde. « La nature n'a fait un aliment qu'une fois, elle a fait le lait ».

Or la nature n'a fait dans le règne animal, comme dans le règne végétal, que du « vivant ».

Si le lait pour être salutaire — et il l'est alors puissamment — doit être conditionné de la sorte, on peut dire qu'il n'en existe pas une goutte de réel, en sa forme nécessaire, à acheter, dans toute notre agglomération parisienne qui consomme par an, 350 millions de litres de simili-lait.

En effet, pour permettre à cet élément de vie si délicat, de supporter le voyage au loin, de se conserver à l'état doux pendant 2 à 3 jours, en un mot de ne pas sûrir, les pourvoyeurs de la capitale sont forcés de le pasteuriser à 70°. Or à 70° le lait est bien mort alors qu'il ne l'était pas à l'état aigre. Nous nous empressons même d'ajouter que du lait qui sûrit naturellement est absolument vivant et nullement malsain en soi, mais peut l'être par les souillures qu'il a subies.

Du lait cru, qui caille, est simplement au premier stade de son évolution *autodigestive*. Ajoutons même que du fait que le lait, par la pasteurisation se trouve arrêté dans son métabolisme normal, il n'est pas le moins du monde douteux, qu'il n'ait cessé de vivre, qu'il ne tombe ainsi dans la catégorie des aliments inertes susceptibles de se corrompre, ne soit donc *putrescible*, ce que le lait cru, récolté et conservé aseptiquement, *n'est jamais*.

Ce qu'il ne faut pas, répétons-le, c'est du lait ayant été souillé pendant ou depuis la traite, de n'importe quels microbes *indigènes de l'intestin*. C'est contre ces micro-organismes que Metchnitkoff nous met en garde. Il les considère, dans ses écrits, comme générateurs de toutes les intoxications qui tourmentent et détruisent l'organisme humain. Ce sont ces mêmes agents de mort et de putréfaction que MM. Mazé et Apert ont qualifiés de ferments hyperlactiques. C'est bien à ceux-ci que le docteur Apert attribue la gastro-entérite, le choléra infantile et d'autres méfaits d'origine septicémique. En effet, dans le *Monde Médical*, n° du 25 septembre 1913, M. Apert a écrit un article trop peu remarqué, quoique sensationnel, sous ce titre : Les microbes lactiques et hyperlactiques dans leurs rapports avec la gastro-entérite des nourrissons.

Cet écrit démontre en pleine clarté l'importance qu'acquiert un lait cru, protégé contre les saprophytes. M. Apert prend soin d'y indiquer comment on peut obtenir le lait nécessaire pour épargner aux enfants le danger d'une contamination par l'aliment.

Enfin dans les cas où la contagion n'a pu être évitée, le docteur Apert explique comment l'allaitement, même autrement qu'au sein de la mère, c'est-à-dire simplement au *lait de chèvre* obtenu aseptiquement et servi frais, confère à l'enfant que la contagion a pu atteindre un état de résistance physique lui permettant de surmonter facilement la grosse épreuve et cela *tout aussi bien* que l'enfant robuste parce que abondamment nourri à la mamelle maternelle.

Malgré cette communication d'importance primordiale, la pratique médicale est restée sur ses positions. On aurait pu s'attendre à quelque tentative d'objection ou de discussion, à quelque signe soit d'une défiance soit d'un doute sur les possibilités de réalisation du régime idéal auquel M. Apert fait allusion.

Dans ce cas l'auteur de l'article aurait pu répondre ou même charger la Société Nationale d'Acclimation où il avait des amis de fournir les précisions désirables sur la biologie caprine et les facultés physiologiques du lait de chèvre.

Non, la suggestion si intéressante pour toute mère en mal d'allaitement est restée lettre morte, et du seul fait qu'on avait parlé de lait de chèvre, la conjuration du silence s'est systématiquement établie autour de la révélation de M. Apert. Il en avait été de même, il y a 35 ans, à l'égard du docteur Boudart expliquant la guérison de l'enfant syphilitique par l'influence bactéricide de l'allaitement au pis de la chèvre.

Comment expliquer cette inqualifiable attitude ? Faut-il incriminer le préjugé, l'ignorance ou la sottise ? Non, il y a autre chose qui est pire que les défaillances de l'esprit, il y a la malhonnêteté qui, dans ce cas, va souvent jusqu'au crime.

Enfin, tout le monde sait aujourd'hui qu'il existe dans les milieux médicaux une divergence très formelle d'appréciation sur la manière d'utiliser le lait. Il s'est même élevé à ce sujet de très vives polémiques entre partisans du lait cuit et partisans du lait cru. Bien entendu il n'est question, en l'espèce, que du lait de vache, qu'on affecte d'appeler lait tout court, pour bien marquer qu'il ne peut y en avoir un autre à mettre en usage dans l'alimentation publique.

Nous avons dit plus haut pourquoi ce lait, qui seul a les honneurs de l'industrialisation, est également le seul qu'il est impossible d'obtenir à Paris à l'état frais et naurel.

D'ailleurs au récent congrès de la laiterie tenu à Paris, à la fin de l'année dernière, le dernier mot est resté aux bouilleurs de lait.

Un professeur de l'Institut agronomique, M. Ch. Voitellier venait d'exposer les nombreuses raisons d'ordre économique militant en faveur de l'usage du lait stérilisé, contre la théorie adverse, et en était arrivé à conclure : « ... d'ailleurs l'*obtention du lait propre et sain est une chimère* ».

Cet argument attendait sa réplique, elle fut faite par un homme éminent, le professeur Charlet Porcher, directeur de l'école vétérinaire de Lyon, très attaché à l'idée de rechercher le lait cru et vivant pour tous les usages de l'élevage et les régimes diététiques.

Seulement M. Porcher laissa échapper cet aveu : « hélas ! chez la vache la mamelle souillée est de règle et la ma-

(1) Un lait bouilli est un lait déminéralisé. (Dr Barillé, Communication à la Société de Pharmacie, 1927.)

Le lait frais non bouilli, ni stérilisé contient 3 % de son volume de gaz, lequel est formé d'acide carbonique, d'oxygène et d'azote. L'acide carbonique y domine. Tout cela est nécessairement aliéné par la cuisson. (*Revue générale de chimie pure et appliquée*, 5 avril 1901, H. de Rothschild.)

La loi de constance thermique établit que la vie des êtres animés n'est en évolution qu'à une température pouvant se situer entre environ + 6° et 45° au maximum. La vie est inerte, engourdie, léthargique aux abords de ces deux limites extrêmes, pour, au delà, graduellement s'anéantir. Si le lait, principe animal, est vivant comme tout l'indique, il est soumis à cette loi. (Voir les températures animales dans les problèmes de l'évolution. René Quinton, C. R. *Académie des Sciences*, 1896.)

melle saine l'exception. Donc la production du lait cru doit être entourée de toutes les garanties. *Tout lait anonyme doit être pasteurisé.*

Comme tous les citadins et tous ceux qui vivent dans les grandes agglomérations ne reçoivent que du lait anonyme, nous les voyons voués, à tout jamais, malades ou menacés de le devenir, à boire du lait cuit. Celui-ci non seulement n'a pour eux aucun effet salutaire, mais renferme, d'après l'estimation scientifique du professeur Porcher, une quantité de fumier de vache dilué à raison, annuellement, d'*un quintal métrique* par tranche de **500.000** consommateurs.

Ceux-ci naturellement aiment mieux consommer la chose à l'état cuit que cru. C'est affaire de goût ! Nous, nous préférons le lait de chèvre que nous savons pouvoir obtenir *à bon compte et à toute la quantité désirable*, avec la garantie d'une *traite aseptique toujours possible et toujours parfaite.*

Là il n'y a rien de chimérique et c'est en toute vérité que l'Académie de médecine, à cette séance du 8 avril 1902 dont nous avons évoqué le souvenir au début de cet article, a pu formuler le vœu suivant :

« La facilité avec laquelle on entretient la chèvre, même dans les villes ; la possibilité qu'elle offre de procurer en toute saison du lait de lactation récente ; la résistance bien connue qu'elle présente à l'infection tuberculeuse, toutes ces conditions rendraient infiniment avantageuse l'installation dans toutes les grandes villes, et à Paris en particulier, de nombreuses petites chèvreries propres à fournir, en tout temps et à tous un lait frais et pur, d'une richesse appropriée aux besoins ».

Le rapporteur qui a rédigé cette déclaration sensationnelle est l'honorable M. Raillet, membre de l'Académie et à l'époque professeur à l'école vétérinaire d'Alfort.

Nous ne pensons pas que ce savant serait disposé à revenir aujourd'hui sur son jugement ; et M. le professeur Roux, le vénérable directeur de l'Institut Pasteur de Paris, nous a encore affirmé, il y a peu de temps, qu'il n'a jamais varié dans le sentiment qu'il partage avec nous, sur les virtualités du lait de chèvre.

Quant à la possibilité matérielle d'organiser des chèvreries urbaines dans les quartiers bien tenus d'une grande ville, elle n'est plus à mettre en doute et les établissements de ce genre donnent pleine satisfaction à tous les points de vue.

Les Parisiens d'âge mûr ont tous entendu parler de la chèvrerie du Val Girard, située rue Blomet (XVe) il y a une trentaine d'années. Elle hébergeait 150 laitières caprines en état prospère, bien qu'elles vécussent en stabulation constante, sauf aux heures de leur récréation lâchées en liberté dans un parcours assez étroit. Elles se comportèrent ainsi en belle forme de santé pendant plusieurs années que dura l'expérience.

L'établissement avait un aspect rustique, mais pittoresque et plaisant. Loin de causer la moindre incommodité aux voisins, ceux-ci trouvaient de l'agrément à venir visiter le parc fleuri qui entourait le parcours grillagé où les animaux se livraient à leurs ébats. C'était pour le quartier une attraction et le salut des enfants bénéficiaires de ce lait incomparable.

Il existe d'ailleurs aujourd'hui dans les grandes villes d'Espagne et, à notre connaissance, à Barcelone, des établissements de ce genre luxueusement montés, en plein grand quartier, chose qui serait impraticable avec des vaches et même pour la santé des vaches.

Il en est de même dans le sud-est des Etats-Unis, où les docteurs de Langle et Lée Secor ont mis l'industrie caprine en grande faveur jusque dans les sanatoria.

Nous reprendrons cette question dans un article spécial, car elle comporte en Amérique d'intéressants développements.

L'allaitement artificiel au temps où la France peuplait.

Au commencement du siècle dernier, il était de doctrine scientifique d'affirmer qu'il faut pour tout élevage du lait *cru* et *salubre*.

Ce n'est pas là, de notre part une assertion hasardée. Ouvrons le Traité de l'art des accouchements dont l'auteur était un professeur de la Faculté de médecine de Paris, le célèbre docteur Cazeaux. Nous y lisons ce que ce maître avait écrit à l'usage de ces élèves, il y a trois quarts de siècle.

« Quant l'enfant est au biberon, dans aucun cas le lait n'aura bouilli, car l'ébullition le prive d'une partie de son arome et de l'air qui en facilite la digestion » (chap. II, art. VIII, 6e partie, p. 1032, 2e édition. 1850.)

On parlait, en 1850, le langage scientifique de l'époque. On pouvait croire que c'est l'air existant dans le *lait non cuit* qui y actionne la faculté digestive ; mais si le mot n'est plus d'application, à ce jour, le phénomène continue à se manifester (1). Seulement aujourd'hui on n'en respecte plus l'ordonnance : l'orgueil humain fait des siennes aux dépens de l'espèce, aux dépens de la vie de nos enfants.

Au temps des Cazeaux et des Desormeaux, la France produisait des enfants plus robustes qu'à ce jour ; c'était l'époque où la France peuplait et avait fort peu de déchet d'hommes aux appels de la conscription : nous en parlons sciemment.

Le même auteur médical, deux pages plus haut avait écrit :

« Les femelles mammifères dont on fait usage, sont les *Chèvres*, les brebis, les ânesses, mais c'est la chèvre que l'on emploie le plus souvent. »

Le savant accoucheur qui parlait ainsi exerçait dans les hôpitaux de Paris. Si personnellement nous ne l'avons pas connu, nous avons entendu de la bouche de ses élèves dire que c'était un homme éminent, ayant la caractéristique prudente et réservée du vrai savant. Il était modeste, bienveillant et fort érudit.

Cazeaux disait encore, en s'appuyant sur l'autorité de son confrère Desormeaux :

« Lorsque l'on veut donner au lait animal des propriétés médicamenteuses, on fait absorber à la bête laitière à l'intérieur ou par la peau, les principes actifs de ces médicaments. Ainsi on fait sur la peau des chèvres des frictions avec de l'onguent mercuriel, pour donner des propriétés antisyphilitiques. »

Enfin, à propos du *lait de vache*, le Dr Cazeaux prévenait que l'administration de ce lait nécessitait de sérieuses précautions. Il cite sur ce point l'avis du maître Desormeaux :

« J'ai vu des enfants faibles dont l'estomac s'accommodait beaucoup mieux de légères décoctions de viandes que de lait de vache ; et une foule de faits pratiques m'ont démontré que des substances ingérées irritent bien moins par leur nature azotée que par *leur résistance à la digestion* ».

Cette réflexion de M. Cazeaux projette un rayon lumineux sur la question de la digestibilité du lait. Il avait compris que le lait de vache renferme dans sa nature quelque chose de matériel et spécial qui résiste à la digestion. Ce quelque chose, en soi, n'est pas indigeste, mais il faut pour le réduire un appareil digestif formé et non tel que se présente celui d'un nouveau-né, en voie de formation plus ou moins avancée. Bref l'écueil est dans le coagulum caséeux trop volumineux du lait de vache, défaut que ne revêtent ni le caillot du lait de chèvre ni celui des laits de brebis, d'ânesse et bien entendu de femme.

L'écueil du lait de vache, on a cru pouvoir le vaincre par la cuisson qui du même coup devait assainir ce lait et le libérer du germe tuberculeux.

(1) 51 ans plus tard, la même pensée se retrouve sous une forme différente dans la *Revue générale de chimie pure et appliquée*. Nous en avons cité le texte plus haut, mais on ne saurait trop le redire : le lait frais, non bouilli, ni stérilisé contient 3 % de son volume de gaz, lequel est formé d'acide carbonique, d'oxygène et d'azote. L'acide carbonique y domine : tout cela est nécessairement aliéné par la cuisson. (5 avril 1901, H. de Rothchild).

Nous sommes en mesure de démontrer que cette théorie est aussi fausse que profondément funeste.

Dans le lait de vache, la cuisson d'abord non seulement modifie les virtualités des composants de ce lait, mais elle en contrarie même l'assimilation par l'organisme qui s'en nourrit. Le professeur Monti, de Vienne, a insisté particulièrement, au Congrès de Londres en 1900, sur ce fait, que la cuisson transforme et précipite les sels qui prennent ainsi une forme insoluble : ils deviennent une matière minérale, en partie calcinée dès lors inassimilable. Or de toutes les altérations que l'ébullition produit, celle qui a pour effet de déminéraliser le lait est la plus redoutable.

En effet le lait n'est plus dans ces conditions ce qu'en dit le Dr Roéland, vice-président du Conseil municipal de Paris et président de la Ligue du lait : il n'est plus, par son *rôle antitoxique* et *sa composition, le plus puissant des aliments connus*. Au contraire, du point de vue de l'hygiène, il est devenu une banale nourriture cuite donc inerte que l'appareil digestif devra triturer laborieusement en laissant un gros déchet encrassant fâcheusement l'organisme. M. Martel, directeur des services vétérinaires de la Seine fait remarquer que la tendance à faire de la pasteurisation une espèce panacée ne réussit si bien que parce que le procédé sert de *garant moral aux compagnies laitières tout en diminuant* leurs pertes de lait par la coagulation. (Lait et santé n° 36, janvier-février 1917.)

Bref c'est par sa symbiose naturelle et normale que le lait opère son incorporation dans la substance de l'être dont il assure la subsistance. Le lait ingéré dans la plénitude de ses facultés est utilisé à fond ; son évolution métabolique s'opère automatiquement et il ne livre à la déjection qu'une matière fécale entièrement épuisée de tout élément utilisable pour la nutrition. Aucun déchet putrescible ou encrassant ne traîne dans l'organisme, par conséquent aucune cause d'intoxication ou de trouble fonctionnel ne peut exister par l'usage d'un lait d'assimilation parfaite.

Quant à prétendre se garer de la tuberculose par la cuisson du lait c'est un leurre des plus dangereux. Nous nous expliquerons sur ce point de façon péremptoire si nos lecteurs le désirent, car en ce seul article, il nous est impossible de traiter à fond la formidable question qui embrasse la biologie du lait.

Tout ce que nous venons de relater dans cet écrit était au fond des conversations que nous avons eues avec le Dr Lesage il y a plus de trente ans.

A l'époque, ce savant chercheur profitait même de ses congés annuels de médecin des hôpitaux pour parcourir le sud de l'Europe en quête de documentation pour ses travaux sur la gastro-entérite du nourrisson et l'anémie hémolytique. Il nous fit à l'époque cette révélation qui enflamma notre zèle pour l'accomplissement de la tâche que nous avions résolu d'assumer :

« Partout, nous dit-il, où la gastro-entérite, l'athrepsie, le choléra infantile apparaissent comme une rareté, ou sont mêmes ignorés du public, règne pour celui-ci, un régime d'alimentation en lait de qualité tout à fait remarquable. Dans ces heureux parages, le commerce de lait est assuré par des troupeaux ambulants de laitières caprines. La traite se fait devant les portes et les enfants consomment ce lait à l'état vivant. Ces charmants animaux bien soignés et bien propres, peuvent au besoin gravir les étages d'un pas sûr et alerte et porter jusqu'au lit du malade leur produit vivifiant.

Voilà un régime à la portée même des gens de la ville. Il y a peu de temps, M. Mangin, directeur du Muséum, qui veut bien nous honorer de son amitié, nous exprimait le vœu de voir au Jardin des Plantes, l'un des stationnements de quartier, où les mères de famille pourraient venir se pourvoir de lait de chèvre tout écumant de vie pour animer la santé de leur chers bébés.

Il n'y aurait pas vestige de difficulté à faire circuler dans Paris, et stationner dans les squares et jardins publics, des écuries-autos contenant des laitières caprines à l'usage des nouveau-nés, nourrissons et peut-être tout autant pour les besoins des opérés et des malades adultes auxquels il faut un aliment à la puissance vivifiante du sang lui-même, ce qu'est le lait de chèvre servi à l'état vivant.

Nous ne parlerons pas aujourd'hui, faute de place, de la fantastique incrimination de la chèvre, en ce qui concerne la maladie humaine d'origine septicémique, dont une des trente dénominations a été la « fièvre de Malte ». Cette mystification scientifique qui a duré près de trente ans et a fait tant de tort à la réputation de la chèvre est aujourd'hui réglée aux dépens des destructeurs de cet animal pleinement innocenté.

Enfin la question que nous venons de traiter en annexe officieuse du rapport du Dr Lesage, a été mise au point, au cours de nombreuses années, par nos soins assidus. Elle est aujourd'hui prête à porter ses fruits quand on le voudra. C'est, avec le plus complet désintéressement personnel que nous offrons à qui voudrait en user, nos conseils et le concours de notre expérience pour mener à bien le projet de doter Paris de chèvreries urbaines, municipales ou d'assistance dont l'avènement a été souhaité par l'Académie de médecine, dans sa séance du 8 avril 1902 et que la population parisienne accueillerait certainement avec bonheur.

La France entière suivrait l'exemple aussitôt et la mortalité infantile serait jugulée.

Importance de la médication sympathico-vago-sédative dans l'état de mal comitial,

Par Henri DAMAYE et Pascal AVELLA,
Médecins des Asiles d'Aliénés

En différents travaux, nous avons montré l'heureuse influence et la nécessité d'une médication calmante du système sympathique en beaucoup de cas d'états de mal comitiaux. Si nombre d'épileptiques sont débarrassés par le seul gardénal de leurs crises convulsives ou de leur agitation, nombre d'autres, — les sympathicotoniques et les vagotoniques, — ne sont améliorés que par l'adjonction au gardénal de la borosodine pour les uns, de la belladone pour les autres. Dans le grave accident de l'état de mal, il en est de même. Là, c'est le somnifène intraveineux ou le chloral à la sonde œsophagienne, auxquels il faut adjoindre en de nombreux cas, sous peine de terminaison fatale, un sédatif du sympathique : la générésine ou le tartrate d'ergotamine (1).

Nous renvoyons donc à nos travaux antérieurs pour la thérapeutique des formes courantes de l'état de mal. Le présent article a pour but de relater un cas fruste d'état de mal comitial, chez un sujet qui prenait régulièrement du gardénal, et malgré la non interruption de ce médicament.

L'usage quotidien, et régulier de deux comprimés de gardénal avait, chez le malade en question, fait disparaître totalement crises convulsives et agitation. Mais un jour, survint quand même une élévation inquiétante de la température avec langue sèche et céphalée, inappétance : l'éréthisme artériel resta modéré. C'étaient là évidemment des phénomènes d'excitation du système neurovégétatif. Malgré l'absence de convulsions et d'agitation, nous aurions eu, peut être, une terminaison fatale, sans une médication sédative du sympathique et du vague. C'est

(1) DAMAYE. — Le traitement de l'épilepsie et de l'état de mal, *Progrès Médical*, 23 juillet 1927. — Diagnostic du délire aigu et de l'état de mal comitial à forme agitée ou sympathique. *Progrès Médical*, 4 août 1928. — Forme sympathique de l'état de mal épileptique ; son traitement. *Progrès Médical*, 3 septembre 1927. — Eléments de neuro-psychiatrie, 2e édit., Maloine édit. — Education, dégénérescence et prophylaxie sociale, Alcan édit.

BIBLIOGRAPHIE

Noël Mathias roman, par Gil Robin. Un fort volume : 18 francs, édition Kra, 56, rue Rodier, Paris.

M. Gil Robin dont le roman *la Femme* et *la Lune* avait connu un grand succès auprès des lettrés, publie un nouveau roman, *Noël Mathias*, qui tient toutes les promesses de son premier livre et qui trouvera auprès du grand public un accueil enthousiaste.

L'auteur raconte l'histoire d'un vieil universitaire, savant solitaire et grand travailleur qui ne peut réaliser l'œuvre à laquelle il travaille depuis plus de 20 ans. Drame de l'impuissance, tragédie de la création. M. Gil Robin étudie ce drame avec la science d'un médecin et l'intuition d'un romancier. Il expose le cas de Noël Mathias et propose une solution. Une femme avait aimé Noël, mais cet amour désespéré, qui ne parvenait pas à unir ces deux êtres, a tué en Noël le pouvoir créateur.

Ce qui nous intéresse spécialement, nous autres médecins : c'est que Robin nous présente un type accompli de schizoïde : Mathias est un rêveur isolé dans son rêve et ignorant les réalités, presque insociable. Mais il y a au fond de ce roman un cas psychopathologique du plus puissant intérêt, le livre, écrit avec une force contenue, un lyrisme ardent, est non seulement émouvant mais d'un tragique qui aspire à la grandeur. Ce beau roman a obtenu le *Prix du Siècle Médical* destiné à récompenser le meilleur roman écrit par un médecin français, Le jury du *Siècle Médical* a précédé le verdict du public. Ce livre sera un grand succès et il place au premier rang parmi les médecins romanciers notre charmant confrère.

G. P.-B.

Anthologies illustrées des Provinces françaises : *L'Alsace*, par F. Dollinger. Un vol. (17,5 × 23) avec 138 gravures et une carte. Broché 20 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue Tournon, Paris.

L'Alsace ! Tous ceux qui l'ont approchée ont admiré et vanté la douceur de son ciel, l'opulence de ses campagnes, le charme des sentiers vosgiens, le prestige des monuments, l'activité des cités. Mais bien peu la connaissent, en ont pénétré le secret. C'est qu'un passé tumultueux, une nature aux contrastes tranchés, ont créé et développé, dans les tempéraments et les esprits, des diversités, des oppositions, dont l'observateur ignorant ou superficiel demeure confondu.

Pour serrer de près les réalités alsaciennes, aucune méthode ne convient mieux que celle dont les fondateurs de la collection *Anthologies illustrées des Provinces françaises* ont imaginé l'heureuse formule en combinant ces trois éléments : Etude documentaire, citations empruntées aux meilleurs écrivains, gravures répandues à profusion à travers tout l'ouvrage.

M. Dollinger qui a assumé l'Etude documentaire du volume L'*Alsace* que nous publions, a su montrer de sa province natale tout ce qu'il importe de connaître. Il a développé largement les données fondamentales . description géographique, histoire, architecture, art populaire, se contentant d'exposer plus brièvement — sans cependant tomber jamais dans la sécheresse des catalogues — les lettres, les beaux-arts, les légendes, les conditions économiques.

Grâce à ce judicieux éclectisme, son étude donne de l'Alsace un aperçu plus précis et plus complet que les ouvrages de même étendue ou même en certains points plus détaillés, qui avaient traité le sujet. Il a craint de dénaturer le visage de sa province en le soumettant à la simplification d'une synthèse dont il a préféré laisser le soin au lecteur, s'appliquant à lui en fournir les éléments positifs et mettant à sa portée les couleurs chatoyantes dont les poètes et les écrivains ont su parer la réalité.

Les descriptions de l'auteur et les textes qui les complètent sont illustrés d'un choix infiniment varié de gravures : sites, paysages, monuments, costumes, types, portraits. Parmi les écrivains dont on a invoqué le témoignage, citons : Montaigne, Saint-Simon, Gœthe, Lamartine, V. Hugo, Taine, Coppée, Huysmans, Maurice Barrès, la comtesse de Noailles, MM. Paul Claudel, René Bazin, Henry Bordeaux, Benjamin Vallotton, André Hallays, Pfister, etc.



CHEMINS DE FER DE L'ETAT ET SOUTHERN RAILWAY

Pour vous rendre en Angleterre avec le maximum de confort et le minimum de dépense.

Utilisez les lignes Paris-Saint-Lazare à Londres : 1° *Via Dieppe-Newhaven.* (Services rapides de jour et de nuit) ; 2° *Via Le Havre-Southampton.* (Service de nuit seulement). *Paquebots les plus rapides et les plus luxueux de la Manche.*

Les porteurs de billets d'aller et retour de 1ʳᵉ ou de 2ᵉ classe ont la faculté d'effectuer leur retour par l'une ou l'autre voie, sans augmentation de prix.

Se renseigner à la gare de Paris-Saint-Lazare ou au Bureau du Southern Railway, 14, rue du Quatre-Septembre, à Paris.

Service automobiles au départ de Chamonix

Chaque jour, partent de Chamonix les autocars P. L. M. qui font le «Tour du Mont Blanc». L'excursion s'effectue en deux étapes d'une journée chacune. La première comporte, au delà de Combloux, la traversée des gorges de l'Arly et du col du Petit-Saint-Bernard ; déjeuner à Brides-les-Bains en Tarentaise; dîner et coucher à Courmayeur. Le lendemain, les cars s'acheminent à travers la vallée d'Aoste, vers le col du Grand Saint-Bernard où a lieu le déjeuner. Par Martigny et les lacets de la Forclaz, on atteint, dans l'après-midi, le gouffre de de la Tête Noire, puis Vallorcine, Argentière et enfin Chamonix.

De Chamonix, on peut également visiter : en une journée : Sixt et le Fer à Cheval : en une demi-journée, chacun des sites suivants : le col des Montets-le-Chatelard ; Notre Dame de la Gorge ; les gorges de la Diosaz ; le glacier du Tour du Mont Roc ; le lac Vert ; le glacier des Bossons.

Ces services fonctionnent, de juillet à septembre. Pour en connaître les jours de fonctionnement s'adresser au Pavillon P. L. M. des autocars, avenue de la Gare à Chamonix.

pourquoi nous croyons utile et intéressant de faire connaître ce cas clinique.

F... Jules, quarante-trois ans, cultivateur, épileptique convulsif depuis son enfance. A, en outre, des équivalents : exaltation avec impulsions à frapper. Irritable et vagues idées de persécution, surtout lorsqu'il se livre à des excès éthyliques. — Ce malade nous est venu de la prison, en 1929. Il avait été arrêté et condamné pour menaces de voies de fait envers le maire et plusieurs habitants de son village. On ne l'avait jamais traité qu'aux bromures. — Soumis au gardénal dès son arrivée à l'asile (février 1929), il ne présenta plus ni paroxysmes convulsifs, ni excitation. Son caractère s'améliora considérablement aussi, sous l'influence de la médication : deux comprimés chaque jour.

Mais le 13 avril 1929, F... est pris de céphalée. On le met au lit. La température monte, la langue devient sèche, le pouls rapide mais sans hypertension vibrante. L'anorexie s'installe. Le 15 avril au soir, température à 40°2. Le lendemain matin, 38°6, mais le soir 40°8. On donne un lavement purgatif et du tartrate d'ergotamine. Le lendemain matin, 38° ; mais le soir retour à 40° malgré le tartrate d'ergotamine. Le lendemain 18 avril, nous continuons le tartrate d'ergotamine, mais en ajoutant dix gouttes teinture de belladone.

Ce fut alors le succès. La température, de 40° tombe à 38°8 et ne remonte plus. On continue, pendant six jours la médication gardénal-tartrate d'ergotamine et belladone et la température tombe à 38°2 le premier jour, le lendemain à 37° et se maintient normale. Dès le premier jour, la langue redevient humide, la céphalée s'en va et l'appétit reparaît.

le 25 avril, on cesse le tartrate d'ergotamine et belladone en conservant, bien entendu, le gardénal. La température remonte à 38°4. Nous adjoignons de nouveau belladone et tartrate d'ergotamine. De suite, la température retombe à 37°. On continua pendant quatre jours et l'on supprima de nouveau belladone et tartrate d'ergotamine. La température ne remonta plus et l'état de santé se maintint.

Ce cas clinique nous paraît bien intéressant, car il montre nettement l'influence heureuse de l'adjonction, au gardénal, des médicaments sédatifs du vague et du sympathique.

Chez ce malade soumis régulièrement au gardénal, nous n'aurions pas eu un état de mal convulsif ; mais nous aurions eu un *état de mal à forme vago-sympathique* (40°8, langue sèche, céphalée...) bien probablement mortel. L'adjonction de belladone et de gynergène pendant quelques jours, on le voit, a fait disparaître les graves symptômes relevant du système vago-sympathique.

C'est pourquoi nous croyons bon d'attirer l'attention sur cette forme clinique de l'état de mal comitial et sur sa médication.

VARIETES

Courteline aliéniste

Par **J. LAFONT** (Clermont-Ferrand).

> *La vérité, c'est que nous vivons dans un pays d'où le bon sens a cavalé, au point que M. de la Palisse y passerait pour énergumène.*
> (*L'Article* 330.)

Courteline était connu comme humoriste, comme réaliste, comme classique, mais non comme aliéniste ; c'était cependant là un des traits les plus curieux de son talent ; dans les milieux où il a évolué (le collège, la caserne, le bureau, la Butte) il a eu l'occasion de rencontrer des déséquilibrés, des demi-fous, des fous complets et il n'a pas manqué de les observer avec attention et de les dépeindre avec exactitude. Si l'on parcourt son œuvre même rapidement, on est frappé du grand nombre d'affections mentales qu'elle renferme.

Nous avons pu en relever 19 cas, jeunes premiers ou simples figurants de la scène psychiatrique, qui se répartissent dans les catégories suivantes : Intoxication alcoolique aiguë : La Brige (*Un homme qui boit*), Théodore (*Théodore cherche des allumettes*), La Biscotte (*Lidoire*), Le Gasteux de la Roche-Tarpéienne (*Le bout de l'an*), Jomard et un ivrogne (*Blancheton père et fils*) ; intoxication alcoolique chronique : Hurluret (*Jusqu'à la gauche*) ; délire des traumatismes : l'oncle (*L'escalier*) ; aboulie : Lahrier (*MM. les ronds-de-cuir*) ; hypocondrie : Alceste (*La conversion d'Alceste*) ; déséquilibre mental : Hamlet (*Les linottes*) Hour (*Les linottes*), le vieillard (*L'art de culotter une pipe*), La Brige (*La correspondance cassée*, *l'Ami des lois*, *l'Article* 330), Labourbourax (*Le gendarme est sans pitié*) ; démence précoce : Panais (*Le coup de marteau*), Floche (*Le commissaire est bon enfant*) ; démence sénile : Soupe (*MM. les ronds de-cuir*) ; paralysie générale : Letondu (*MM. les ronds-de-cuir*).

Evidemment il ne faut pas s'attendre à extraire de Courteline les éléments d'un traité de pathologie mentale, les exigences particulières de la nouvelle, du roman et du théâtre s'accordant mal avec la rigueur scientifique ; mais les troubles psychiques, l'affaiblissement de l'intelligence, la perte de la mémoire, l'abolition de la volonté, l'apparition des idées délirantes sont bien observés et bien décrits ; les types médicaux sont nets et précis, faciles à identifier et à étiqueter, tout au moins autant que faire se peut en pareille matière.

Nous nous bornerons à reconstituer l'observation de Letondu, expéditionnaire à la Direction des Dons et Legs ; elle donne une bonne idée des troubles psychiques de la paralysie générale, tels qu'ils se manifestent dans la vie courante et tels que nous les avons recueillis, à l'état de pièces détachées, dans *MM. les ronds-de-cuir*.

***

La période prodromique revêt une forme neurasthénique. Letondu, triste et sombre, évite la société de ses collègues et recherche la solitude. *Arrivé à l'heure précise, il s'enfermait en son bureau, s'y verrouillait à double tour et y demeurait de longues heures sans que l'on pût savoir ce qu'il y fabriquait.* Son caractère se modifie ; *ce pauvre diable humble et propre, pénétré de sa petitesse,* devient irritable et agressif ; il prend en grippe ses supérieurs, s'oublie dans son langage et répond à son chef, La Hourmerie, avec la dernière grossièreté ; il néglige complètement sa toilette et arrive au bureau *le teint boueux, la cravate lâche, le faux col en accordéon.*

La folie de Letondu *d'abord hésitante et vagabonde,* ne tarde pas à se préciser. Il prend des attitudes étranges qui traduisent la déchéance mentale ; tantôt il garde l'immobilité pendant des heures, *les jambes en branches de compas* ; tantôt il monte et reste debout sur la cheminée ; tantôt enfin il *exécute dans la diagonale du bureau des allées et venues de bête en cage, les mains aux reins et déchaussé.*

La volonté consciente est profondément atteinte ; Letondu devient un impulsif et tous ses actes prennent un caractère d'automatisme brutal et de violence désordonnée. Il entre dans une période d'excitation morbide, qui s'oriente dans la direction de la culture physique intensive ; mais l'affaiblissement de l'intelligence ne lui permet point de pratiquer un entraînement méthodique et imprime à tous ses exercices un cachet d'absurdité manifeste. *Il ne monte plus les escaliers de la Direction et n'en parcourt plus les couloirs qu'en criant : « Une ! Deux ! » à tue-tête, sous prétexte de développer ses pectoraux.* Pour donner de la souplesse à ses poumons, il achète un clairon et

se met à jouer, *arrachant de force à l'instrument des sons rauques abominables.* Puis il s'adonne à l'escrime, apporte des fleurets et *boutonne les murs de sa pièce dont le papier n'est plus que loques et lambeaux.* Il passe ensuite aux exercice de force ; *il fait également des haltères, sortes de poids à deux têtes, qu'il lève à la force des bras, puis laisse retomber bruyamment sur le sol.* Enfin il imagine d'organiser *des jeux renouvelés de l'antique... Il arriva, un matin, une roue de wagonnet sous le bras, dont il se mit à se servir comme d'un disque. Projetée à toute volée d'une extrémité à l'autre de la pièce, la lourde masse de fer en venait heurter la porte, qu'elle défonçait peu à peu* ; il pousse même l'imitation *des athlètes lacédémoniens, qui s'oignaient d'huiles parfumées,* jusqu'à *se badigeonner, depuis les pieds jusqu'à la tête, avec de l'huile de foie de morue.*

Toutes ces manifestations de suractivité offrent, en dehors de leur valeur symptomatique, ce caractère intéressant de déterminer et d'orienter des idées délirantes à forme expansive ; Letondu est fier du développement physique qu'il a obtenu ; il vante la dureté de fonte de ses biceps, la vigueur de ses poumons ; ce n'est pas encore suffisant ; *il résolut enfin d'imiter les grands hommes de l'antiquité, de régler sa vie sur les leurs et d'égaler leurs vertus par les siennes.* Le délire met en relief la perte de la mémoire et le trouble de l'association des idées ; nous voyons Letondu *lâché à toutes brides dans une mêlée inextricable de guerriers et de philosophes, les prenant les uns pour les autres, exaltant indifféremment le caractère de Régulus et celui de Caligula, confondant Mithridate avec Sardanapale, Thémistocle avec Télémaque, Lycurgue avec Laocoon.*

Ces idées délirantes, mobiles et variables, évoluent et se transforment ultérieurement en idées de grandeur et de satisfaction. *Enfin il eut l'âme de Platon !... Il en conçut le légitime orgueil d'un monsieur qui a su, par sa persévérance, son opiniâtreté au-dessus de tout éloge, atteindre le but qu'il a laborieusement visé.* Les états délirants de la paralysie générale sont toujours contradictoires et incohérents ; Letondu, qui se réjouit de la transformation de sa personnalité, continue à remplir sans trop d'étonnement les fonctions d'expéditionnaire à la Direction des Dons et Legs.

On constate, en outre, la coexistence d'idées de persécution vagues et mal systématisées, qui empiètent sur les idées de grandeur et se caractérisent par leur allure violente et désordonnée.

Il poussa plusieurs « Pouah ! » significatifs, et essuya bruyamment de sa botte les crachats semés par le plancher en signe de dégoûtation...

Il poursuivit, disant que les temps étaient proches ! que des événements immenses se préparaient ! Car à la fin c'était l'invasion de la fange et il importait que les âmes vraiment grandes en vinssent à la réalisation de leurs généreux desseins !

— Je me rendrai à la Chambre des députés, portant le fer sous le feuillage, comme Harmodius et Aristogiton. Je monterai à la tribune ; et là, en présence d'un peuple innombrable venu des quatre coins du globe pour m'acclamer, je dirai...

Je dirai des choses formidables ! ... qui étonneront les plus sceptiques ! ... et glaceront le cœur des plus braves d'une indicible épouvante.

Que d'hommes ! — je dis : en cette maison — que d'hommes justement accusés de servilité et de bassesse, seraient ici soupçonnés du contraire... si ce contraire n'était encore un moyen détourné, qui les signale... à la réprobation générale.

Salut aux gens de bien ! Salut aux âmes irréprochables ! Salut aux cœurs purs, dignes de ce nom ! Salut aux consciences d'élite ! Aux honnêtes gens de tous les temps, passés, présents et à venir, j'entre et je dis : « Je vous salue, messieurs ! »

— Mais honte à ceux-là, misérable et vil troupeau de brutes, que guide la seule flétrissure de leur néfaste hospitalité, à travers une vie inutile, semée en apparence des plus nobles attributs de la vertu, en réalité du fumier de la duplicité, de la déloyauté et de la perfidie ! ...

Une enquête ! Une enquête ! La révélation des monstrueuses turpitudes qui souillent les dessous de cette maison importe au salut de la Chose Publique ! Des faits ! Et des noms ! ... Oui, des noms ! ... des noms plus encore peut-être ! ! ! ou moins ; qu'importe ? jetés comme autant de soufflets à la face rougissante de honte d'un univers à jamais consterné, voilà ce qu'il faut ! Haut les cœurs ! Haut les âmes ! A moi les hommes de bonne volonté et de généreuse initiative ! ... Une enquête ! Une enquête ! Une enquête ! ...

Toutes ces idées, de grandeur ou de persécution, présentent des caractères communs, qui en font le type de la démence paralytique : la mobilité, la multiplicité, l'incohérence, le défaut de systématisation, dus aux troubles de l'attention et de l'association des idées ; l'absurdité et la contradiction, causées par la déchéance intellectuelle.

L'affaiblissement cérébral se révèle également dans le langage. Le monologue prend une valeur symptomatique, quand il devient habituel ; il est entrecoupé par des pauses, qui traduisent l'incoordination des idées. Le discours est incorrect, émaillé de fautes de grammaire, illogique, inintelligible, souvent violent et grossier. Le ton revêt une forme en rapport avec les conceptions délirantes ; il est emphatique et déclamatoire ; Letondu parle *d'un ton de prêtre en chaire,* il *déclame avec une majesté imposante* ; pour souligner les idées importantes, il détache les syllabes et les *présente une à une, ainsi que des oracles.* Le timbre de la voix se modifie, *prend d'étranges sonorités,* ou *sonne en appel strident de trompette.* Les gestes accompagnent les paroles, dont ils accentuent le caractère ; c'est tantôt *le large mouvement emphatique, distributeur de justes palmes,* tantôt le fait d'empoigner ou de brandir une chaise.

Les altérations de l'écriture traduisent non seulement les troubles moteurs (tremblement et incoordination), mais encore les désordres psychiques.

Dans le simple acte d'écrire apparaissent déjà des symptômes révélateurs. Le paralytique général, en période d'agitation, est incapable de tenir la plume qu'il jette d'un mouvement impulsif ; c'est ce qu'observe Bourdon, le chef du matériel : *Après avoir hier, chez moi, signé d'une main fiévreuse la feuille d'émargement, il m'a presque jeté au visage la plume dont il venait de se servir, faisant suivre cette voie de fait de cette déclaration incompréhensible : « Je tremble, monsieur Bourdon, je tremble... mais ce n'est pas de peur, c'est d'indignation.* Tout au contraire, quand il est en état d'euphorie expansive, Letondu manifeste une tendance à la graphomanie. *Il entrait dans les bureaux, râflait la besogne sur les tables, enlevait aux mains des expéditionnaires des dossiers volumineux, et emportait le tout sous son bras sans un mot d'explication.*

Les troubles calligraphiques reconnaissent une origine motrice et psychique ; ils dépendent à la fois du tremblement et de l'incoordination si fréquemment associés, de l'affaiblissement intellectuel, qui se traduit par le caractère régressif, enfantin de l'écriture, et des phénomènes d'excitation ou de dépression. *Ce n'était plus l'irréprochable alternance des pleins dodus et des maigres déliés, mais une furibonde mêlée de jambages galopant les uns après les autres, sans art, sans chic, sans éclat, où se lisait à livre ouvert le désintéressement d'un esprit que hantent de secrets desseins.*

Passons maintenant à l'étude de la psychographie. La

copie nécessite l'intégrité absolue de la mémoire et de l'attention ; la mémoire fixe et reproduit les images verbales, tandis que l'attention dirige et contrôle la mémoire ; il s'agit donc d'une action synergique de ces deux facultés, dont l'atteinte, constante dans la paralysie générale, déterminera l'omission de mots et même de phrases entières. *Au cours d'une expédition souvent écourtée de moitié, il arrivait que des phrases entières se faisaient remarquer par leur absence; d'autres, privées de leurs incidentes (restées en route, celles-ci, évaporées en la mémoire du copieur au même instant qu'absorbées) semblaient de distraites personnes venues au bal sans faux-cols.*

La déchéance des fonctions cérébrales supérieures donne libre cours à l'automatisme psychologique, qui, lui, reste indemne jusqu'à la période ultime de la maladie ; d'où l'apparition de nouveaux troubles de l'écriture : répétitions, transpositions, substitutions. Dans un projet de décret relatif au legs Quibolle, Letondu met « Quibolle, Victor-Grégoire » au lieu de « Quibolle, Grégoire-Victor » ; l'importance et par suite la valeur séméiologique de cette transposition ne sauraient nous échapper, puisqu'il s'agit d'actes administratifs et que ce simple écart de plume est susceptible de donner lieu à l'intervention des tribunaux civils et de la Cour de cassation.

Enfin le contenu des écrits nous fournit des renseignements précis sur l'état des facultés intellectuelles du sujet et en particulier sur ses conceptions délirantes. Certaines phrases *étaient vêtues en chienlits et parlaient de trente-six choses à la fois : du legs un tel et de la mort de Sénèque; de la loi sur les successions et de l'énergie d'Arria qui se plongea un couteau dans le sein en criant : « Poete, non dolet ! »*

Sur la durée et l'évolution de l'affection nous ne possédons pas de renseignements, sauf la phrase suivante qui indique une marche continue, sans rémissions ; *un mois passa, au cours duquel le détraquement ne fit que croître et embellir.* Les idées de persécution dominent la scène ; Letondu met d'abord en cause l'humanité tout entière qu'il accuse de duplicité et de perfidie, puis il incrimine la direction des Dons et Legs, et s'attaque enfin à son chef de bureau. A partir de ce moment, il n'accepte plus la moindre observation, répond avec grossièreté et profère des menaces ; *dans un flot de rauques aboiements, Letondu vouait à l'exécration des humains cet ignoble La Hourmerie.* Il va jusqu'à l'agression et à l'homicide, avec une violence et une brutalité caractéristiques de ses tendances impulsives. *Ce gaillard-là n'avait pas cané devant l'ouvrage. Il avait tapé comme un sourd, de haut en bas, avec une telle autorité que la pointe du couteau de cuisine, dont le cadavre était traversé de part en part, entamait une lame de plancher.* Après le crime, il fait preuve d'une inconscience sereine ; *Letondu semblait fort satisfait d'ailleurs, chantonnant une petite chanson et jetant des coups d'œil de biais sur son chef-d'œuvre pendant qu'il s'essuyait les mains à la mousseline du rideau.*

La conclusion c'est l'internement d'office ; Letondu est *fourré à Bicêtre avec la camisole de force.*

Au point de vue psychiatrique il paraît bien s'agir d'une forme expansive de la paralysie générale, à début pseudo-neurasthénique, avec des idées épisodiques de grandeur, de satisfaction, de persécution et des impulsions agressives ; c'est le diagnostic le plus vraisemblable, que nous préférons à ceux de psychose intermittente, de démence précoce, de délire chronique, qui sont jusqu'à un certain point soutenables.

***

On ne pensait guère que l'humour et la psychiatrie fussent susceptibles de faire si bon ménage ; pourtant il suffit d'observer, — Courteline ne s'en est pas privé, — pour constater que les déséquilibrés et les fous jouent dans la vie un rôle essentiellement comique.

Leur tenue est toujours excentrique et négligée ; Letondu arrive au bureau, *la cravate lâche, le faux-col en accordéon.* Leurs attitudes extravagantes et leurs gestes bizarres font penser à des automates : Panais pivote comme un disque, Floche ne marche pas sans manœuvrer les bras. Les troubles de la parole ont un gros succès à la scène où on les a maintes fois employés ; Théodore n'arrive plus à articuler ses mots.

L'absurdité constitue le caractère essentiel de toutes les manifestations psychiques de l'ivrogne, du paralytique général et du dément précoce : Floche *ne fait rien comme personne,... tient des discours auxquels on ne comprend goutte,... et accomplit des actions sans devant ni derrière, autant dire...* Les idées délirantes, sont, par leur diversité infinie et leur originalité déconcertante, le point de départ d'effets comiques d'autant plus marqués qu'elles sont plus mobiles et contradictoires. *Je ne sais rien de plus réjouissant à entendre*, a écrit Courteline, *qu'un discours sans queue ni tête, et tiens que les personnes timbrées, par l'étrangeté de leurs aperçus, l'inattendu toujours renouvelé de leurs saillies, valent leur pesant de beurre salé.* (*Le pointeur de cloches*).

L'insociabilité apparaît comme un symptôme constant de l'atteinte des facultés intellectuelles. Le déséquilibré est incapable de s'adapter aux conditions normales de l'existence ; l'aliéné devient vite un élément de trouble, parfois même un véritable fléau. Il en résulte des situations comiques et même de véritables *scènes de famille* lorsque plusieurs d'entre eux se trouvent réunis comme à la Direction des Dons et Legs, qui comprend un aboulique, un sénile et un paralytique, admirable synthèse de notre Administration.

***

La présence d'aliénés dans l'œuvre d'un humoriste n'a d'ailleurs rien d'exceptionnel, si l'on veut bien se reporter à la tradition classique et même moderne.

Le roman comique par excellence, *Don Quichotte*, renferme deux cas d'aliénation : Don Quichotte, qui présente du délire d'interprétation, psychose spéciale aux dégénérés ; et Sancho Panza, qui doit à la contagion des idées de grandeur et des interprétations délirantes.

Molière a créé deux types immortels de malades atteints, l'un, Argan, de neurasthénie à forme gastro-intestinale, l'autre, Alceste, d'hypocondrie morale à forme misanthropique.

L'œuvre de Dickens constitue un véritable traité de psychiatrie : « La pitié de Dickens s'étend à la seconde enfance du vieillard, à l'éternelle enfance de l'idiot. Cauchemars, hallucinations, rêves maladifs, perceptions incomplètes, raisonnements tronqués, idées fixes et idées noires, idées fausses et idées folles, divagations et radotages, Dickens traduit toutes les infirmités intellectuelles, tous les phénomènes d'une raison obscurcie ou défaillante avec une effrayante fidélité » (Filon).

Tristan Bernard a fait une peinture spirituelle de l'aboulie dans *Triplepatte* (en collaboration avec André Godfernaux), dans les *Mémoires d'un jeune homme rangé* et dans *Un mari pacifique.*

Courteline est donc demeuré, comme toujours, un classique, quand il s'est improvisé et révélé aliéniste ; il a réservé une grande place, dans son œuvre, aux intoxiqués,

aux déséquilibrés, aux fous ; il les a peints tels qu'ils sont en réalité, sans les agrandir ni les déformer ; il a su les rendre comiques en dégageant la gaieté latente contenue dans chaque type et dans chaque situation et en conciliant les exigences de son art avec la vérité de l'observation ; enfin il a eu le mérite de traduire en termes imagés et d'illustrer de traits d'esprit les descriptions les plus abstraites de la science psychiatrique.

BULLETIN DU PROGRES MÉDICAL

A propos de l'Ordre des Médecins

L'idée d'instituer un Ordre des Médecins n'est pas nouvelle.

Elle vient d'être reprise et examinée plus sérieusement. On semble vouloir passer à la réalisation. Mais, au moment de s'y résoudre, on hésite, on craint, on discute.

En effet, la question de la création d'un Ordre des Médecins est des plus graves. Il s'agit d'apporter à l'exercice de l'art médical un grand changement. Nouveauté n'est pas forcément progrès, Ce qu'on instituerait vaudrait-il mieux que ce qui est ? Les imperfections du présent ne sont-elles pas encore préférables à celles que pourrait offrir le nouveau statut ?

D'abord, à quoi porterait-on remède ? à la concurrence, à l'impitoyable concurrence qui laisse le médecin aux prises avec les difficultés matérielles ? nullement.

A la diminution de prestige dont souffrent à peu près toutes les professions libérales dans une société qui reconnaît le profit comme le but de toute activité et l'importance du gain comme le critère de la valeur personnelle ? Ce n'est pas sûr.

A l'invasion de la profession médicale par nombre d'étrangers, par les femmes aussi, qui renforcent leurs bataillons à vue d'œil et prennent une importance tous les jours plus grande ? Nous ne le croyons pas.

L'institution d'un Ordre Médical ne serait pas un remède suffisant aux maux dont on se plaint. Il y a là des phénomènes d'évolution qui dépassent les forces humaines. Notre civilisation latine est en train de se transformer. Les excès de la force brutale déchaînée pendant cinq années dans tous les sens et sur tous les modes ont fait apparaître une âme nouvelle, qui aspire à la domination, au mouvement, considéré comme source de jouissances toujours renouvelées, et qui refuse de faire entrer dans ses calculs le facteur : beauté, sentiment, durée.

Ame de tempête et de dévastation, à l'image du spectacle qui lui a été donné, telle est l'âme moderne.

Comme tout savant désintéressé, le médecin est appelé à souffrir dans la société nouvelle. Mais il a un grand levier de défense. L'humanité est toujours endeuillée. Le Prométhée est toujours en butte au vautour. Et le seul être capable de guérir et de soulager les plaies de l'humanité : c'est le médecin.

Cet homme privilégié par nature sera donc toujours appelé à jouer un rôle et que l'on institue un Ordre ou non, que son statut soit modifié ou non, le médecin exercera toujours son ministère,

Il ne faut donc pas attendre de cette réforme projetée un bienfait sans mesure, la guérison des médecins par les médecins, le salut de l'art médical, qui n'est nullement en danger.

L'effet le plus probable serait pour le médecin, déjà si dévoué, un redoublement de vertu, ou plutôt d'ascétisme.

C'est bien là le but que certains poursuivent. Nos médecins ne sont pas encore assez désintéressés, assez modestes, assez prêts au sacrifice. Après tant d'exemples de dévouement à l'humanité, donnés par de si nombreux radiologistes, la prétention de rendre le corps médical plus vertueux apparaît comme entachée de quelque impudence.

Il est vrai que des scandales récents ont éclaté. Mais qu'est-ce que cela prouve ? Que certaines tentations trouvent dans tous les milieux des âmes faibles qui ne savent pas résister Dans les plus hautes sphères on en trouve des exemples.

Ne tirons donc pas d'événements très regrettables, certes, mais sans signification réelle, des conséquences exagérées

Un Ordre des Médecins veillerait, dit-on, sur la conduite professionnelle de ses membres. Les fautes commises par ceux-ci pourraient être déférées à son Conseil de discipline qui prononcerait des peines plus ou moins graves.

Je réponds : toutes les peines sont graves.

Il est dangereux pour les médecins d'être jugés par d'autres que par les tribunaux

En lutte constante avec les fléaux qui assiègent l'humanité, le médecin a besoin d'une indépendance totale et d'une grande force de caractère.

Tout ce qui peut nuire à son élan, à sa confiance en son propre talent, à son esprit de décision, va à l'encontre des intérêts et du médecin et du malade.

« Tout ce qui entame l'indépendance du médecin est contraire à la déontologie et préjudiciable à la corporation »(1) .

Il n'est donc pas prudent de laisser planer sur la vie professionnelle du médecin le danger d'un recours toujours possible du malade ou des siens à une autorité scientifique, qui, sans garantie d'impartialité ni de supériorité évidente sur le praticien, souvent illustre, mis en cause, pourrait être amenée à se livrer à de longues enquêtes, également démunies de garantie légale, et qui auraient le très grave inconvénient de mettre en suspicion, pour un temps en quelque sorte illimité, le savoir du médecin.

On objectera que la plupart des plaintes ne seront pas suivies.

Elles auront été cependant produites et cela, déjà, serait extrêmement fâcheux. Rien ne doit troubler l'âme du praticien, qui doit rester, à l'égal d'un miroir, sans nuages qui le ternisse.

Il ne faut pas être dupe d'un raisonnement par analogie.

Il existe, dira-t-on, un Ordre des Avocats. Pourquoi n'aurions-nous pas de même un Ordre des Médeçins ?

Il n'y a aucune ressemblance entre l'une et l'autre profession.

De la nécessité de plaider journellement au Palais, découle, pour les avocats, l'obligation d'une étroite confraternité. Une vie commune s'établit. L'existence de l'avocat est en quelque sorte publique. On le voit, on l'entend on a nécessairement affaire à lui. Chacun peut donc l'éprouver et ses confrères le connaissent à merveille.

Il est donc protégé par le caractère officiel et public de sa profession.

Il l'est mieux encore — par qui ? — par le tribunal devant lequel il plaide, d'abord parce qu'en terminant les litiges, le tribunal décharge les avocats de leur responsabilité, ensuite parce que le tribunal peut apprécier aisément les qualités de l'avocat, sa loyauté, sa sincérité, son jugement.

Rien de tel n'existe chez les médecins, à moins qu'ils ne pratiquent uniquement dans les hôpitaux. Mais le médecin qui soigne son malade dans son cabinet ou à domicile ne fait rien que de privé et de secret.

En présence d'une plainte, le médecin serait donc facilement désarmé.

Il ne peut, il ne doit y avoir aucune surveillance disciplinaire.

Instituer un Conseil de l'Ordre des Médecins est un projet séduisant, mais dont la réalisation n'apporterait aux médecins que des causes de faiblesse et de trouble.

P. Castel,
Avocat à la Cour.

(1) Parole extraites d'un article de M. le Dr P. Le Gendre intitulé : « A propos d'un Conseil de l'Ordre des Médecins » paru dans la *Revue de Déontologie* de novembre 1904.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE & COLONIALE

Intoxications.

L'intoxication par teinture pour chaussures (R. Lavoine, F. Pancier, *Gazette médicale de Picardie*, avril 1929,) est due le plus fréquemment au nitrobenzène et donne lieu à deux symptômes caractéristiques : 1° l'odeur d'essence de mirbane (fausse essence d'amandes amères) ; 2° la coloration livide, ardoisée, que les Anglais ont désignée sous le nom de *bathiochromie*.

Le benzène, employé comme solvant, et l'aniline ne jouent qu'un rôle secondaire, leur toxicité étant beaucoup plus faible.

Il est en tout cas indispensable de signaler le danger des chaussures fraîchement vernies, les produits à base de nitrobenzène devraient porter une étiquette spéciale.

L'intoxication professionnelle est généralement bénigne chez les ouvriers soigneux ; l'empoisonnement criminel et le suicide sont extrêmement rares.

Les intoxications se sont multipliées aux Etats-Unis, depuis l'ère du régime sec, avec l'ingestion de liquides alcooliques dénaturés au nitrobenzène.

Tube digestif.

La teinte subictérique, extrêmement discrète, peut être décelée par le procédé, dit *à l'encre violette*, de Roumaillac (de Captieux) (*Journal de médecine de Bordeaux*, 20 avril 1929) ; il permet, d'une façon très simple, de révéler l'ictère latent par le contraste des couleurs.

Le principe physique sur lequel il est basé est le suivant : Les couleurs complémentaires ont la propriété de s'aviver mutuellement lorsque l'une d'elles au moins est disposée sur une large surface ; ainsi une bande violette paraîtra extrêmement violette sur un fond jaune verdâtre, qui paraîtra lui-même très jaune.

Dans le cas de subictère, une plume, chargée d'encre violette, tracera une ligne sur la peau du malade, ce qui aura pour résultat de décelèr la couleur jaune-verdâtre que l'on ne pouvait reconnaître au simple examen visuel. Le contraste est surtout très apparent à la face antérieure du poignet.

La méthode des injections calmantes locales, préconisée par Parturier et Hutet, à la suite des travaux de Roch (de Genève) est l'application thérapeutique de découvertes physiologiques récentes (*Journal de médecine de Lyon*, 5 avril 1929).

Les syndromes douloureux vésiculaires constituent une indication importante de l'anesthésie locale des viscéralgies, grâce à son efficacité.

La technique est très simple. On recherche la zone cutanée douloureuse, qui, le plus souvent se superpose au point vésiculaire ; on pratique alors une injection de chlorhydrate de cocaïne, *dans l'épaisseur même du derme*, à l'aide d'une aiguille courte très fine ; il y a intérêt à répartir l'anesthésique en plusieurs points et à employer des doses aussi faibles que possible. On obtient de bons résultats en injectant des doses de cinq à vingt milligrammes.

La colique hépatique est calmée pendant une durée de 2 à 12 heures, de 6 heures en moyenne, ce qui est généralement suffisant pour arriver à la fin de la crise.

Dans les cas chroniques, de beaucoup les plus fréquents, les douleurs sourdes et les pesanteurs plus ou moins continues disparaissent à peu près régulièrement (90 %).

La très faible quantité d'anesthésique employée ne fait courir aucun risque d'intoxication ; les troubles lipothymiques, très bénins se rencontrent rarement (3 %).

L'injection locale de cocaïne paraît supérieure à l'injection générale (sous-cutanée) de morphine, car elle agit simplement sur le point douloureux sans imprégner, sinon avec une très grande lenteur, l'organisme entier ; de plus la cocaïne paraît, aux doses indiquées, moins toxique que la morphine chez les cardiaques ou les rénaux. Cette supériorité, déjà marquée dans les cas aigus, apparaît incontestable dans les syndromes chroniques, qui contre-indiquent formellement l'emploi de la morphine sous toutes ses formes et surtout par voie hypodermique.

Chirurgie.

La chirurgie des tendons des doigts donne des résultats fort aléatoires et réserve bien des déboires au chirurgien praticien ; elle doit relever du chirurgien spécialisé (Chaton, *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 avril 1929).

Dans certains cas l'impotence fait ou paraît faire défaut, ce qui provoque un diagnostic erroné et entraine des conséquences particulièrement fâcheuses.

La suture primitive et la suture secondaire ont leurs avantages et leurs inconvénients. La suture en lacet de Cunéo constitue un progrès technique sérieux ; la méthode de reconstitution par greffe de Sterling-Bunnel est appelée à modifier heureusement le pronostic.

Une immobilisation de 8 jours est indispensable ; la mobilisation passive permettra ensuite de revenir prudemment à la mobilisation active, six semaines après la suture.

Obstétrique.

L'analgésie pendant l'accouchenent n'est pas encore obtenue, car il n'existe pas de médicaments conciliant l'absence de douleur et de danger (M. Favreau et G. Lafleur, *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 avril 1929). Chaque groupe d'analgésiques diminue la souffrance de la mère, l'abolit même quelquefois, mais chacun agit d'une façon différente et un même agent, à dose égale, donne des réactions différentes suivant les sujets : certains sont dangereux et demandent à être maniés avec précaution.

Le chloroforme à la Reine peut donner dans la pratique courante d'excellents résultats, car il procure dans la plupart des cas une analgésie appréciable ; on aura aussi de bons résultats en l'alternant avec l'éther à la compresse ; le melange de Schleich est à recommander.

Le protoxyde d'azote et la rachianesthésie doivent être systématiquement écartés.

La morphine à petites doses calme l'hyperexcitabilité utérine ; elle est contre-indiquée en cas d'hypotonie ; la scopolamine-morphine est à écarter.

Instrumentation.

La pince à traction de l'amygdale doit satisfaire pour Verger aux conditions suivantes (*Gazette médicale Limousine*, mars 1929) : 1° avoir des mors solides, ne coupant pas, n'arrachant pas ; 2° posséder un cran d'arrêt pour fixer la prise ; 3° être coudée de façon à ne pas gêner la visibilité, soit par elle-même, soit par la main qui la tient ; 4° présenter des anneaux disposés de telle sorte que l'anse du serre-nœud puisse passer par dessus. La pince de Verger présente des avantages sur la pince de Bourgeois, à anneaux décalés mais droite, et surtout sur les pinces de Luc et de Museux.

Varia

Il y a trente ou quarante ans l'enseignement anatomique ne se concevait que sous deux formes : descriptive ou topographique. L'anatomie descriptive par régions corrige les défauts inhérents à ces deux méthodes (J. Delmas, de Montpellier).

Je voudrais insister sur une erreur que l'on fait couramment en clinique et qui consiste à méconnaître une tuberculose, à imaginer quantité de diagnostics improbables, pour la seule raison que l'expectoration ne contient point de bacilles. On a tellement insisté, dans le cours de ces dernières années, sur l'importance de l'examen des crachats qu'il en est resté dans l'esprit de tous les médecins la notion un peu simpliste qu'une tuberculose pulmonaire fait toujours bactériologiquement sa preuve (Croizier, de Saint-Etienne).

Au cours de leurs études, quand elles sont sérieuses, tous les étudiants doivent apprendre à voir un fond d'œil avec un ophtalmoscope, des cordes vocales avec un laryngoscope, à examiner un tympan, à manier un urétroscope. Plus tard s'ils ne se spécialisent pas, ils envoient leurs malades à l'ophtalmologiste, à l'urologue ou à l'oto-rhino-laryngologiste. Chose étonnante, tout le monde se sent né radiologiste puisqu'il s'agirait de voir seulement du noir sur du blanc, d'où cette éclosion de diagnostics erronés et même de joyeuses communications pseudo-scientifiques d'où l'on ne peut tirer que cette conclusion ; tout s'apprend, même la radiologie (H. Josse, d'Alger).

J. LAFONT.



ACTUALITÉS

L'infarctus hémorragique de l'intestin

L'infarctus hémorragique de l'intestin n'est pas une affection rare. M. Jean Farati vient d'en rapporter 10 nouvelles observations inédites dont 4 personnelles. (1)

L'infarctus intestinal est une lésion anatomo-pathologique bien caractéristique : elle est la conséquence d'un arrêt de la circulation artérielle ou veineuse.

Pour que l'arrêt de la circulation artérielle se produise deux facteurs interviennent :

a) L'oblitération du tronc d'origine ou d'une grosse branche de division de l'artère mésentérique supérieure par une embolie partie du cœur ou de l'aorte ; ou par artérite thrombosante.

b) L'insuffisance fonctionnelle des arcades anastomotiques par suite d'affaiblissement du myocarde ou sclérose artérielle diffuse.

C'est le reflux du sang par les veines avalvulées qui produit l'hémorragie,

L'arrêt de la circulation veineuse se produit, quand une thrombophlébite radiculaire d'origine intestinale bouche les veines droites en nombre suffisant, ou un segment d'arcade juxta-intestinal (vaisseau parallèle) suffisamment long pour ne plus permettre l'évacuation du sang artériel qui continue à arriver par les artères.

L'obstruction isolée du tronc porte, ou du tronc de la mésaraïque, ou d'une de ses branches ne produit pas un infarctus, mais elle produit une stase relative dans le système circulatoire de l'intestin qui facilite la production et l'extension des phlébites radiculaires thrombosantes.

Quand la circulation veineuse est bloquée, c'est l'afflux du sang, par les artères restées perméables, qui produit l'hémorragie.

L'appendicite est peut-être la cause la plus fréquente de l'infarctus par thrombophlébite.

Contrairement aux idées en cours jusqu'alors, *l'infarctus par thrombo-phlébite est plus fréquent que l'infarctus par oblitération artérielle.*

L'infarctus de l'intestin grêle est beaucoup plus fréquent que celui du gros intestin :

L'étendue considérable du territoire desservi par l'artère mésentérique supérieure en comparaison de celui de l'artère mésentérique inférieure, d'une part, et, d'autre part l'existence, dans les segments accolés du gros intestin, d'artères et de veines de sûreté (système de Retzius) qui font défaut à l'intestin grêle, sont les seules raisons qu'on puisse donner de la rareté de l'infarctus isolé du côlon.

L'étendue des lésions est très variable ; elle peut aller de quelques centimètres à l'infarctus total de l'intestin.

Le tableau clinique d'un infarctus hémorragique de l'intestin est des plus caractéristiques, lorsque la douleur abdominale brutale et suraiguë du début est suivie de vomissements sanglants ou de selles sanglantes. Dans ces cas, qui ne sont pas rares, on doit faire le diagnostic d'emblée.

Dans les autres cas, les symptômes sont beaucoup moins caractéristiques, la confusion est possible avec tous les syndromes dramatiques abdominaux :

L'absence de météorisme et de contracture péristaltique n'est pas en faveur de l'étranglement interne, diagnostic habituellement posé.

Dans les cas douteux, essayer de faire un lavage d'estomac et un lavement évacuateur qui permettront parfois de révéler la présence de sang, signe caractéristique de l'infarctus hémorragique de l'intestin.

Bien souvent encore malgré les progrès réalisés dans

(1) Thèse de Paris, 1929, 194 p. Arnette, éditeur.

l'étude de l'infarctus intestinal, la laparotomie exploratrice permettra seule d'en faire le diagnostic.

Le seul traitement logique est l'entérectomie. Il faut qu'elle soit précoce et large. Les 42 cas d'infarctus intestinat guéris par entérectomie que M. Farati rapporte sont le meilleur argument à sa conclusion.

Contrairement aux idées classiques, M. Farati pense que *l'infarctus par oblitération artérielle est beaucoup plus grave que l'infarctus par thrombo-phlébite*, en raison de l'état général et du terrain des malades qui sont atteints (cardiaques, vieillards, artério-scléreux).

L'infarctus par oblitération veineuse est la forme chirurgicale de la maladie, et c'est celle qui a donné les plus nombreux succès opératoires.

L'infarctus étendu à plus de la moitié de l'intestin échappe à la résection. La résection d'une étendue équivalente ne doit pas arrêter l'opérateur.

Le choix entre les deux techniques d'entérectomie, en un temps ou en deux temps, est lié au siège de l'infarctus. Quand la lésion siège dans la moitié supérieure du grêle, l'entérectomie intra-péritonéale en un temps s'impose dans tous les autres cas, l'entérectomie extra-péritonéale en deux temps est indiquée. Elle est moins grave que l'entérectomie idéale en un temps.

Dans l'entérectomie en un temps, préférer le bouton anastomotique, il est beaucoup plus rapide et donne, comme sûreté, d'aussi bons résultats que la suture au fil.

La carence sérologique au cours de certaines syphilis secondaires.

Au cours de la syphilis secondaire les séro-réactions sont en général complètement positives et d'une utilité considérable pour confirmer le diagnostic clinique :

Dans des cas tout à fait exceptionnels, cependant, la réaction de Wassermann et les réactions associées peuvent être négatives au cours de syphilis certaines, florides et contagieuses.

Il s'agit très rarement de malades vierges de tout traitement.

En général, cette latence sérologique s'observe au cours de syphilis rebelles, ou de lésions récidivantes, chez des malades traités ;

Ces anomalies sérologiques coïncident habituellement avec des lésions cliniques régulières ne présentant pas de physionomie spéciale.

Parfois la maladie peut prendre un aspect ulcéreux et il peut être impossible de retrouver le tréponème dans les lésions.

Dans des cas exceptionnels, il s'agit de syphilis malignes précoces. Le Wassermann est alors le plus souvent simplement retardé et ne devient que tardivement positif.

Des accidents uniques chancriformes peuvent également être accompagnés d'une réaction de Wassermann négatives, le diagnostic offre alors la plus grande difficulté avec le chancre de réinfection.

Une thérapeutique judicieuse, arsenicale chez les malades vierges de tout traitement, bismuthique ou mercurielle chez les arséno-résistants amène la guérison des lésions et dans les trois quarts des cas active la sérologie, qui devient positive.

Cette latence sérologique ne peut être due à un tréponème spécial, car l'examen des conjoints a montré dans tous les cas que, chez ceux-ci, les réactions étaient positives.

La cause de cette anomalie sérologique semble être due aux malades eux-mêmes, au terrain.

Bien que les recherches actuelles sur le mécanisme du

Wassermann aient montré que cette réaction ne doit pas être considérée comme une réaction d'immunité, il semble, dit le Dr Yves Bureau, qui vient de consacrer sa thèse (1) à l'étude de cette question, que l'absence de modifications sérologiques chez certains sujets coïncide avec un état de moindre résistance des humeurs puisque l'application d'une thérapeutique agissante, en guérissant les lésions, provoque chez ces malades dans les trois-quarts des cas l'activation des séro-réactions qui deviennent presque instantanément positives.

Les modifications sérologiques ne peuvent donc pas être utilisées, exclusivement, pour juger du degré de l'infection syphilitique ; la constatation de séro-réactions négatives en pleine septicémie tréponémique en fournit une preuve péremptoire.

Les séro-réactions, même au cours de la syphilis secondaire, ne peuvent donc être considérées comme ayant une valeur absolue. En cas de désaccord entre le laboratoire et la clinique, ce sont les renseignements fournis par cette dernière qui ont le plus de valeur.

(1) Thèse de Paris, 1929. Service du Dr Lortat-Jacob. A. Legrand, éditeur,

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le traitement des albuminuries.

Dans un remarquable mémoire, Isaac Star (*The Journ. of Exper. Méd.*, XLIII, 31) démontre par des expériences très précises que l'on peut à volonté, provoquer la production d'albuminurie par vaso-constriction rénale, aussi bien chez l'homme que chez les animaux.

Ces expériences réalisées avec l'éphédrine, dont on peut doser à volonté l'intensité d'action et dont l'influence sur la pression sanguine est moins brutale et plus durable que celle de l'adrénaline, lui ont permis d'élucider le rapport qui existe entre l'élévation de la pression sanguine, la vaso-constriction rénale et les modifications de la sécrétion urinaire déterminant la filtration de l'albumine par la glande rénale et en conséquence les relations qui existent entre l'établissement de l'hypertension et l'albuminurie dans les néphrites et la sclérose rénale à son début.

Ce travail est une confirmation indirecte des travaux des Professeurs Fedeli, Pic, Bonnamour et Naz Berges, qui ont montré que dans les néphrites avec hypertension, le gui déterminait en même temps que l'abaissement de la tension san-

guine une diminution et même une disparition totale de l'albumine excrétée en même temps que la disparition des œdèmes et autres symptômes accessoires de ces néphrites.

Ils ont constaté qu'à la suite d'administration de guipsine sous forme pilulaire, ou même en injections dans les cas d'urgence, on constatait en même temps une augmentation du volume de l'urine et une élimination plus considérable, parfois très marquée des chlorures, de l'azote total et de l'azote uréique.

Fideli rapporte que cette préparation agit non seulement dans les néphrites chroniques mais également dans les glomérulo-néphrites aiguës, d'origine infectieuse et que dans un certain nombre de cas il a vu disparaître rapidement l'albumine et les autres symptômes morbides par un traitement continu uniquement à base de gui.

Ce médicament est donc non seulement un hypotenseur et un vaso-dilatateur actif, comme l'ont démontré Chevalier et le Professeur Busquet, qui en ont élucidé le mécanisme d'action pharmacodynamique, mais aussi un diurétique azoturique et déchlorurant que Pic et Bonnamour rangent à côté de la scille, dont ils ne possèdent pas les inconvénients.

L'action du gui se fait sentir dès les premières heures qui suivent son absorption, mais il s'élimine rapidement et ne détermine ni accumulation ni accoutumance ; aussi faut-il le prescrire d'une façon continue pendant plusieurs jours consécutifs et n'interrompre la médication qu'au bout d'une quinzaine pendant huit jours pour la reprendre ensuite si tous les symptômes ne se sont point amendés.

Il faut, bien entendu, ne pas négliger les prescriptions hygiéniques, mettre le malade au repos et à la diète hydrique avec infusions et fruits très mûrs (raisin en particulier) ; puis ultérieurement instituer un régime alimentaire précis, formulé par écrit, en faisant comprendre au malade la nécessité absolue de le suivre. Les principes en seront le régime hypoazoté soit strict, soit mitigé mais la notion quantitative devra toujours accompagner la notion qualitative, car ces malades sont assez souvent de gros mangeurs.

BIBLIOGRAPHIE

Léon Delhoume. — **L'Avril de nos beaux ans.** Poésies. Limoges. Imprimerie Guillemot et De Lamotte 1929.

Voici un aimable petit volume de vers, fruit des souvenirs de jeunesse et des loisirs d'un confrère, qui, si je ne m'abuse, ne doit pas être encore bien âgé, puisque l'annuaire indique 1914 comme date de son Doctorat.

Ce n'est certes pas moi qui le critiquerai d'avoir choisi la lyre comme « violon d'Ingres », d'autant qu'il en joue fort agréablement.

Stances sont des pièces où dominent les réminiscences amoureuses.

Dans *Au gré des heures*, j'aime l'*Orage*, sonnet à la Sully-Prud'homme, où la description des dégats causés par la grêle se termine par ces tercets philosophiques :

Pendant que, sur le seuil, les hommes désolés,
Regardent tristement là-bas mourir les blés
Que le fléau cruel avant l'heure moissonne,

Les enfants, sans souci des sombres lendemains,
Tête nue, et croyant que la Nature est bonne,
Recueillent les grêlons, des perles ! dans leurs mains.

Et ce *Jardin d'Automne*, dans lequel

Les riches espaliers sont pleins de moineaux vifs,
Mêlant leurs cris aigus à leurs baisers furtifs !
Une guêpe, sortant d'une prune entr'ouverte,

Suce son fin corset taché d'un suc vermeil,
Et, secouant son aile humide et tout inerte,
S'envole, ivre à la fois de miel et de soleil.

Les sujets sont variés. A une pièce *sur le Christ d'Eugène Carrière*, où règne un beau souffle religieux, succède une spirituelle boutade *Sur un recueil de pièces galantes d'une précieuse.*

Mais la note naturiste domine, L'auteur, que certaines amours ont déçu, s'écrie :

Tu seras ma maîtresse impérissable et belle,
Ma seule enchanteresse, ô nature ! pardon.

Elle éclate dans *Notre Pays* :

Reine de la Briance, ô petite patrie,
Mère que ses enfants ne peuvent oublier
Je t'aime ! Et je salue en cette rêverie
Ta belle campagne fleurie
Dont chaque coin m'est familier.

Le coin du Limousin, chanté ainsi, c'est cette petite ville de *Pierre-Buffière*, dont le nom est inscrit à jamais dans l'histoire de la chirurgie, puisque c'est d'elle que s'élança Dupuytren pour conquérir la gloire à la pointe du bistouri. Notre confrère le Dr Delhoume y pratique sagement la médecine et la poésie.

Bonne chance, dans ces deux domaines, à lui qui, sans s'être laissé gagner aux cubistes et futuristes littéraires contemporains, n'a pas cru amoindrir son inspiration en conservant le respect de notre langue, de la prosodie correcte et même de la rime riche.

Paul Le Gendre.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris le lundi 21 octobre 1929, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — I. Clinicat médical : titulaires, sans traitement, 4. — II. Clinicat médical : titulaires, avec traitement, 2 ; sans traitement, 5. — III. Clinicat obstétrical : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 2. — IV. Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 3. — V. Clinicat des maladies cutanées : titulaires, sans traitement, 2. — VI. Clinicat gynécologique : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; adjoint, 1. — VII. Clinicat de thérapeutique médicale : titulaires, sans traitement, 3. — VIII. Clinicat oto-rhino laryngologique : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1. — IX. Clinicat de thérapeutique chirurgicale : titulaire, sans traitement, 1. — X. Clinicat propédeutique : titulaires, sans traitement, 2.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 12 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 14 à 16 h., à partir du lundi 9 septembre 1929.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Raimond Sabouraud (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Joseph Belot, François de Chiara, Julien Dartigues, Duclaux, Henri Judet et F.-M. Klippel (de Paris), Payenneville (de Rouen), Léon Pous (de Perpignan).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Pierre Adeline (de Lisieux), M.-L. Antony (de Paris), Henri Baudoin (de Charleville), Louis Berthier (de Roanne), V. Chanson (de Paris), Henri Charlot (de Boen-sur-Lignon, Eugène Choquard (de Pleurs), J.-E.-A. Comte (de Paris), Croste (de Bayonne), Henri Forestier (d'Aix-les-Bains), Ch. Guedeney (d'Alise-Sainte-Reine), Gaston Lacaze (de Neuilly-sur-Seine), Paul Lafosse (de Saint-Mandé), Lecène (du Havre), Mortagne (du Merlerault), Nordmann (de Colmar), Picheral (de Nîmes), Rabeau (de Paris), Roux (de Nice), Rosanoff (de Vichy), Talandier (de Mauriac), Taufflieb (de Giromagny), Tournant (de Compiègne), Vannier (de Paris), Vicq (de Longjumeau), Wœhling dit Wehlin (de Clamart) et M. Puthomme, chef du laboratoire central de radiographie à la Salpêtrière.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Farrugia (de Tunis), P.-A. Petit et Jean Saltas (de Paris).

Médailles de la mutualité. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées, pour services rendus à la mutualité, aux médecins dont les noms suivent :

Médaille d'or. — M. le Dr Pélicand (de Bourg).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Bosviel (de Paris), Dardean (de Versailles), Lamarque (de Montpellier), Natanson (de Paris), Plumey (de Nice), Robin (de Saintes).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Bouisset (de Nice), Coquand (d'Annemasse), Devraigne (de Paris), Faucheux (de Douai).

Mention honorable. — M. le Dr Paloutier (de Paris).

Médaille des épidémies. — La médaille d'honneur en or des épidémies est décernée au Dr Dumoulin, de Sarcelles (Seine et-Oise), mort victime de son dévouement.

Hospice national des Quinze-Vingts. — A la suite du concours qui a eu lieu à la Clinique ophtalmologique, des Quinze-Vingts, les 25 et 26 juillet dernier, M. le Dr Bailliart, a été nommé médecin de la clinique des Quinze-Vingts, par arrêté ministériel en date du 9 août 1929.

Le montant des prix Nobel. — Le montant des prix Nobel en 1929 s'élèvera à 1.200.000 fr. en raison de la levée des droits fiscaux consentie par le gouvernement suédois.

XVe Prix Riberi (1928-1934). — L'Académie royale de médecine de Turin ouvre un concours pour le XVe prix Riberi de 20.000 lires. Pourront concourir tous les travaux de médecine édités depuis 1927 en langue italienne, latine, française, anglaise et allemande.

Le concours sera terminé le 31 décembre 1929. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général M. le professeur L. Bobbio, à l'Académie royale de médecine de Turin.

Un concours pour six emplois de médecins en Algérie. — Un concours sera ouvert par le gouvernement général de l'Algérie, le 18 novembre 1929, pour le recrutement de six médecins de colonisation en Algérie.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Office de l'Algérie, 10, rue des Pyramides à Paris 1er arrondissement.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face.* — M. le professeur Pierre SÉBILEAU, chirurgien des hôpitaux, et M. le Dr Léon DUFOURMENTEL, chef de clinique à la Faculté de médecine, commenceront ce cours, le mercredi 25 septembre, à 14 heures, et le continueront tous les jours à la même heure. Ce cours comprendra des leçons pratiques avec répétition par les auditeurs inscrits, et sera combiné avec un enseignement théorique qui aura lieu les mêmes jours à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine, à l'hôpital Lariboisière.

Droit d'inscription : 1.000 francs. Se faire inscrire à l'Amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1° Chirurgie cosmétique de la peau. Incisions dissimulées. Sutures. Pansements. Traitement des cicatrices. Le tatouage chirurgical.

2° Chirurgie réparatrice de la peau. Les greffes tégumentaires et les lambeaux tégumentaires.

3° Le nivellement chirurgical de la peau par action sur les téguments et les parties molles. Nivellement après distension (peau ridée), après atonie (flacidité de la paralysie faciale), après affaissements (dépressions consécutives aux traumatiques accidentels et chirurgicaux), après ptose (chute et poches cutanées). Greffons et lambeaux de remplissage (muscle, graisse, aponévrose).

4° Le nivellement chirurgical de la peau par les soutiens organiques. Greffons et lambeaux ostéopériostiques et cartilagineux. Ostéoplastie et ostéotransplantation. Greffons de continuité et traitement des speudarthroses de la mâchoire inférieure. Greffons de remplissage des cavités osseuses et traitement des pertes de substance du crâne et des sinus de la face.

5° Correction chirurgicale des déformations nasales. Traitement des affaissements squelettiques, des déviations et torsions, des hypertrophies, saillies, allongements, élargissements de la pyramide nasale.

6° Correction chirurgicale des destructions nasales partielles (rhinoplasties départementales). Réfection du lobule, de la sous-cloison, des ailes du nez.

7° Correction chirurgicale des destructions totales et subtotales de la pyramide nasale (rhinoplasties régionales). Pratique de la mise en nourrice des greffons osseux et cartilagineux. Réfection du squelette nasal. Pratique des lambeaux superposés.

8° Restauration et correction des lèvres. Cheilorraphies et cheiloplasties. Restauration du recouvrement muqueux. Restauration des plans d'épaisseur et du recouvrement cutané. Elargissement commissural. Correction des déformations (hypertrophies, irrégularités, cicatrices).

9° Restauration operculaire des grandes pertes de substance des parois buccales. Chirurgie réparatrice du menton. Pratique des lambeaux bipédiculés du cou et du cuir chevelu. Application de ces lambeaux sur des soutiens inorganiques (prothèse de soutien). Lambeaux retournés et lambeaux superposés.

10° Traitement chirurgical des divisions congénitales de la voûte et du voile du palais. L'urano-staphylorraphie.

11° Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. Traitement chirurgical des luxations récidivantes, des luxations irréductibles et des ankyloses de l'articulation temporo-maxillaire. Correction du prognathisme et des déviations mandibulaires.

12° Correction des déformations de l'oreille externe. Traitement des fistules salivaires. Technique des opérations cosmétiques sur le pavillon de l'oreille. Drainage et résection des fistules salivaires. Enervement de la glande parotide.

Service de santé. — Le classement de sortie par ordre de mérite des élèves de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce est le suivant :

I. — Médecins lieutenants : MM. Gounelle, Aujaleu, Sohier, Giraud, Pinelli, Duhau, Reberol, Horrenberger, Collin, Tanguy, Lacaux, Bidegaray, Marot, Nahon, Jude, Parent, Picard, Camoreyt, Pronzet, Salaun, Gorsse, Brucer, Marchetti, Willemin, Reynaud, Darre, Meynadier, Houpert, Audrain, Trippier, Dubourg, Mettetal, Cluzel, Syrmen, Mormand Paléologue, Bennier, Harter Jean, Harter René, Petitdemange, Senequier, Counes, Julliard, Arthenas, Cadi, Poulin, Durand, Pagès, Dassonville, Marmillot, Maître Robert, Cauvin, Humann, Gosse, Gardet, Spetebroot, Huguier, Duc, Carayon, Lapeyre, Doumene, Chemin, Egère, Cazeauxrendre, Peraldi, Peyre, Lados, Robert, Duport.

II. — Pharmaciens lieutenants : MM. Velluz, Colin, Precep-

tis, Siméon, Le Moult, Hamet, Poste. Louvart, Diverres, Tardy, Chambon, Corbé, Moreau, Lescop; Billant, Cariou.

Médecins radiologistes présents. — *Du 1er au 30 septembre* : MM. Aubourg et Thibonnau.

Du 15 au 30 septembre : M. Porcher.

Nécrologie. — Dr Jean JARKOWSKI, professeur agrégé de l'Université de Varsovie, membre de la Société de neurologie, décédé à Paris. — Dr CAPITAN, professeur au Collège de France, membre de l'Académie de médecine. Dr Alphonse MOUCHET, chirurgien honoraire des hospices de Sens, membre correspondant de l'Académie de médecine décédé à Fontainebleau, dans sa 87e année. — M. Jean GUY, élève à l'Ecole de Santé militaire de Lyon, décédé accidentellement à l'âge de 23 ans. — Dr Jules BOUVAT, de Saint-Péray (Ardèche), ancien président du conseil général de l'Ardèche, décédé à l'âge de 75 ans. — Dr Eugène BLOCH, 196 bis, avenue du général-Michel-Bizot, Paris.

GLANURES

Le dernier opérateur de Waldeck-Rousseau. — Notre distingué et érudit confrère, M. le docteur Callamand, rappelle, dans le numéro du 29 juin que Waldeck-Rousseau, après avoir été une première fois opéré par le Professeur Poirier, subit une seconde intervention, à la suite de laquelle il succomba, et qui fut pratiquée par un autre chirurgien, dont le nom lui échappe. Si mes souvenirs me servent bien, l'opérateur en question fut Kehrr (d'Alberstadt), qui vint spécialement d'Allemagne avec ses aides habituels pour opérer Waldeck-Rousseau. L'opération fut extrêmement laborieuse et longue. La mort du malade survint très rapidement après ; je crois même me souvenir qu'il sortit à peine du sommeil chloroformique.

Dr L. BOULANGER.

La folie de Mme de Lavalette. — L'histoire entière de Madame de Lavalette vient de nous être contée en un livre aussi émouvant qu'une « biographie romancée » et pourtant documenté aux meilleures sources, selon la méthode coutumière de M. Jean Lorédan (1).

Mme de Lavalette avait sauvé son mari, elle paya cher son acte héroïque. Les trente-quatre jours de captivité qu'elle subit à la Conciergerie, sans nouvelles du fugitif, lui furent funestes. Lorsqu'après cinq ans d'exil, Louis XVIII gracia enfin Lavalette, celui-ci ne retrouva plus à Paris qu'une pauvre folle.

Pinel et son fils avaient été appelés en consultation auprès d'elle et le 12 juillet 1820 ils avaient rédigé le rapport suivant :

Madame de Lavalette a manifesté même dès sa jeunesse tous les caractères d'un tempérament mélancolique ; air habituellement silencieux, recherche de la solitude ; penchant naturel à une vie sédentaire et en général douceur et modération de caractère. Cachant sous l'extérieur de l'indifférence une âme vive et capable des élans les plus généreux, mais concentrant en elle-même toutes ses pensées et ses sensations, elle fut prédisposée par son caractère même aux affections morales les plus profondes.

Ces divers phénomènes furent tout à coup exaltés par les secousses violentes auxquelles son dévouement héroïque l'exposa.

Ce furent depuis lors que des craintes chimériques et des terreurs exagérées, d'abord partielles et insensibles pendant quelques années, mais s'étendant à la fin à toutes les personnes

(1) Jean LORÉDAN. — Madame de Lavalette, née Beauharnais, 1781-1855. Documents inédits, 1 vol. de la collection : « Figures d'histoire tragiques ou mystérieuses ». Prix : 12 fr. Librairie académique Perrin, 35, Quai des Grands-Augustins, Paris.

et même à tous les objets qui l'environnaient lui suggèrent les soupçons les plus étranges. Alors des visions, des hallucinations de toute espèce, l'insomnie, les terreurs annoncèrent une maladie mentale et déclarée, qui nécessita son isolement dans plusieurs maisons de santé.

On remarque aujourd'hui dans l'état mental de Madame de Lavalette plus de calme ; mais on doit avouer que ses facultés intellectuelles n'ont pas éprouvé une amélioration sensible. C'est surtout vers les époques mensuelles qu'il se manifeste des symptômes d'exacerbation ; elle devient alors plus ombrageuse, refuse des aliments, et ne se détermine à manger que si elle croit ne pas être aperçue.

Dans ses intervalles de calme, on peut avoir avec la malade une conversation suivie sans apercevoir aucune incohérence dans les idées ; il lui arrive parfois d'éprouver des absences ; le regard devient fixe, la figure devient sérieuse ; elle ne parait plus prendre part à ce qui se dit ou se fait autour d'elle ; ces absences sont ordinairement de très courte durée ; pendant quelque temps il n'était pas rare de la voir faire brusquement des génuflexions, de baiser la terre sans proférer aucune parole et sans que l'on pût distinguer si ce mouvement était purement automatique ou suggéré par quelque réflexion pieuse ; l'idée d'avoir été fortement magnétisée ou d'avoir reçu une influence magique se renouvelle assez souvent ; la malade se livre parfois à des puérilités ; c'est ainsi qu'elle enveloppe un objet insignifiant, un morceau de bois, une pierre, etc. dans son mouchoir et se croit ainsi préservée d'influences magiques. Elle manifeste toujours et à toutes les personnes qui viennent la voir le plus vif désir d'être libre, de sortir de la maison et souvent même de s'enfuir avec le premier venu. Souvent elle a prié les médecins qui lui donnent des soins de l'emmener à la Conciergerie, sans expliquer les motifs de sa demande. Au milieu de toutes ces situations disparates, si la conversation vient à s'engager sur quelque objet qui l'intéresse ou sur des événements particuliers et antérieurs à sa maladie actuelle, elle tient les propos les plus suivis, la conversation la plus soutenue et la plus raisonnable.

Les moyens employés pour combattre cette affection mentale se sont bornés aux précautions d'hygiène et de régime, aux exhortations morales, puisque Madame de Lavalette oppose toujours une résistance que l'on n'a pu vaincre à l'emploi des moyens les plus légers, tels que les bains, quelque boisson rafraichissante... il est à regretter que l'on n'ait pu engager Madame de Lavalette à s'occuper de quelque travail manuel qui ne peut produire qu'une diversion heureuse et favoriser si puissamment le rétablissement de la santé.

On a cherché à suppléer à ces distractions par l'occupation de la musique et de la lecture, mais on ne peut se dissimuler que ces moyens sont insuffisants et que l'extrême mobilité de la malade ne lui permet pas de s'y livrer avec une attention assez suivie.

Les médecins chargés de diriger le traitement pensent que puisque l'on n'a pas retiré d'effet marqué d'un isolement de plusieurs mois et que l'idée d'une réclusion forcée semble affecter beaucoup la malade, on pourrait peut-être lui rendre une apparence de liberté, modifiée par les soins et la surveillance qu'exige son état. Les précautions à prendre, à ce sujet, sont abandonnées à la sagacité de la personne chargée de surveiller constamment la malade.

En résumé, si l'on compare l'état actuel à l'état antérieur, on ne peut méconnaître plus de calme, de raisonnements plus suivis, des craintes ou des soupçons moins ombrageux, une plus grande facilité à prendre des aliments, un état physique plus satisfaisant ; mais on retrouve encore la même obstination contre l'emploi de toute espèce de médicament et la même ardeur pour une entière liberté.

Au début de juin 1821, Madame de Lavalette fut transportée à Chaillot, dans la maison du Dr Puzin, où était déjà soignée le général Travot.

Comme son état semblait s'être amélioré, elle revint chez elle au bout de quelques années.

Mais les crises reparurent et nécessitèrent son placement dans les maisons de santé. C'est ainsi qu'elle fit plusieurs séjours chez le Dr Blanche.

En 1847, on acquiert pour elle l'hôtel du 19 de la rue de La Rochefoucauld. C'est là qu'elle mourut le 18 juin 1855, quarante ans après Waterloo « cette bataille perdue qui, dit Lavalette, a décidé de toutes nos destinées ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Les pervers de l'encéphalite épidémique

Par René CRUCHET
Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

J'ai pensé qu'il serait intéressant de rechercher les particularités cliniques qu'avait pu apporter l'encéphalite épidémique dans les maladies mentales, ou tout au moins, dans certaines d'entre elles.

Il est assez curieux de faire remarquer, sans entrer dans un historique complet, que ce sont justement les formes cliniques mentales qui m'ont mis, pendant la guerre, sur la voie de la découverte de l'encéphalite épidémique, que j'avais appelée alors, avec Moutier et Calmettes, encéphalomyélite subaiguë.

Les premiers mentaux post-encéphalitiques
Le polymorphisme de leurs réactions.

Ainsi que je le rappelais dans un livre récent (1) c'est à Commercy, puis à Verdun, de septembre 1915 à février 1916, que, chargé comme médecin-major de services neuropsychiatriques, j'avais été frappé d'observer plusieurs cas d'encéphalomyélite d'un type assez particulier.

Il faut dire qu'ayant, à cette époque, passé déjà une quinzaine d'années dans le service de clinique médicale infantile de la Faculté de Bordeaux, après avoir été externe, puis chef de clinique adjoint dans le service de neurologie du professeur Pitres, j'avais une certaine connaissance pratique de la banale encéphalite de l'enfance.

Or, plusieurs des cas que je notai à Commercy et à Verdun, puis ensuite à Bar-le-Duc, en 1916 et 1917, faisaient songer par certains côtés à ces encéphalites si fréquentes dans l'enfance, mais assez mal connues à l'âge adulte, peut-être parce qu'elles s'y montraient infiniment plus rares.

Coup sur coup, en cinq mois, sur une série de 208 malades nerveux et psychiques, de Commercy et de Verdun, trois avaient attiré mon attention par leurs phénomènes fébriles délirants rappelant une confusion mentale, et qu'on avait déclarée post-typhoïdique, sans preuves. L'un d'eux surtout rappelait avant tout la démence précoce par son amnésie de fixation, son indifférence affective, son excitation passagère suivie d'asthénie et d'indolence, sa susceptibilité, son défaut de jugement, ses gestes stéréotypés, son négativisme. Un quatrième était devenu presque dément en quelques semaines à la suite d'un état grippal accompagné de somnolence et d'affaissement intellectuel.

Le cinquième avait de la difficulté à la parole, une démarche incertaine, de la céphalée, du tremblement intentionnel avec hémiparésie et hémianesthésie à droite. Chez le sixième, dont le début de la maladie, également typhique en apparence, avait fait rechercher en vain un sérodiagnostic et une hémoculture positifs, on avait constaté des troubles de la diminution de la vue, avec secousses du globe oculaire, sans lésion du fond de l'œil, ainsi qu'une projection du tronc en arrière. Enfin, le septième avait été pris depuis trois mois de crises épileptiques avec affaiblissement mental progressif, difficulté pour s'exprimer, et de quelques autres signes, trop discordants, pour être rapportés à une tumeur cérébrale.

(1) R. Cruchet. — L'encéphalite épidémique : ses origines ; les 64 premières observations connues. Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1928.

Huit nouvelles observations, recueillies ensuite à Bar-le-Duc, indiquent des formes mentales de détermination assez imprécise. On note des troubles mentaux avec atteinte de la mémoire, diminution de l'intelligence, hébétude, somnolence, torpeur, sans modifications du liquide céphalo-rachidien. Un état infectieux a été relevé dans la plupart de ces observations avec réaction fébrile, délire, fatigue, inertie, courbature, apathie. Il est remarquable de mentionner que, dans tous ces cas, le traitement, en luttant contre l'infection — inconnue d'ailleurs malgré les recherches effectuées — a amélioré les malades. Mais plusieurs, quand ils ont été évacués, la période aiguë passée, avaient l'aspect figé, un ralentissement dans les actes et les opérations de la pensée, parfois du tremblement, phénomènes qui les apparentent singulièrement, on en conviendra, aux encéphalitiques épidémiques, comme on les appelle aujourd'hui. Deux ont dû être internés.

Je signale spécialement ces formes purement mentales. Mais ce ne furent pas les seules qui furent isolées pour constituer ce que nous avons appelé avec Moutier et Calmettes « l'encéphalomyélite subaiguë » dans notre communication du 27 avril 1917, faite à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*. Nous décrivîmes, en nous basant sur 32 autres cas, les formes convulsive, choréique, méningitique, hémiplégique, pontocérébelleuse, bulboprotubérantielle, ataxique aiguë, poliomyélitique antérieure, polynévritique.

Nous précisons, et ceci est essentiel : « L'évolution de ces types cliniques, souvent associés entre eux, se fait selon une marche particulière et qui les rapproche, malgré leur polymorphisme, les uns des autres... la régression se fait très lentement et les sujets asthéniques, somnolents, reviennent progressivement à la santé, traînant et gardant des séquelles en rapport avec leurs lésions anatomiques : paralysie ou état spasmodique, fatigue cérébrale, atrophie musculaire, tremblement, etc. ».

Comme l'a écrit le professeur Achard :

> « A vrai dire, on pouvait croire de prime abord, et on a cru en effet pendant quelques années, que la maladie décrite en France et en Autriche en avril et mai 1917, n'était pas la même, tant différaient les deux tableaux. Nos compatriotes avaient décrit une maladie de formes très diverses ; l'auteur viennois, une maladie très simple dans ses symptômes. Cette simplicité en fit le succès. L'encéphalite léthargique conquit d'emblée la faveur des cliniciens. Ce n'est que plus tard qu'on s'aperçut des aspects variés, changeants, inattendus, qu'elle pouvait prendre et que cette diversité même apparut l'un de ses attributs essentiels. C'est alors que se révéla, dans toute sa vérité, la description de l'encéphalomyélite subaiguë tracée par nos compatriotes et qui, négligée par les cliniciens, était demeurée dans l'ombre. La description de Von Economo n'en représente que l'un des types. En bonne justice, c'est à la description la plus exacte que revient le principal mérite et c'est à la publication du professeur Cruchet, précédant de quelques jours, celle de Von Economo, que revient la priorité. (1) ».

Si nous rapportons ces quelques faits, c'est moins pour revenir sur une question de priorité, qui ne se pose plus aujourd'hui, que pour insister à nouveau sur l'importance du polymorphisme de l'encéphalite, caractère que nous avons considéré comme essentiel, dès le premier jour.

Ce polymorphisme se retrouve dans les formes cliniques de l'encéphalite, quelles que soient celles que l'on considère. Il en est ainsi notamment dans les formes mentales, dont je voudrais parler plus spécialement.

Si on prend, en effet, les syndromes cliniques men-

(1) Voir également l'éditorial : *First appearances in Europe of epidemic encephalitis. British medical Journal*, 2 mars 1929, p. 407.

taux, tels qu'ils sont partout décrits, on ne les reconnaît dans l'encéphalite mentale qu'avec difficulté. On est obligé de faire un effort de schématisation. A vrai dire, les cas de syndrome maniaque ou mélancolique ne sont jamais francs. De même la systématisation n'est pas nette dans les formes du type délirant chronique. J'ai connu des encéphalitiques ayant un délire de persécution, mais il était atténué, effacé, sans les hallucinations auditives classiques et les angoisses qui les accompagnent : ils se plaignaient, menaçaient, mais au fond, ils prenaient leur parti de ces misères. J'en dirai autant des délires mystiques ou de grandeur des encéphalitiques. Les mêmes remarques sont à faire chez eux quand les psychoses dont ils sont atteints prennent la forme obsédante ou impulsive.

Le type le plus habituel est un état mental ayant les apparences du début de la confusion mentale, mais qui se rapproche beaucoup plus de ce qu'on est convenu d'appeler la démence précoce. Et cependant, là encore, ce n'est le plus souvent qu'une apparence.

Pour mieux démontrer ce que j'avance, je commencerai par prendre quelques exemples.

Histoire d'un pervers post-encéphalitique

Voici tout d'abord le cas d'Alix P., particulièrement remarquable et typique. Ce sont ces cas d'espèce qui restent dans notre esprit mieux que toutes les descriptions les plus savantes et plus approfondies.

Alix est né le 16 février 1910 à Saumur, en Anjou. Il habite actuellement dans une petite commune de la Gironde, à G., où son père est champignonniste. On ne relève rien de net dans ses antécédents héréditaires et personnels. Ses parents sont bien portants. Sa sœur, qui a aujourd'hui douze ans, jouit également d'une parfaite santé.

Vers le 10 février 1920, alors qu'il était élève au Séminaire à Villenave-d'Ornon, près Bordeaux, il avait alors dix ans, les professeurs d'Alix remarquèrent qu'il fermait les paupières et qu'il avait l'air vague ; il voyait trouble, ne pouvait pas lire ; il avait aussi de la diarrhée.

Le vendredi 13, à l'étude du soir, vers 18 h. il s'est endormi en étude ; on l'a mené à l'infirmerie où il a continué à dormir toute la nuit ; il avait de la fièvre et des soubresauts.

Le samedi 14, il va cependant à la chapelle, où il s'endort. La fièvre et les soubresauts persistent ; vue toujours trouble. Une ambulance automobile vient le prendre à 16 h. et le transporte dans sa famille. Il ne se souvient guère de tout ce qui s'est passé dans cette journée ; quelques vagues souvenirs de voyage, qui a duré une heure, subsistent dans sa conscience.

En arrivant, il a pu marcher et a été mis au lit. Fièvre, agitation, délire professionnel (il parle de ses devoirs), soubresauts. Pas de vomissements. La diarrhée cesse.

Le dimanche 15, il est très fatigué, la langue est rôtie, il éprouve des douleurs dans la nuque, dès qu'il remue la tête. Cécité : il ne reconnaît pas le docteur, ni ses parents. Paupières presque fermées ; yeux convulsés en haut. Haleine fétide très marquée ; somnolence continuelle : on le tire avec difficulté du sommeil. En le secouant, il répond quelques mots, puis retombe dans sa torpeur. Il est dans l'impossibilité de s'asseoir sur son lit à cause des douleurs de la nuque et des reins : signe de Kernig léger. Une prise de sang, dont l'examen est confié au professeur Sabrazès, ne donne qu'un résultat négatif. Le délire persiste.

Le lundi 16, aggravation : dents serrées, difficulté d'avaler. L'amaurose a disparu quelques instants, dans la matimée, et il a pu reconnaître sa mère qui pleurait près de lui. Puis l'amblyopie a reparu et il est bientôt retombé dans la torpeur. Nuit très agitée : température moins élevée cependant.

Le mardi 17, il a demandé à lire un journal, et a pu lire quelques lignes qui lui ont paru écrites en toutes petites lettres : la vue revient. Il est mieux ; les crises de sommeil sont plus courtes. Il y a moins de trismus ; la langue est moins sèche et fuligineuse, mais la nuit est encore agitée. Cependant il peut boire du lait sans trop de difficulté.

Les mercredi et jeudi 18 et 19 février, la fièvre remonte, l'agitation reprend de nouveau, mais le mieux s'accentue de plus en plus à partir du lendemain et continue jusqu'au 22, jour où il se lève un moment. La constipation est opiniâtre. Le délire existe toujours, mais plus irrégulier et passager. L'amélioration se poursuit rapidement les jours suivants, si bien qu'il peut sortir et monter à bicyclette dans la première semaine de mars. Cependant il a toujours des crises de sommeil. C'est ainsi qu'après déjeuner, il s'endort et aussi tout de suite après dîner, sans compter d'autres crises, plus courtes, dans la journée.

Quand je l'examine le 29 avril 1920, c'est-à-dire six semaines environ plus tard, Alix paraît guéri ; il se lève de bonne heure, vers 6 ou 7 h., s'amuse, monte à bicyclette ; il déjeune à midi, puis recommence à s'amuser. Mais à 17 h. ou 18 h. fatigué, il va se coucher et s'endort. On le réveille à 19 h. pour le dîner. Parfois, le sommeil est si intense qu'il garde les bouchées dans la bouche sans les avaler ; il faut le secouer pour l'obliger à déglutir. Il y a eu des moments où on ne pouvait arriver à le faire avaler ; il s'endormait après chaque bouchée. A certains jours, il s'endort tellement, qu'il faut lui faire monter les escaliers, le déshabiller et le mettre au lit.

Le sommeil est agité. Il appelle sa mère, s'inquiète de sa sœur, raconte des histoires toute la nuit. Il lui arrive de se lever, il a même du somnambulisme : une nuit, en état de sommeil, il a descendu l'escalier et l'a remonté à la recherche d'un vase de nuit, puis s'est recouché.

Les modifications de caractère sont très remarquables, Alix est devenu très irritable, insolent, avec des crises violentes de colère qui sont suivies d'un sommeil immédiat. Il rabâche, pose constamment les mêmes questions ; quand on lui lit une histoire, il demande des explications sur chaque mot, alors qu'il le sait fort bien. Instabilité constante : il change de jeu, est très fatigant à garder. Il semble que sa mémoire est moins bonne. Il était, avant sa maladie, un enfant plutôt avancé pour son âge ; actuellement, il est plutôt en retard. On note du ralentissement dans son intelligence. Tout effort intellectuel le fatigue ; il peut lire, mais son attention s'épuise rapidement ; s'il écrit, il s'endort dès la dernière ligne de dictée. Il se plaint d'avoir de la céphalée au moindre travail cérébral.

Ses propos sont ceux d'un enfant au-dessous de son âge : il parle d'aller sur un paquebot, de se faire naturaliser américain, de partir en Amérique.

Alix a souvent peur ; un jour devant un paquet de poussière dans un coin, il est pris de crainte d'avancer, croyant que c'est un mort. Un autre jour, il descend brusquement de bicyclette pour dire à sa mère de relever les chaussettes à sa petite sœur (elle a 3 ans) pour ne pas qu'elle s'enrhume ; si le pain de sa sœur tombe à terre, il est inquiet, car elle pourrait s'empoisonner ; si elle n'a pas de chapeau, elle va attraper un coup de soleil, etc., etc.

A l'examen, enfant bien charpenté, de taille normale pour son âge, ayant la paupière gauche tombant légèrement sur le globe oculaire ce qui n'existe pas à droite, et s'est notablement augmenté depuis sa récente maladie.

Cette pupille gauche est plus petite que la droite, qui est en légère mydriase. Réactions à la lumière un peu paresseuses, principalement à droite. Prétend voir les objets légèrement troubles, surtout à droite. A l'examen du Dr Ginestous : pas de diplopie O. D. V = 10/10 O. G. V = 3/10 (choroïdite maculaire consécutive à un accident : traumatisme orbitaire survenu en 1906).

Pas de déviation de la face. Langue normale.

Les réflexes rotuliens sont un peu vifs ; ceux des membres supérieurs sont normaux. Pas d'adiadococinésie. Démarche normale. Pas de signe de Romberg.

Selles et mictions régulières. Polyurie, mais a très soif depuis quelque temps. Boit constamment. Faim également un peu exagérée, sauf pour la viande, qu'il n'aime pas.

Urines très claires. Sucre = 8, albumine = 0.

Pendant que la mère m'expose, dans mon cabinet, la maladie de son fils, celui-ci s'endort sur le fauteuil où il est assis et se met à ronfler. Ce petit sommeil dure sept minutes, et Alix se réveille tout seul. C'est le tableau classique du réveil chez un sujet qui vient de dormir.

Il est inutile de discuter le diagnostic. On se trouve en présence d'un cas d'encéphalite, du type léthargique, comme on en vit surtout dans l'hiver 1919-20, époque de la première grande épidémie française d'encéphalite. Les crises de sommeil avec leurs signes si curieux sont pathognomoniques.

A ce moment, on pouvait croire que les changements survenus dans le caractère de l'enfant n'étaient que tem-

poraires ; il semblait qu'ils étaient dus à la période aiguë et se continuaient dans la convalescence de la maladie ; on pouvait espérer qu'avec le temps tout s'arrangerait.

Mais c'est le contraire qui est arrivé. Au fur et à mesure qu'il grandissait, l'enfant est devenu de plus en plus difficile, intenable. Son développement physique se poursuivait rapide, mais la croissance psychique et le raisonnement laissaient de plus en plus à désirer.

Etat du sujet en 1923. — Voyons les principales étapes de sa maladie.

Quand je le revois en 1923, il a treize ans et en paraît seize au point de vue physique, tant il est développé pour son âge. Il n'a plus de somnambulisme ; mais son caractère devient de plus en plus difficile.

Il est irritable, insolent, n'écoute aucune observation et n'en fait qu'à sa tête. Il se met en colère dès qu'on le contrarie, et devient querelleur à la moindre altercation ; il discute avec les voisins et, sur tous les sujets, en sait toujours plus long que ses interlocuteurs : la chasse, la pêche, les coups de fusils, les coups de couteau n'ont plus de secrets pour lui dans ses récits fanfarons. Il ne doute de rien : excellent nageur, il n'hésite pas à aller plonger en pleine Gironde, qui coule à peu de distance de sa demeure, et malgré le courant violent du grand fleuve, n'hésite pas à rester dans l'eau des heures entières au risque de se noyer. A d'autres moments, il charge sa petite sœur de six ans sur ses épaules et l'emporta dans les rochers, grimpant avec elle dans les points les plus impraticables, sans se rendre compte du danger.

Quand il est à la maison, il lit tous les livres qui lui tombent sous la main et, de préférence, les romans d'aventures : il se voit déjà capitaine et corsaire, voguant à travers les mers, et faisant la conquête de pays inconnus.

Ce vaillant a des phobies qui contrastent singulièrement avec sa nature intrépide : il a, par exemple, une peur affreuse des microbes. et la manie de la propreté. Il se lave les mains toute la journée, et râcle chaque fois, avec un couteau, le savon dont il s'est servi, de crainte qu'il reste contaminé ; il s'essuie à des serviettes, qu'il change lui-même très rapidement, et en fait ainsi une consommation considérable : si quelqu'un touche ou effleure simplement une de ces serviettes, il la jette à terre et en prend aussitôt une autre.

Cette crainte des microbes et des maladies s'étend à ceux qui l'entourent, dans leur propre intérêt : il a peur que sa sœur s'attrape une insolation, si elle n'a pas de chapeau, ou que des araignées et des crapauds lui fassent venir du mal aux jambes, si elle ne relève pas ses chaussettes assez haut.

Les araignées lui font peur aussi à lui-même : il prétend avoir touché leurs œufs, et il faut vider ses poches, car il doit en rester au fond ; il les voit en cauchemar ; il les accuse d'avoir uriné dans son lit depuis le plafond de sa chambre. D'autres fois, il croit que ce sont les rats. Depuis qu'un jour un rat avait rongé la manche d'un de ses vêtements, il ne peut plus se coucher maintenant sans avoir ses vêtements auprès de son lit, et même ses chaussures ; il lui est arrivé, étant déshabillé, de descendre à la cuisine pour les chercher et les mettre dans sa chambre, de crainte que les rats n'y touchent.

Il a une salivation anormale, suite probable de son encéphalite. Mais c'est un prétexte à cracher exagérément et à lancer ces jets de salive sans se rendre compte où il les envoie, en particulier dans la figure des personnes qui sont à son côté. Il a également la manie de se déboutonner la braguette de son pantalon, n'importe où ; et, aussi bien dans un lieu isolé que dans un endroit public, il s'arrange la chemise entre les jambes.

Il se met en colère facilement, et cependant c'est le plus doux et caressant des garçons ; il se jette au cou de sa mère à tout instant, et sans raison, et l'embrasse tendrement. Ces marques d'affection s'étendent aux femmes qui l'entourent et parfois à celles qu'il rencontre, ce qui produit un effet déplorable.

Pour ces diverses raisons, les parents d'Alix ont essayé de le confier à l'instituteur de la commune, mais il n'a voulu suivre aucune règle ; il n'obéissait à aucune discipline, se levait pendant la classe sans permission, allait et venait, sortait et revenait chez lui à toute heure de la journée. Devant ce résultat peu satisfaisant, on a essayé de le placer dans une autre école, à 9 kilomètres de là ; mais quelques jours après il s'est enfui, pour rentrer à la maison et a déclaré à ses parents qu'il ne voulait plus y revenir.

Alors, une détermination plus sérieuse a été prise : il a été mis dans une maison de santé, loin de sa famille ; mais douze jours plus tard, il a fallu le reprendre à la suite d'incidents regrettables.

Quand il s'est vu dans ce milieu, il s'est cru d'abord avec des fous. Les infirmières soignaient des gâteux à la chaise, et leur toilette lui a paru une atteinte à la morale. Puis, voulant être gentil, il s'est mis à embrasser les femmes qui venaient, ce qui lui a amené quelques observations. Ensuite, on l'a vu avec un couteau ouvert à la main ; il a dit que c'était pour se défendre contre un chien qui voulait le mordre et qu'ainsi le chien, s'il l'attaquait, se couperait la langue. Ces explications ont paru évidemment singulières. Bientôt, comme il n'était plus écouté et qu'on ne cédait pas à ses milles caprices, il s'est de plus en plus cabré ; on a voulu un matin l'obliger à rester au lit sous prétexte qu'il était malade ; et en se débattant, il a déchiré les draps avec ses pieds. Pour le punir, on l'a mis au pain et à l'eau. De rage, il s'est mouché dans sa chemise de nuit et a montré son derrière aux infirmières. Alors, on lui a passé la camisole de force. Des injures furent échangées ; il traita ses bourreaux de « fainéants », « fumier » et autres aménités. Bref, on a écrit à ses parents de venir le reprendre au plus tôt en déclarant qu'il présentait des « perversions instinctives », et qu'on ne pouvait le garder plus longtemps dans cette institution.

Apparition en 1924 d'un torticolis spasmodique. — Un an plus tard, en 1924, un fait nouveau apparaît. Alix commence à présenter des secousses de la tête qui est portée à droite, le menton tourné vers l'épaule droite ; c'est le début d'un *torticolis spasmodique* qui n'a fait que s'accentuer depuis. Dès les premiers mois, il remarque que sa tête est libre quand il est étendu et au repos ; dès qu'il s'asseoit, elle est un peu plus raide ; cependant, il peut lire assez longtemps sans que le cou se torde. Mais aussitôt qu'il est debout et se met à marcher, la tête se tourne ; et cette torsion s'accentue dès qu'il fait un effort qui utilise ses muscles des bras et du tronc : ainsi, dès qu'il essaye de sarcler les allées du jardin, à chaque coup de pioche, le menton se rapproche de l'épaule droite à la façon d'un mouvement mécanique ; à bicyclette, la convulsion s'exagère davantage encore. Déjà, à cette époque, il a recours au geste antagoniste efficace, signalé jadis par Brissaud : il se met à sucer des tiges d'herbe, assurant que ça l'empêche de remuer la tête,

Il éprouve également une réelle difficulté dans la parole ; celle-ci est embarrassée, embrouillée ; on ne comprend pas toujours très bien ce qu'il dit.

Son état mental ne s'est guère amélioré. Son instabilité, son impulsivité, son manque de volonté l'éloigne de tout apprentissage. On le place chez un serrurier ; mais il est incapable de suivre les conseils qu'il lui donne, et ne rend même pas les services d'un manœuvre. Il raconte qu'il veut être aviateur, prétend tout savoir, mais n'écoute rien, touche aux appareils, fait marcher les volants des machines quand il ne faut pas, bref gêne les ouvriers dans leur travail et les agace par ses réflexions peu sensées. Des disputes éclatent ; on le traite de « séminariste » et de « curé » ; alors, il se met en fureur, menace de se venger en s'emparant d'outils à sa portée. Finalement le patron prie son père de le reprendre, car il renonce à lui apprendre son métier.

Un prêtre voisin a essayé de s'occuper de son instruction ; mais malgré toute sa patience, il n'a pas pu aller au-delà d'un mois et demi. Alix apprenait bien quelques leçons, mais répondait à tort à travers ; et après avoir eu l'air de comprendre, donnait des solutions stupides aux problèmes les plus élémentaires. Impatienté, le curé lui a dit : « Tu n'es qu'un imbécile ». Bondissant sous l'outrage, l'élève a riposté : « C'est vous qui m'apprenez mal. Et puis, vous n'avez pas le droit de me traiter comme un chien ». Et le professeur, excédé, de conclure : « Va te faire instruire ailleurs ».

Alors, le pauvre diable est parti, désolé, pleurant, honteux d'apprendre à sa mère en rentrant chez lui qu'il avait été renvoyé. Pris de remords, il s'est jeté à son cou, lui demandant pardon, et s'est mis à l'embrasser, en lui jurant qu'il ne recommencerait plus.

Mais quelques instants plus tard, il avait déjà oublié ses promesses. A une observation insignifiante que lui faisait sa mère, impulsif, irrité, il est devenu méchant, a pris une chaise à sa portée pour la frapper ; d'autres fois, ce sont des coups de

poing qu'il lui envoie ou des giffles qu'il distribue à sa sœur, parce qu'elle n'obéit pas à ses injonctions ou touché à ses affaires.

Mais ses colères l'épouvantent lui-même ; il se jette en pleurs aux genoux de sa mère. Puis brusquement, pour se faire pardonner, il l'embrasse avec violence, se met à rire et en guise de réconciliation, la bourre de nouveaux coups, cette fois pour s'amuser : et la mère et le fils se battent comme deux enfants ; mais le garçon, qui ne mesure pas sa force, tape avec violence et finit par faire mal à sa mère, qui s'enfuit épuisée. Parfois, le père attiré par le bruit, s'en mêle et, furieux, distribue une correction à son fils. Celui-ci qui n'aime pas les taloches, riposte à son père, le traite de « brute » ; une véritable lutte s'engage, un corps à corps s'ensuit, et les vêtements plus ou moins déchirés, c'est à peine si le père peut avoir raison de son fils. Alix, vaincu, au paroxysme de la colère, ne sait plus ce qu'il fait : Il donne des coups de pieds et des coups de poings autour de lui, défonce une porte, renverse une table, brise la vaisselle. Tout cela, pour l'apercevoir quelques instants après, affalé dans un coin, hurlant de repentir, pleurant à chaudes larmes et prêt à embrasser ses parents, jusqu'à les étouffer, pour leur prouver son bon cœur.

L'obsession de toucher et d'embrasser persiste. Il ne peut s'empêcher, dès que sa mère, sa sœur ou quelque femme que ce soit, surtout si elle lui plaît, passent près de lui, de les toucher, soit à la taille, soit aux hanches, soit ailleurs. Fréquemment, il joint un baiser à ce premier geste : et comme l'impulsion est immédiate, les intéressées n'ont pas le temps de se détourner. Les filles du village ont peur de lui, et cela lui paraît plaisant.

Il suit sa mère, comme son ombre ; il la suit partout où elle se trouve, même au lit, et la renifle comme un chien qui sent l'odeur du gibier. Il veut savoir ce qu'elle dit, interrompt la conversation dès que quelqu'un lui parle et veut toujours y participer, pour ne raconter que des futilités. Il est pieux, et respectueux à certaines heures, mais, à certaines autres, il abonde sans raison en grossièretés de langage ; cette coprolalie est d'ailleurs épisodique et peu marquée.

Avec la saison des fruits, il a été pris du désir d'en manger sans répit. Il remplit ses poches de cerises, afin d'en avoir en réserve dès qu'il va se promener : et montre ses poings si on veut l'empêcher de sortir. Dehors, il ramasse tout ce qu'il trouve dans les jardins : fraises, groseilles, etc. Puis il rentre, se met à lire, installé confortablement dans un fauteuil ; mais il rend impossible la vie à ceux qui sont autour de lui, car il se plaint qu'on fait du bruit, qu'on le gêne dans sa lecture, se fâche si la porte qu'on vient d'ouvrir n'est pas bien fermée, réclamant, de peur des voleurs, qu'on tire chaque fois la targette de sûreté.

Etat actuel. — Quelques années de plus ont passé. Nous voici en mars 1929, Alix à 19 ans. Il est devenu un adolescent, fortement constitué, de grande taille, solide et plein de vie physique, mais son état neuro-psychique n'a guère varié.

Le torticolis spasmodique pas plus que les phénomènes mentaux n'ont été modifiés par les nombreux traitements suivis depuis cinq ans : cinq pèlerinages à Lourdes, avec bain dans la piscine ; massage vibratoire chez divers rebouteurs ; électricité, rayons X et psychothérapie, dans un service de neurologie ; prescriptions de multiples médecins et spécialistes consultés à Bordeaux, et ailleurs. Une minerve et, ultérieurement, un appareil plâtré, n'ont pas eu plus de succès contre le torticolis.

La première chose qui frappe dès qu'on se trouve en présence d'Alix, c'est son *torticolis spasmodique*. Sa tête est tournée à droite, penchée en avant, le menton portant sur la clavicule. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche paraît tendu, dur, hypertrophié. Le sujet peut redresser la tête, la ramener vers la ligne médiane, la porter même un peu vers la gauche ; mais ce mouvement de rotation nécessite de sa part un gros effort de volonté ; et sa volonté est impuissante à maintenir la tête dans cette position. Bientôt, irrésistiblement, par secousses successives, elle revient vers l'épaule droite.

Pour aider l'effort volontaire de redressement de la tête, et diminuer la fatigue qui résulte de cet effort constant, Alix place sur la tempe ou le front du côté droit, le pouce, ou l'index de sa main droite. Ou encore, il pose le dos de la même main sur l'arcade sourcilière droite. Mais sa main, étant en l'air se fatigue à son tour : alors, il appuie son coude sur une chaise ou un point fixe quelconque, de façon à permettre à la main, ainsi consolidée, de jouer plus aisément son rôle de tuteur au niveau du front. On reconnaît dans ces diverses manœuvres curieuses, le geste antagoniste efficace, bien connu des neurologistes. Je ne reviens pas sur les autres particularités, si remarquables, de ce type de torticolis spasmodique, sur lesquelles j'ai attiré l'attention en 1907, dans mon traité des « torticolis spasmodiques » et que j'ai déjà indiqués plus haut chez Alix : je rappelle qu'ici c'est surtout quand le sujet est à bicyclette, que la tête est tordue au maximum, si bien qu'il a finalement renoncé à monter sur cet instrument. Il s'agit bien là de phénomènes d'origine centrale, comme je le faisais remarquer à Edimbourg, en juillet 1927, à la section de neurologie, lors du 95e meeting de la *British Medical Association*, à l'occasion du rapport de S. A. Kinnier Wilson sur *The Tics and allied conditions* : « Then (1909), I had already noticed the occurrence of Brissaud-Meiges *efficacions antagonistic gesture* in spasmodic states and without a mental origin. The same gesture I have seen recently in several cases of torticollis following epidemic encephalomyelitis. » (1) Et le cas présent est un exemple caractéristique de plus à ajouter à ceux déjà mentionnés.

La parole d'Alix est embarrassée, explosive ; la langue paraît pâteuse, et il y a des moments, surtout en fin de journée, où l'on ne comprend pas ce qu'il dit. Il se plaint d'être assez vite fatigué ; même quand il se baigne, lui nageur presque de naissance, il ne peut rester dans l'eau aussi longtemps qu'autrefois. Il a perdu de son agilité, de sa souplesse : sa force paraît conservée, vigoureuse et brutale, mais il est devenu maladroit. Si on lui fait faire le mouvement des marionnettes au niveau des poignets, on s'aperçoit que ce mouvement est raide, ralenti, surtout à droite.

Pour mieux juger de son état mental, le plus simple est de considérer l'emploi de ses journées. Il se lève à 8 heures, s'habille tout seul, quoique plus lentement qu'autrefois, et déjeune aussi sans se presser. Ses occupations dans la maison sont assez désordonnées : tantôt il lit, ou dessine, ou sort pour aller au poulailler, ou se promener dans le jardin. Quand il y avait un chat, sa grande distraction était de lui tirer la queue, ou de le chatouillier sur le ventre. Le chat miaulait, griffait, devenait presque enragé : on a préféré le faire disparaître. Et Alix a hurlé de douleur.

Il mange à toutes les heures de la journée. A 11 heures 1/2, quand il sent le fumet du déjeuner, il est comme un chien affamé aux aguets : il soulève le couvercle des casseroles, trempe des mies de pain dedans, prend la crême du lait, s'il y en a. Entre le fourneau et l'endroit où il se tient, le plancher est jonché de gouttes de liquide, de débris de victuailles, de bouts de pain qui jalonnent son passage. Il avale si goulûment que ses vêtements eux-mêmes sont tachés. Mais on a beau le gronder, il recommence tous les jours. Aux heures des repas, il se met à table, mais ne reste pas deux minutes assis : il se lève, va, vient, jamais satisfait, toujours exigeant.

L'après-midi, il recommence ce qu'il faisait le matin. On évite de le laisser sortir, car ce sont des disputes inévitables avec les voisins. Il n'a rien de plus pressé que d'aller leur raconter tous les mauvais compliments qui courent sur leur compte, n'hésite pas à employer les mots les plus grossiers qu'il a entendus. Ou bien, il tombe dans l'excès opposé et, pour marquer son affection, embrasse volontiers ses amis, et plus spécialement les jolies filles. Il en résulte des conflits continuels.

Certaines de ses habitudes sont encore plus répréhensibles. Pour uriner, il va s'étaler complaisamment devant la demeure des voisins et prend un malin plaisir à faire durer cet exercice le plus longtemps possible. Les gens crient au scandale et viennent se plaindre aux parents qui gourmandent leur fils de

(1) R. Cruchet. — The Tics and allied conditions, in *The Journal of Neurology and Psychopathology* 1927, VIII, XXX 93, p. 106.

son manque de retenue ; mais lui, prétend n'avoir pas pensé à mal et rit de cette innocente plaisanterie !

Il a toujours eu une tendance à jouer au jeune homme fortuné. Il se change de costume plusieurs fois par jour ; pour aller dans le jardin il revêt un vêtement de travail, qu'il quitte pour venir manger ou faire une course dans le village ; on l'a vu également changer de chaussures jusqu'à dix fois par jour.

Il reproche à ses parents de gâcher son avenir, en ne le laissant pas cultiver ses relations. Il adore se trouver en compagnie de personnes distinguées, dames charitables ou infirmières rencontrées à Lourdes dans ses pélerinages : il leur écrit des lettres enflammées, avec des déclarations d'amour qui les amusent, et qu'il prend au sérieux. Il entretient une véritable correspondance avec un père Franciscain de Pau, la femme d'un notaire, des jeunes gens américains qui lui écrivent en anglais, etc.

Ce jeune prétendant gentleman manque pourtant, et à tout moment, aux lois les plus élémentaires de la bonne tenue. Il crache, sans s'en rendre compte, partout où il se trouve, et même à la figure des gens ; il desserre constamment la ceinture de son pantalon, déboutonne celui-ci de façon à mettre son ventre à l'aise et insinue vers les parties génitales, ses doigts de la main gauche, qu'il remonte ensuite à hauteur de son nez et renifle bruyamment.

Son goût excessif de la propreté, par peur des microbes, n'est qu'apparence. Il lui faut un cabinet de toilette spécial, plusieurs savons, de nombreuses serviettes ; mais il tend celle-ci sur une ficelle au-dessus d'une desserte dans la salle à manger, et quand il s'essuie à une, il la jette ensuite dans un placard où est le pain ; ou bien ; il tire sans ménagement sur une autre, casse la ficelle, et brise tous les objets, bouteilles, plats ou assiettes, qui sont au-dessous ; parfois même il se mouche dans une de ces serviettes et la lance dans le garde-manger au milieu des mets en réserve. Il prétend ne pas vouloir aller au water-closet sous prétexte qu'il y attraperait des microbes ; mais il fait ses besoins en plein air, au bord de l'eau, devant n'importe qui, ou bien dans un pot de chambre, à la maison, sans le moindre souci de décence : parfois même à la fin de l'opération, des traces de perte séminales tachent le parquet.

Toujours taquin, cherchant chicane à tout le monde, bavard et frondeur, il finit par exaspérer ceux qui sont avec lui. Si on se fâche, ou riposte, si on lui envoie quelque taloche insignifiante, et même à une simple menace, il se met à pousser des cris épouvantables, ameute les voisins qui accourent effrayés, sort les mots les plus grossiers de son répertoire, se roule à terre, sous leurs yeux, tombant dans un état de léthargie qui n'est que comédie et simulation.

Le pervers postencéphalitique n'est souvent qu'un débile.

Les détails de cette observation peuvent paraître trop complets, mais ils me dispenseront d'autres renseignements identiques ou analogues.

Tous les sujets, enfants ou adolescents, post-encéphalitiques, que j'ai eu l'occasion de voir, et qui ont eu des troubles psychiques de cette nature, sont calqués les uns sur les autres.

J'ai déjà eu l'occasion de donner mon opinion sur ces modalités post-encéphalitiques de perversion infantile, dès 1920, et je l'ai rappelé, à Edimbourg en 1927, à la section de neurologie (*loc. cit.*). Je suis encore revenu sur cette question aux *Journées médicales marocaines*, à Casablanca, le 5 avril 1928.

Le pervers post-encéphalitique n'est pas un vrai pervers. Le pervers proprement dit montre un mauvais instinct originel égal à lui-même, ou même s'exagérant avec l'âge : il est persévérant, incorrigible, indifférent aux reproches, cynique, satisfait de se livrer à ses goûts de méchanceté morbide. Cruel envers les animaux ou ceux qui paraissent faibles, même serait-ce par excès de bonté, il se complait dans le raffinement de la souffrance, demeurant froid et insensible devant les douleurs morales, qu'il provoque chez ses proches, et autour de lui. Il est souvent voleur, menteur, violent, simulateur, réticent, et se livre à l'onanisme.

Il est facile de saisir la différence avec le pervers post-encéphalitique. Celui-ci ne l'est devenu qu'à partir d'un certain âge, après qu'il a été malade. Sa perversité est relative, instable comme son caractère, irrégulière et fantaisiste : il s'agit de faire à son prochain des farces ou des malices plutôt que du mal réel. Il n'a aucune suite dans les idées ; sa cruauté n'est jamais froidement raisonnée, elle procède des circonstances et n'est point préméditée de longue date. De plus, il est affectueux, sensible aux réprimandes, honteux et repentant. Sa ruse n'est pas calculée ; et s'il vole, ment, s'emporte avec violence et pratique la masturbation, c'est plus par imitation inconsidérée que par véritable vice. Bien souvent, par persuasion, ou s'il est mis en confiance, il expliquera pour quels motifs généralement futiles, il a pris de si mauvaises habitudes. S'il simule enfin, c'est plus comme un enfant qui fait un caprice sans discernement que pour tromper sciemment son entourage.

L'attitude est, aussi, bien différente. Le regard du vrai pervers est dur, glacial, faux ; celui du post-encéphalitique est doux, parfois timide, ou content de lui-même, souriant, preuve d'un caractère facilement expansif. Les professeurs Euzière et Pagès (de Montpellier) ont très justement insisté tout dernièrement sur cette euphorie si remarquable de la maladie de Cruchet (1).

L'état mental du pervers post-encéphalitique fait beaucoup songer à la démence précoce : paresseux, impulsif, incohérent dans ses actes et ses propos, à la fois suggestible et résistant jusqu'à l'entêtement et au négativisme, incapable du moindre esprit de suite, inconstant, maniéré, sujet à des fugues, à des délits divers, à des attentats à la pudeur, il montre à chaque instant des défaillances de mémoire et des écarts de jugement qui déconcertent. En réalité, la démence n'est qu'apparente.

Il s'agit d'un véritable état de débilité, mais qui offre cette particularité d'être acquis, et non congénital. Plus exactement, le sujet subit, à un moment donné, une sorte de régression, dans son intelligence. Ce n'est point une régression qui va toujours en augmentant pour aboutir à la démence ; ici, il y a arrêt, au bout d'un temps plus ou moins rapide, selon l'intensité de l'encéphalite. Ainsi tel enfant qui avait dix ans d'âge rétrocède à sept ou six ans, quelquefois moins ; tel autre qui avait quinze ou seize ans, retombe à dix ou douze ans de niveau intellectuel. En certains cas, l'infection terminée, le sujet récupère peu à peu les moyens provisoirement perdus, et remonte vers l'état normal. En d'autres cas, l'état psychique se fixe au point de régression où il est arrivé ; ou bien encore, il se stabilise à l'âge qu'avait l'enfant au moment où il est tombé malade. C'est ce qu'exprimait de façon très judicieuse la mère d'Alix, quand elle me disait de lui, à 19 ans : « je juge que le cerveau de mon fils n'a pas progressé ; il est demeuré à l'âge de dix ans, âge où l'a pris l'encéphalite ».

Il faut ajouter que la maladie imprime fréquemment à ces enfants, même stabilisés à un âge donné, une forme d'agitation morbide et de perversité dont le caractère débile est la marque essentielle. Mais si on admet que cette perversité puisse demeurer sensiblement identique à l'âge du début de la maladie, dix ans par exemple comme chez Alix, on conçoit qu'elle puisse paraître considérablement exagérée, quand le sujet est devenu un adolescent de 18 ans, un jeune homme de 25 ans et, à plus forte raison, un homme d'âge mûr. On est ainsi tenté de voir une perversité instinctive profonde où n'existe que la perversité puérile d'un débile. Voilà le phénomène capital qu'il

(1) J. Euzière et P. Pagès. — L'euphorie dans la maladie de Cruchet. *La Médecine*, février 1929, p. 90.

est facile de reconnaître, dès que l'attention est attirée sur lui.

Le pervers congénital accroît, en effet, sa perversité avec l'âge. Chez le post-encéphalitique, elle se manifeste à la suite de sa maladie : jusque-là, le sujet avait été un enfant docile, studieux, de caractère droit, de sentiment affectueux ; puis un changement s'est produit, et il est devenu rétif, paresseux, insolent, voleur, gourmand, etc. Mais cet état ainsi constitué, il peut s'amender, parfois s'aggraver ; le plus souvent il reste identique à lui-même dans la suite des âges, associé, et c'est là l'essentiel à une débilité désormais constitutionnelle.

Au point de vue scolaire, on constate que ces enfants ont perdu de leur capacité ; ils sont diminués par rapport à leurs connaissances antérieures. Leur mémoire est affaiblie : ils ont beaucoup oublié, et ce n'est pas seulement la distraction ou le manque d'attention qui sont en jeu ; il y a perte réelle dans les souvenirs enregistrés. La fixation des images est aussi plus rebelle dans leur mémoire qu'autrefois. Leur imagination est infiniment moins riche. Leur patience est vite à bout; leurs devoirs sont très inférieurs, et les fautes d'étourderie nombreuses. Souvent ils répondent à tort et à travers comme des enfants beaucoup moins âgés et donnent le tableau d'un véritable puérilisme. Ce puérilisme peut s'améliorer dans quelques cas, mais fréquemment, il s'altère ou reste stationnaire : on est alors obligé de placer ces sujets dans des écoles d'anormaux, comme celle que je dirige au Bouscat, près Bordeaux ; ou dans des réformatories, quand ils sont trop difficiles à garder et à surveiller. Mais de toute façon, c'est l'état de débilité qui domine le tableau clinique.

On voit maintenant que le portrait que j'ai tracé d'Alix n'est autre que celui d'un débile. Il est égoïste, susceptible, plein de lui-même, crédule, commandant à tout le monde et n'ayant jamais besoin des conseils de personne, incapable d'abstraction, dépourvu de tout sens critique ; sa volonté n'a pas la moindre emprise sur ses désirs et ses fantaisies ; il est gourmand, voleur, insolent, grossier, indécent, impulsif, obsédé, violent, sous un aspect tel d'inconscience que les spectateurs ont bien l'impression qu'ils sont en présence d'un irresponsable.

Il passe son temps à rendre la vie infernale à ses parents, ce qui ne l'empêche pas de les accabler de mille preuves de la plus tendre affection. Il reste indéfiniment à « cet âge est sans pitié » dont a parlé La Fontaine — et qui démontre une irréparable faiblesse de jugement.

Autres exemples de débilité postencéphalitique.

Je pourrais citer bien d'autres cas analogues, exemples de débilité identique.

Un garçon post-encéphalitique d'une quinzaine d'années, placé dans mon service d'hôpital à Saint-André, était devenu insupportable : il enlevait leurs couvertures aux malades alités leur chatouillait la plante des pieds, leur faisait couler de l'eau froide sur la tête pendant qu'ils dormaient, leur mettait du poivre, du sel ou du tabac dans leur verre de vin ou leur bol de tisane, et se livrait à mille autres facéties. Quand on le grondait, il pleurait à chaudes larmes, regrettait sincèrement ces stupides plaisanteries, et demandait pardon avec l'accent du plus profond repentir. Mais l'instant d'après, oublieux de ses promesses, il recommençait.

Voici un autre garçon, celui-ci âgé de 18 ans, chez lequel le Dr Pagès (de Montpellier) a porté le diagnostic de maladie de Cruchet. Après avoir été un bon élève moyen et donné toute satisfaction, on s'aperçoit vers l'âge de dix ans que son intelligence fléchit. Son attention n'est plus soutenue, il a des réflexions qui étonnent, son rire devient niais, ses camarades se moquent de lui, il ne suit plus la classe et tombe au dernier rang. Il m'est amené à Bordeaux, fin mars dernier, et les signes de débilité sautent aux yeux. Il a la mentalité d'un enfant de sept à huit ans : lit les romans d'aventure, s'intéresse au mécano, adore les airs de musique, est nul en calcul ; depuis quelques années, il a pris des habitudes d'onanisme, et si on lui demande pourquoi, il répond avec béatitude que c'est pour faire comme des amis qui lui ont appris la chose il y a 4 ou 5 ans. Avec cela, quelques impulsions violentes, des velléités d'indépendance et de menaces à l'égard de sa mère, si on le contrarie dans ses désirs enfantins.

Cet autre a 23 ans ; il a été atteint à 15 ans, il y a huit ans et demi, en juin 1920, d'encéphalite typique. De cette époque date un changement complet dans son caractère. Indiscipliné, raisonneur, emporté, il a été congédié de plusieurs établissements scolaires pour altercations, injures et même violences envers les professeurs. L'intelligence est demeurée assez vive, mais le jugement est en défaut et la pondération absente. Il n'a pu terminer ses études classiques, faute d'application et d'assiduité ; puis il s'est engagé dans un régiment de chars d'assaut et a pu, tant bien que mal, être libéré au bout de son temps de service. Depuis, il a été placé dans diverses usines, mais il supporte mal les observations qu'on lui fait, ne sait pas se plier à la règle commune, se plaint de ses chefs, discute leurs ordres, et ne peut rester nulle part. Avec cela, téméraire, imprudent, forte tête et bon cœur, vaniteux, capable de faire les pires sottises, par faiblesse de jugement.

Voici enfin le cas d'une dactylo, actuellement âgée de 32 ans. A 23 ans, il y a neuf ans, elle présenta une encéphalite léthargique classique, dont elle finit par guérir presque complètement. Il lui reste cependant un certain air étonné, figé, avec une démarche d'automate, mais surtout une déviation curieuse de son caractère. Alors qu'elle était auparavant timide, timorée, peu bavarde et renfermée, elle est devenue audacieuse, presque effrontée, ripostant à chacun et même à ses patrons, avec une désinvolture frisant l'impertinence. Dans une maison, où elle était considérée comme excellente employée, elle a imaginé un beau jour de faire une chanson rosse sur un des directeurs. La chanson, après avoir fait tout le tour du bureau et remporté le plus vif succès, est tombée entre les mains de l'intéressé qui, après avoir fait venir la coupable et lui avoir adressé ses meilleurs compliments, l'a mise à la porte. Elle a eu de pareilles mésaventures dans une dizaine de places, qu'elle a occupées successivement. Chaque fois, elle vient me trouver désolée, jurant de ne plus recommencer. Mais jusqu'à présent, elle n'a pu réussir à tenir longtemps sa parole. Elle aussi, montre une certaine débilité de son jugement, avec fléchissement de sa volonté.

Je cite ces quelques exemples, parmi beaucoup d'autres, mais ils suffiront à confirmer mon opinion sur ce point.

Conclusions.

En conclusion de cette étude, ce qu'il faut retenir, c'est la variabilité des états pervers considérés, dont la base fondamentale est surtout la débilité. On ne rencontre pas de types francs, nets, catégoriques, de perversion ; ils sont irréguliers, indécis, n'entrant dans aucun des cadres nosologiques constitués jusqu'ici. Il semble que la diffusion anatomopathologique, si manifeste, du virus encéphalitique, entraîne une sorte de regroupement des états cliniques mentaux qui, pour le moment, désorientent l'esprit et lui apportent une impression de désordre.

Et nous aurions en fin de compte à retrouver jusque dans le détail des descriptions des formes cliniques mentales elles-mêmes, et de la perversité en particulier, ce polymorphisme de l'encéphalomyélite, sur lequel nous avions attiré le premier l'attention en 1917, et qui, après avoir été mal compris et rejeté, à cette époque, est devenu aujourd'hui une donnée classique qui n'est même plus discutée.



THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Un nouveau traitement de la coqueluche. (Dr Marcel Guesné, *Concours Médical*, Paris, N° 53. décembre 1928.)

Après avoir passé en revue les différents traitements de la coqueluche et montré combien les résultats dee médications spécifiques, vaccins, sérums, sont aléatoires, combien délicat est l'emploi des différents anti-spasmodiques jusqu'ici proposés, l'auteur donne la préférence au somnifène dans le traitement de l'élément spasme qui, conditionnant la violence des quintes, les vomissements, les efforts de toutes sortes, fait en somme la gravité de la coqueluche.

Certes, l'auteur avait déjà utilisé avec succès le somnifène dans de multiples indications : les insomnies, l'agitation, le mal de mer, etc. Aussi eut-il l'idée de l'employer chez les enfants atteints de coqueluche grave. Chez ces malades toute la thérapeutique habituelle avait échoué ; M. Guesné fit donc prendre du somnifène à la dose de 3 gouttes toutes les deux heures et il eut la satisfaction de constater, non seulement l'arrêt des vomissements, mais encore la terminaison rapide de la maladie.

Depuis cette époque il traite ainsi tous ses cas de coqueluche et il n'a jamais eu un seul échec. Il donne 1, 2, 3, 4 gouttes toutes les 2 heures suivant l'âge de l'enfant. Ainsi traitée, la maladie ne dure pas plus de 15 jours et l'auteur n'a jamais eu le moindre ennui. Sans doute, les enfants sont un peu somnolents pendant toute la durée du traitement, mais cette somnolence n'est pas un inconvénient puisqu'elle permet de les maintenir au lit et de les surveiller plur facilement.

A la fin de sa communication, M. Guesné cite l'avis de ses confrères qui ont employé cette methode et en ont obtenu les meilleurs résultats. Il ajoute que cette nouvelle indication de somnifène est en somme la conséquence logique des propriétés puissantes de ce médicament utilisé par tant d'auteurs dans tous les cas d'hyperexcitabilité du système nerveux.

Le traitement des petits insomniaques et des petits anxieux par l'allylisopropylacéthyicarbamide. (Dr Tibi, *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 28 novembre 1928.)

Il est de première nécessité en matière d'insomnie d'en connaître la cause, et, celle-ci une fois connue, d'instituer le traitement étiologique ; c'est le cas de toutes les insomnies symptomatiques ; ainsi un insomniaque par cardiopathie peut guérir par l'adoverne ; l'insomnie de la période secondaire de la syphilis cède généralement au traitement spécifique ; dans les insomnies secondaire à la douleur, l'opium d'une part, et d'autre part l'allonal ont leurs applications ; dans l'insomnie des différentes psychoses, les bromures, le sédobrol, les valérianes sont des adjuvants excellents, etc. ; mais il reste toute la classe des petits insomniaques et des petits anxieux chez lesquels on hésite à administrer un hypnotique puissant, le somnifène par exemple ; chez ces malades, le sedormid ou allylisopropylacétylcarbamide donne, d'après l'autenr, les meilleurs résultats. Ce médicament n'est pas un barbiturique, c'est un uréide qui, à l'expérimentation physiologique et clinique, s'est montré absolument inoffensif, constant dans ses effets et parfaitement toléré (Pouchet, Bénech, Perget, Tibi). Chez tous ces malades traités par le sédormid à la dose de 1, 2 ou 3 comprimés par jour, malades surtout atteints d'insomnie de préoccupation, de surmenage et d'anxiété moyenne, on a constaté uns amélioration progressive et même une sédation complète des symptômes avec retour au sommeil normal et on a pu conclure que cet hypnotique doux, bien toléré, possédant une maniabilité très grande peut et doit rendre dans la pratique médicale de très précieux services, car il semble parfaitement réaliser le meilleur médicament des petits insomniaques et des petits anxieux.

Contribution à l'étude d'une nouvelle préparation de bismuth et de calomel dans le traitement de la syphilis[1]

Par François GROS

Les acquisitions faites depuis une vingtaine d'années dans le domaine du traitement chimiothérapique de la syphilis ont mis au premier plan de l'actualité les composés organiques de l'arsenic. C'est ainsi que l'arsénobenzol donné par voie intra-veineuse constitue incontestablement la médication de choix de la syphilis. A côté des arsénobenzènes, dont la toxicité est quelquefois redoutable, le mercure et le bismuth sont également des antisyphilitiques puissants et de moindre toxicité.

Le traitement de la syphilis par le bismuth a acquis depuis longtemps droit de cité, bien qu'on lui reproche de ne pas stériliser définitivement l'organisme et de ne pas mettre à l'abri de toute complication tertiaire. Pour remédier à ce gros inconvénient, la tendance se manifeste d'un retour au traitement classique par le mercure.

Afin de ne pas renoncer toutefois aux effets certains du bismuth, certains auteurs se sont orientés vers une thérapeutique mixte bismutho-mercurielle.

M. Millian le premier, a recommandé d'administrer par la bouche le sous-nitrate de bismuth et le calomel. En 1924 Dyboski a essayé les préparations colloïdales de bismuth et de calomel en injections.

Depuis, et cela pendant trois ans, Fouquet et Jean Michaux ont utilisé une association de bismuth et de calomel en suspension huileuse dont ils ont pu rapporter l'efficacité et les avantages dans une communication à la *Société de Dermatologie* (février 1927, n° 2, page 115).

La préparation que nous avons utilisée est identique à celle de Fouquet et J. Michaux (bismudausse et calomel) sauf le véhicule qui est aqueux (cette particularité contribue à rendre le médicament absolument indolore).

Chaque ampoule contient en suspension aqueuse 0 gr. 05 de carbonate basique de bismuth et 0 gr. 01 de calomel par centimètre cube ; comme l'ampoule est de 3 cc. elle contient par conséquent 0 gr. 15 de carbonate de bismuth et 0.03 de calomel. La teneur en bismuth métal est de 4 centigr. par 5 centigr. de carbonate basique, soit 12 centigr. pour une ampoule entière.

Les injections se font dans le muscle aux sièges habituels et selon la technique ordinaire.

La posologie est des plus simples. Chez l'adulte, on injecte une ampoule tous les deux ou trois jours par séries de 12 à 15 injections. Chez l'enfant, 1 cc. à 1 cc. 5 à la fois selon l'âge.

Nous avons utilisé ce produit dans trois cas : un cas de mal perforant plantaire chez un tabétique, un cas de syphilis scléro-gommeuse, un cas de syphilis cutanée secondaire.

Observation I. — G... Auguste, 46 ans, entre le 25 mars pour contre-expertise. Cet homme aurait, en effet, au début de juin 1928, présenté une blessure de l'orteil du pied droit par un clou rouillé. Depuis il s'est développé une plaie atone qui n'a aucune tendance à la cicatrisation. L'examen du pied droit montre de suite qu'il s'agit d'un mal perforant typique. On constate, en effet, à la face inférieure du gros orteil une lésion ulcéreuse profonde, d'aspect terne et violacé, à contours anfractueux et complètement atone. La plaie est à peu près insensible mais par contre, on constate autour de celle-ci une hyperesthésie nette par le contact et la piqûre. Le gros orteil est considérablement augmenté de volume au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. Hypersudation notable de l'orteil malade. De plus, le malade se plaint de douleurs fulgurantes en éclair. Il présente un signe de Romberg et une légère ataxie des deux membres inférieurs; les pupilles sont en myosis et ne réagissent pas à la lumière. Le chancre initial est survenu il y a 10 ans et a guéri spontanément, le malade n'a jamais été traité. Le Wasserman est positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le malade reçoit 15 piqûres de 3 cc., une injection tous les trois jours. Ces injections sont absolument indolores. Il n'y a pas eu de réaction locale ou générale, pas d'albumine dans les urines. Les douleurs fulgurantes se sont rapidement atténuées ; le mal perforant s'est cicatrisé à peu près complètement et il n'existe plus qu'une petite plaie occupée par un bourgeon charnu. L'articulation malade a diminué de volume et la sudation locale n'existe plus. A la fin du traitement l'état général est excellent (1) et le malade qui est chauffeur d'automobile peut reprendre son travail.

Observation II. — Mme M..., 51 ans, entre le 25 avril 1929 pour une lésion syphilitique scléro-gommeuse siégeant sur un lupus de la base du nez. Le début des accidents remonte en août 1927, par une petite ulcération siégeant sur une aile du nez. Des pointes de feu appliquées à ce moment-là n'ont eu aucune action. Hospitalisée dans le service en mai 1928, on lui a fait un Wassermann qui était positif.

Elle a reçu à ce moment-là deux séries de novar, deux séries de bivatol et une série de quinby. Ce dernier était assez mal supporté. Les lésions se sont améliorées et la malade est partie. Nous l'avons retrouvée en avril 1929. Elle présente une large ulcération siégeant sur tout le pourtour de la narine droite, reposant sur une base très infiltrée et peu douloureuse, les bords sont nets, non décollés. Ça et là, quelques lupômes ainsi que sur la joue droite. Le Wasserman est négatif.

La malade reçoit 10 injections de bismudausse. Les dimensions de l'ulcération ont diminué ainsi que l'infiltration. L'ulcération tarde à se cicatriser car il y a un lupus sous-jacent que l'on tâche de modifier par des scarifications. Notre malade a présenté une légère stomatite, mais n'a jamais souffert de ses injections.

Observation III. — M. B..., 24 ans, entre le 3 mai 1929. Il a sur la face, disséminées un peu partout, mais principalement sur le front, l'angle naso-génien et les joues, de nombreuses syphilides secondaires ulcéreuses et suintantes, quelques-unes croûteuses. Plaques muqueuses dans la bouche. Grosse adénopathie cervicale et inguinale.

Le malade a eu un chancre mixte le 15 mars, son Wassermann est fortement positif à son entrée dans le service. Les lésions qu'il présente se sont développées très rapidement et son affection évolue comme une syphilis maligne.

Il a reçu 12 injections de bismudausse. Ses syphilides se sont très rapidement cicatrisées de telle sorte qu'à la fin du traitement il ne restait à leur place qu'une tache pigmentaire. Le malade est sorti sur sa demande et nous l'avons perdu de vue.

Ainsi la préparation de bismuth associé au calomel semble constituer un excellent tréponémicide, permettant d'administrer le calomel d'une façon indolore. Peu toxique à la dose que nous avons utilisée, le calomel présente tous les avantages de la thérapeutique classique par le mercure, et le mercure est un antisyphitilitique éprouvé depuis longtemps. Puissant à l'égard des accidents primaires et secondaires (Darier) ainsi que vis-à-vis des complications tertiaires « il assure plus que tout autre un Wassermann durablement négatif » (Darier et Tzanck), c'est de plus le spécifique des douleurs fulgurantes des tabétiques.

Jusqu'ici l'emploi du calomel avait été considérablement restreint à cause de l'extrême causticité de son injection. Ce grave inconvénient étant supprimé, nous pensons que le bismuth-calomel peut rendre de bons services dans tous les cas d'arséno-résistance ou lorsque le mercure est spécialement indiqué.

(1) Travail du service du Dr Lortat-Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(1) Cf. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3 mai 1929, page 535. « Un cas de méga-pied tabétique pseudo-syringomyélique », par L. Lortat-Jacob et Yves Bureau.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'assurance invalidité-maladie. Légitimité d'un contrôle médical, comment on peut le concevoir,

Par le Dr **E. JACQUEMIN-PARLIER**
Médecin des Mines Domaniales Françaises de la Sarre.

L'assurance invalidité-maladie est à l'ordre du jour ; je le disais dans un précédent article (Comment fonctionne l'assurance invalidité-maladie aux Mines de la Sarre. *Progrès Médical* n° 8 du 25 février 1929), elle est inévitable et, au point de vue social, elle est souhaitable.

De nos jours, l'ouvrier n'est pas certain de ne pas mourir de faim si des infirmités, non dues à des accidents de travail, viennent l'empêcher de travailler : il ne peut avoir recours qu'à la charité publique ou privée.

Bien plus, s'il tombe malade, sa famille ne reçoit aucun demi-salaire, aucune indemnité : elle est vouée à faire des dettes, à se disperser, à disparaître : le foyer est mort.

Et puis, tous les pays ont accepté et mis au point, plus ou moins bien, de telles lois d'assurance : nous ne pouvons rester en arrière.

Nous devons faire un effort pour rendre plus supportable la vie du « Capital humain » et effacer, dans la mesure du possible, la dureté des inégalités sociales.

Malgré l'élévation des salaires, le prix de la vie ayant augmenté, le travailleur ne peut économiser beaucoup d'argent, surtout s'il est chargé de famille. Il n'est pas sûr du lendemain : il faut lui enlever cette anxiété. Il doit pouvoir se livrer à son labeur sans arrière-pensée, avec la certitude que si la maladie s'abat sur lui ou sur les siens, si des infirmités viennent le diminuer dans sa capacité de travail, les soins ne manqueront pas et que tout son petit monde aura à manger. C'est seulement alors, que, rassuré, le travailleur, se sentant soutenu par la Société, pourra se donner tout entier à son œuvre et regarder l'avenir avec calme.

En France, l'Assurance invalidité-maladie a rencontré l'hostilité de beaucoup de médecins qui craignent de voir diminuer leur situation pécuniaire ou morale.

Il y aurait beaucoup à dire à cet égard et il serait facile de démontrer que les médecins gagneront quelque chose là où ils ne gagnent rien, ou presque : mauvais payeurs — pas toujours volontaires mais dont les tarifs syndicaux dépassent la capacité de paiement — bureau de bienfaisance, assistance médicale gratuite, etc.

Ils craignent de devenir des fonctionnaires : est-il donc si déshonorant de l'être ? Sont-ils plus libres que des fonctionnaires ? Ont-ils moins de travail ? Gagnent-ils plus ?

Et nos camarades militaires sont-ils si malheureux et si méprisables ? Je souhaite à beaucoup de nos confrères, pour leurs vieux jours, la retraite d'un médecin-commandant ou d'un médecin-colonel.

Je suis un de ces « médecins fonctionnaires » si honnis. Eh bien, je ne me sens nullement diminué du fait de ma fonctionnarisation, je suis peut-être plus libre que beaucoup (dimanches, congés annuels payés, etc.) et mes confrères se trouvent, comme moi, heureux de leur statut.

Bien plus, nous nous considérons comme des « purs », car, parmi nous, il n'y a pas, il ne peut y avoir de médecins « marrons » ou « demi-marrons » : notre administration aurait tôt fait de les renvoyer à leurs chères études.

Nos malades sont soignés avec dévouement et avec les moyens les plus récents et les plus perfectionnés de technique et de thérapeutique ; ils n'ont pas à se plaindre.

Enfin, nous ignorons les affreuses petites mesquineries des rivalités de clientèle ; nous sommes vraiment des confrères.

Etre médecin fonctionnaire, ce n'est pas une tare, c'est une référence.

Ceci dit, une œuvre comme l'Asssurance invalidité-maladie ne peut pas échouer parce qu'elle est bonne, parce qu'elle est juste.

Mais les meilleurs outils deviennent mauvais dans des mains malhabiles ou malveillantes.

De même que l'Assurance accident et la gratuité des soins aux réformés de guerre ont entraîné des abus et provoqué des scandales, de même il serait à craindre que l'Assurance invalidité-maladie ne devienne une source de profits illicites pour des confrères pressés de s'enrichir ou peu scrupuleux : il y en a peu mais, hélas ! il y en a.

Il est donc naturel que les Caisses maladie défendent leur argent, qui est aussi celui de leurs assurés contre ceux qui tenteraient de multiplier les jours de maladie et les visites ou consultations.

Il est naturel également que la Caisse vérifie la qualité des soins donnés ; — elle a intérêt à ce que les malades guérissent vite et sans infirmité durable. C'est d'ailleurs l'intérêt bien compris du malade lui-même — un demi-salaire ne vaut pas un salaire entier.

Le contrôle est donc légitime.

Mais comment peut-on le concevoir ?

S'adressant à des médecins, il doit avoir à sa tête un médecin-chef, qui en dehors de la direction du service, se réservera exclusivement les rapports avec les confrères, c'est là une condition *sine qua non* du bon fonctionnement d'un organisme de contrôle.

Les médecins sont gens à l'épiderme sensible, il y a une manière de leur parler. Seul un médecin déjà âgé, ayant de l'acquis, peut leur dire des choses parfois pénibles : ils accepteront d'un confrère ce qu'ils n'accepteraient pas des autres personnes.

C'est donc le médecin-chef qui discutera avec les syndicats les accords à passer avec la Caisse qui les mettra au point et les soumettra à la ratification du Conseil d'administration. De même avec les hôpitaux et cliniques, les pharmaciens, les sages-femmes.

C'est lui également qui adressera de confraternels reproches à ceux qui tenteraient de sortir de la bonne voie ; c'est lui, enfin, qui proposerait les sanctions à prendre : exclusion de la caisse et dans les cas graves, poursuites, etc. ; dans la mesure du possible, le linge sale doit se laver en famille.

En dehors de ces attributions, le médecin-chef dirige son service de contrôle : il envoie, quand il le juge utile, les malades au médecin-contrôleur, il se fait présenter les certificats qui paraissent entraîner une trop longue interruption de travail eu égard au diagnostic, tous ceux qui font craindre une conséquence grave (maladie contagieuse, indisponibilité longue, infirmités durables, mort). Il se fait rendre compte de tous les transferts dans les hôpitaux ou cliniques.

Il se fait signaler tous les cas où le certificat de guérison n'arrive pas à la date prévue par le certificat initial.

A date fixe, on lui présente la courbe indiquant le nombre des cas de maladies, leur durée moyenne, leur prix de revient.

On lui signale les assurés qui dépassent dans l'année le nombre de jours de maladie fixé par l'administration.

On lui signale la situation de chaque médecin agréé, quant au nombre de malades soignés, la durée des cas ; leur prix de revient ; on lui communique les réclamations contre ces praticiens.

Après vérification, il envoie à l'ordonnancement les notes d'honoraires des médecins, pharmaciens, sages-femmes. Il propose toutes réductions utiles. S'il le juge nécessaire, il peut, dans les cas graves, faire lui-même tout contrôle sur les malades.

Sous ses ordres, le médecin-chef a son service partagé

en deux branches : branche médicale, branche administrative.

A) *Branche médicale.* — Elle comprend un ou plusieurs médecins, suivant l'importance de la caisse. Sur l'initiative du médecin-chef, ils se rendent au domicile des malades ou les convoquent à leur cabinet, les examinent et fournissent des rapports sur l'état des malades, la manière dont ils se sont soignés, le pronostic de l'affection et, en général, sur toutes les questions posées par le médecin-chef.

B) *Branche administrative.* — Elle comprend un certain nombre de secrétaires.

C'est là que se font les opérations suivantes :

1° Enregistrement de toutes les pièces qui arrivent, sur un registre *ad hoc* chaque pièce portant un double numéro : un numéro général et le numéro qu'elle occupe dans le dossier spécial auquel elle appartiendra (dossiers médicaux, hôpitaux et cliniques, fonctionnement du service, frais médicaux, etc).

2° Examen et classement des certificats de maladie : on signale les cas graves devant entraîner une longue indisponibilité, une infirmité durable ou définitive, la mort.

On signale les maladies contagieuses,

On signale des cas où l'invalidité prévue ne correspond pas au diagnostic,

On signale les transferts dans les hôpitaux ou cliniques,

On signale les prolongations. On classe définitivement les certificats correspondant aux cas guéris.

3° Vérification des notes d'honoraires des médecins, pharmaciens, sages-femmes : on signale celles qui paraissent exagérées.

Relevés des hôpitaux et cliniques.

4° Tenue d'un fichier « Assurés ».

Chaque fiche concerne un assuré et sa famille.

Tous les cas de maladie y sont portés.

On signale chaque fois que le nombre des journées d'indisponibilité atteint un total fixé.

5° Tenue de dossiers hôpitaux et cliniques.

Chaque établissement possède un dossier où figurent : le traité passé avec lui, et les suggestions ou réclamations formulées au sujet du fonctionnement de cet établissement.

6° Tenue de dossiers médecins, pharmaciens, sages-femmes.

Chaque médecin, pharmacien, sage-femme agréé, a un dossier où figurent les cas qu'il a soignés, leur durée, leur prix de revient, ainsi que toutes réclamations et observations.

7° Tenue d'un dossier « correspondance générale » (relations avec les médecins, etc.).

8° Tenue d'un dossier « fonctionnement du service » où figurent tous documents venus de l'administration ou émanant du médecin-chef.

9° Tenue des « Archives » où sont envoyées annuellement toutes pièces dont on n'a plus immédiatement besoin.

Un classement spécial et un répertoire général peuvent être prévus.

10° Tenue à jour d'une courbe indiquant le nombre de cas de maladie, leur durée moyenne, leur prix de revient.

Les courbes ont leur éloquence.

Voici comment on peut concevoir le contrôle médical d'une assurance invalidité-maladie.

Il semble bien que fonctionnant ainsi il ne puisse froisser personne et doive cependant procurer à tous le maximum de sécurité : aux malades assurés de la qualité des soins qu'ils reçoivent : à la caisse, qui n'a à craindre ni abus ni malversations ; aux médecins, qui voient éliminer automatiquement d'entre eux les brebis galeuses qui les déshonorent.

VARIÉTÉS

Encore un mot à propos de Reybard

Par le Dr L. BOULANGER
Assistant à l'Hôpital d'Urologie.

Dans sa notice récemment consacrée à Reybard (1), M. Cathelin nous apprend que cet auteur n'a pas limité ses travaux scientifiques à la seule étude des rétrécissements de l'urètre et à leur traitement, surtout par l'urétrotomie interne, à laquelle ce chirurgien doit principalement sa notoriété, mais que son attention s'est portée sur nombre d'autres questions de pathologie chirurgicale et qu'entre autres il s'occupa de la chirurgie de l'intestin. Dans cet ordre d'idées, il étudia les rétrécissements du rectum pour le traitement opératoire desquels il imagina un (2) spéculum spécial dont voici la description et le mode d'emploi que l'on trouve dans une publication de Bron (3), où l'on peut lire l'observation d'un malade opéré par Reybard au moyen de cet instrument.

. . . .

« Il est indispensable de faire une dilatation consécutive et immédiate (à l'incision du rétrécissement), car, autrement, comme nous le dirons plus loin, les bords de la plaie se réuniraient et l'opération pourrait être incomplète dans quelques cas, et inutile dans d'autres.

« Pour remplir toutes ces indications M. Reybard a fait construire un spéculum. Il se compose de deux valves solides, d'égale longueur ; aplaties latéralement et ayant un jour dans toute l'étendue de chacune d'elles. Chaque valve est munie d'un manche coudé à angle droit terminé par une poignée. Supérieurement ces deux valves se terminent en une pointe mousse et sont unies au moyen d'une charnière par une petite tige solide qui permet aux deux valves de changer leurs rapports mutuels en s'éloignant l'une de l'autre, de telle façon que la valve A pour être en rapport immédiat avec la valve B se trouve descendue de toute la longueur de cette petite tige qui les unit. Cet instrument est alors réduit à une simple valve mince à son extrémité.

Sa forme allongée lui donne l'avantage qu'ont dans les rétrécissements de l'urètre les bougies coniques, le jeu de la petite branche unissante permet, en la rendant perpendiculaire aux deux branches principales, d'avoir une dilatation égale à toute sa longueur quand ces deux branches sont parallèles, dilatation qui peut être augmentée à volonté en éloignant de plus en plus les deux poignées l'une de l'autre. Cet instrument est donc formé par deux leviers du second genre qui ont une très grande force, ce qui facilite beaucoup la dilatation exagérée que nous désirons et, en ordre l'avantage qu'il a de faciliter une dilatation, il présente encore celui de laisser voir toutes les parties avec lesquelles il est en contact. En effet, comme les deux valves sont aplaties et à jour, il en résulte que lorsqu'il est ouvert il est formé par quatre branches parallèles les unes aux autres qui laissent exposées aux regards, non seulement la partie profonde mais encore les quatre côtés de la région qu'on explore.

. . . .

(1) Dr F. CATHELIN. — Notice sur le chirurgien Reybard (de Lyon), 1795-1863, *Progrès médical*, 1er juin 1929.

(2) Nouvelles considérations sur les rétrécissements du rectum, par le Dr Félix Bron, membre de la Société de médecine et de chirurgie de Montpellier, ex-chirurgien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de l'Ecole de Médecine. Extrait de la *Gazette médicale de Lyon*. Lyon, 1856.

(3) BRON. — Le Dr Félix Bron fut un brillant élève de cette célèbre école lyonnaise qui compte tant d'illustrations et devint un chirurgien de mérite. Il se consacra spécialement à l'urologie. On lui doit un recueil de publications intéressantes relatives à la pathologie urinaire où, parmi de nombreux faits et observations cliniques fort intéressantes, on trouve la description de plusieurs instruments ingénieusement combiné (sonde gouttière pour la dilatation des rétrécissements de l'urètre, sonde destinée à limiter les injections dans l'urètre, urétrotome) dont il est l'auteur. Ce recueil se termine par la relation émouvante de la bataille de Cussey (près de Besançon), douloureux épisode de la douloureuse guerre franco-allemande de 1870 et par le récit des tribulations que firent éprouver au chirurgien de la 1re ambulance lyonnaise que Bron était alors, la grossièreté et la brutalité prussiennes.

« D'une manière générale nous croyons donc que le spéculum de M. Reybard remplit toutes les indications désirables : introduction facile, dilatation graduelle, brusque, faible ou exagérée, facilité très grande pour explorer tout le pourtour et le fond de la région malade.

. . . .

« Le 13 mars dernier, nous avons assisté avec le Dr Rollet, à une opération pratiquée par M. Reybard sur un homme de 30 à 35 ans, qui avait un rétrécissement très fort du rectum et qui était également traité par la dilatation depuis longtemps d'un rétrécissement de l'urètre.

« Le rétrécissement du rectum remontait à dix ans.

« Etant au service militaire, ce malade contracta plusieurs blennorrhagies qu'il soigna tant bien que mal.

« Il en traita une entre autre, par la potion de Chopart qu'il prit coup sur coup et à plusieurs reprises. Ces potions n'eurent que très peu d'effet sur l'écoulement urétral ; l'action porta presqu'exclusivement sur l'intestin et amena des super-purgations très abondantes. Les fonctions digestivss qui jusqu'à ce moment s'étaient accomplies avec la plus grande régularité furent troublées par une irritation très forte de l'anus qui occasionna de vives douleurs et retint souvent le malade d'aller à la selle. La défécation devint on ne peut plus douloureuse. Un chirurgien du régiment crut alors qu'il avait une fissure et l'examina, nous dit le malade, avec une minutie qui ne permettait aucun examen ultérieur : il ne trouve rien. Les matières sortaient difficilement, par petits morceaux rubanés. Les douleurs, des plus violentes, gardèrent leur intensité pendant longtemps, puis diminuèrent, sans cesser, pour reprendre une nouvelle acuité de temps en temps, et jamais depuis la miction n'a été facile.

« Quand nous l'avons vu pour la première fois, l'anus était tellement étroit qu'il n'était pas possible d'introduire même le bout du doigt ; les douleurs d'une violence extrême, ne permettaient pas le moindre attouchement. La défécation gênée dans son cours ne s'accomplissait presque plus, et le malade depuis ce moment n'allait du ventre qu'au moyen de lavements.

« Il a été endormi avec l'éther et une fois la résolution obtenue le doigt a été introduit dans l'anus pour explorer les lieux. L'ouverture était tellement étroite que malgré l'anesthésie on n'a pu pénétrer jusque dans l'intérieur de l'intestin qu'après beaucoup d'efforts. On n'y sentait ni bosselures, ni indurations, c'était une simple constriction. M. Reybard a introduit son spéculum. Une fois en place, il a retiré la branche la plus avancée au niveau de l'autre de manière à amener d'abord une dilatation égale à la branche unisssante, puis écartant violemment les deux branches l'une de l'autre il a distendu le sphincter et l'anus. Il s'est produit à gauche une déchirure qui a porté presqu'exclusivement sur le muscle contracturé et qui s'est manifestée par un élargissement subit et considérable. Dès ce moment le doigt a pu être introduit sans difficulté aussi loin que possible sans rencontrer le moindre obstacle.

« Les jours qui ont suivi il n'y a eu aucune douleurs si ce n'est au moment de l'introduction de l'embout dilatateur. Quoi qu'il en soit, M. Reybard l'a passé tous les jours, il l'a enfoncé tous les jours de plus en plus et l'a laissé en place de plus en plus longtemps.

« Pour en rendre le contact moins pénible, et l'introduction plus facile, M. Reybard avait eu la précaution de le recouvrir d'une vessie de veau. Il pense, à juste titre, et le malade en faisait lui-même la différence, que le contact d'une matière animale avec nos tissus est plus supportable que quelque matière que ce soit, et c'est le meilleur moyen pour obtenir un glissement doux et facile.

« La dilatation est devenue de jour en jour plus supportable et de plus en plus grande, au point qu'on a pu faire pénétrer sans occasionner de vives douleurs au malade des embouts qui avaient près de cinq centimètres de diamètre. Dilatation suffisante pour faire croire à une guérison complète et définitive.

« Le 11 avril, nous avons touché de nouveau ce malade. Nous avons trouvé une ouverture large et facile. Le doigt n'occasionnait aucune douleur. On sentait encore à droite une corde assez grosse formée par le sphincter, mais, en tendue et n'amenant aucune gêne dans la défécation. Le point seul qui avait cédé en était déprimé et nous a donné la certitude que l'élargissemen obtenu dans l'ouverture intestinale dépendait tout entier de cette déchirure.

« Le malade se livre actuellement à toutes ses occupations, n'éprouve aucune douleur, va à la selle régulièrement tous les jours sans lavement et sans souffrir. »

REVUE DE PRESSE ETRANGERE

Pathologie générale.

La suppression du choc analytique et de la maladie du sérum faciliterait l'immunisation contre les maladies chroniques comme la tuberculose et la lèpre et permettrait les vaccinations rapides et inoffensives en cas d'épidémie de choléra, de peste ou de typhus. José R. Blanco Vitorero (*Semana medica*, 14 mars 1929), ayant traité un malade concurremment par des injections de sulfate de strychnine à hautes doses et d'un vaccin bactérien à doses progressives, observa que le vaccin ne produisait plus de réaction à des doses triples et même quadruples ; il espère supprimer ainsi le choc anaphylactique.

La technique est simple ; on emploie une solution de sulfate de strychnine à 1 % ; on injecte d'abord six gouttes (trois milligrammes) et on augmente d'une goutte (un demi-milligramme) à chaque injection ; certains sujets supportent dix-huit milligrammes ; les phénomènes de saturation strychnique ont toujours été légers.

Intoxications.

L'empoisonnement aigu par le sublimé est efficacement traité par la méthode d'Eugenio Cenini. (*Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 24 mars 1929). On fait un lavage d'estomac avec une solution albumineuse, puis avec une solution à 5 % d'hyposulfite de soude ; on injecte chaque jour, par voie intraveineuse, 10 cc. d'une solution d'hyposulfite de soude à 6 % et 40 cc. d'une solution de glucose à 25 %, sans avoir à redouter la moindre réaction. Ce traitement, pratiqué précocement, se montre efficace pour les troubles rénaux et préserve le sujet des complication du côté du tube digestif.

L'étude clinique de l'intoxication par le café. (Richard Erhardt, *Acta Medica Scandinavica*, 12 juin 1929) montre deux phases successives ; la première caractérisée par l'euphorique à l'égard du présent, la facilité des associations d'idées et la disparition de la lassitude et du sommeil ; la seconde, au contraire, se manifeste par le dégoût, l'irritabilité, la mauvaise humeur, l'éclipse de la raison et de la maîtrise de soi ; cette dernière période fait défaut quand le café a été pris dans des conditions qui en contrebalancent les effets nuisibles, c'est-à-dire aussitôt après le réveil, après des efforts physiques ou avec usage simultané de tabac et d'alcool.

En ce qui concerne l'étude des modifications psychiques, on peut utiliser la schématisation de Sjöbring, qui a cherché à déterminer certains facteurs constitutionnels fondamentaux ; ce sont la capacité (somme des tendances à l'activité physique et des possibilités intellectuelles), la validité (somme d'énergie afférente à ces tendances et possibilités), la stabilité (faculté de s'adapter d'une façon supérieure à l'ordre dans l'action ou la pensée) et la solidité (endurance du subtratum psychique). Dans les effets du café, ce sont avant tout les insuffisances dans la stabilité et la solidité qui semblent être le plus immédiatement responsables de ces effets ; par contre, il n'y a rien qui laisse à désirer du côté de la validité.

Tuberculose.

La culture en série du B. C. G. dans la cornée de lapins et de cobayes a permis à O. Kirchner (*Beitrage zur Klinik der Tuberkulose*, Bd. 69, H. 2, 1929) d'aboutir aux conclusions suivantes :

L'innocuité du B. C. G. ne peut être considérée comme rigoureusement établie ; la persistance de la faible virulence dans les générations successives de bacilles, provenant *in vivo* de la souche initiale, n'est pas démontrée.

Si l'immunité dépend de la vitalité du bacille introduit, on ne peut affirmer que ce dernier n'est pas susceptible d'acquérir une certaine virulence, si la résistance organique de l'hôte vient à fléchir pour une raison quelconque. Il est donc exagéré de prétendre que la vaccination est inoffensive en toute circonstance.

La méthode de Walbum (de Copenhague) consiste à traiter la tuberculose pulmonaire par des injections de sels métalliques à doses très faibles ; la *Semana Medica* en donne deux bonnes études)Gumersiudo Sayags et Alberto Marsal, 14 mars 1929 ; José Dutrey, 28 mars 1929).

Walbum a recherché des substances stimulantes capables d'augmenter la concentration en anticorps des animaux soumis à une immunisation active ; il a utilisé les ions métalliques et leurs effets catalytiques sur les réactions naturelles de défense de l'organisme.

26 métaux furent essayés contre l'infection tuberculeuse ; seuls le cadmium et le manganèse furent capables de guérir et de stériliser les lapins infectés.

Les doses employées sont infimes ; la dose thérapeutique optima pour le lapin correspond, par kilo de poids, à environ 1 cc. de la solution normale à 0,0005.

Syphilis.

La base du séro-diagnostic de la syphilis repose sur l'association des réactions de Wassermann, de Hecht et de Jacobsthal, qui se complètent et se contrôlent réciproquement (Cavalucci, *Rinoscenza Medica*, 15 février 1929) ; ces trois méthodes sont basées sur la déviation du complément.

Les réactions de floculation ont une valeur nettement inférieure pour le diagnostic ; l'intensité de la floculation n'est en rapport ni avec le degré des lésions dans la syphilis évolutive ni avec la gravité des antécédents dans la forme latente. Cette méthode ne donne aucune mesure de l'infection et peut faire commettre de graves erreurs de pronostic.

Les réactions d'opacification, comme celle de Meinicke donnent une proportion inférieure de résultats positifs, mais elles donnent trop souvent un résultat positif en l'absence de syphilis.

Chirurgie.

Les rapports de la chirurgie et du diabète ont été étudiés par Jean Slosse et F. Van den Branden (*Scalpel*, 15 février 1929), qui formulent les règles suivantes :

1° La nécessité de l'intervention chirurgicale chez des malades ateints de diabète est relativement fréquente (10 à 15 % des cas) ;

2° L'intervention chirurgicale peut être pratiquée dans des conditions voisines de celles observées chez des malades non diabétiques ;

3° Il est nécessaire de préparer le malade à l'opération par un traitement diététique et insulinique déterminé exactement, de manière à permettre la mise en réserve de glycogène et de faciliter la résistance de l'organisme à l'intoxication chloroformique, à l'infection ou au shock opératoire ;

4° La mesure de la réserve alcaline constitue un élément de pronostic extrêmement fidèle dans l'appréciation de l'état général du malade ;

5° Lorsqu'il y a urgence absolue, opérer tout de même, mais donner de l'insuline à haute dose.

Obstétrique.

La rachianesthésie doit rester une méthode d'exception en obstétrique (M. Cheval, *Bruxelles Médical*, 31 mars 1929), car la narcose chloroformique est fort bien supportée par la femme enceinte.

La rachi est indiquée dans les cas d'opérations obstétricales chez les tuberculeuses et les cardiaques dès que le col est dilatable, en cas de menace de rupture utérine ou lorsque l'utérus est tétanisé sur un fœtus en position transversale, dans l'éclampsie et dans la césarienne.

L'auteur pratique une injection de 25 centigrammes de caféine une demi-heure avant l'intervention. La patiente est couchée dans le décubitus latéral, jambes fléchies et faisant le gros dos ; la tête est relevée sur le côté, vers l'épaule libre, sous le contrôle et avec l'aide d'une infirmière, de manière à incurver la colonne cervicale et à empêcher le liquide anesthésique d'arroser le bulbe.

Histoire naturelle.

Les piqûres des hyménoptères sont combattues avec succès en utilisant le procédé d'Amédée Pugnat (*Revue médieale de la Suisse romande*, 25 mars 1929). L'aloès, sous forme de poudre, dissous dans l'alcool éthylique à 60° dans la proportion de 20 %, constitue, après 5 à 6 jours de macération, suivie de filtration, un remède vraiment spécifique.

L'emploi en est simple : déposer une gouttelette de la solution sur la piqûre et en assurer la pénétration par une friction légère et superficielle ; mais, pour assurer le succès, il faut agir de suite et il est nécessaire de ne pas enlever pendant quelques heures l'enduit laissé par la teinture d'aloès.

Maladies infectieuses.

Le problème de l'étiologie de la grippe est encore à l'étude. (Neisser; *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1er mars 1929). C'est une maladie infectieuse, transmissible, avec une incubation d'un à trois jours ; les recherches expérimentales pour la transmettre d'homme à homme ont échoué, sans donner le moindre résultat concluant. On ne connaît pas de facteurs climatiques, météorologiques, telluriques ; on ne peut considérer aucun animal comme vecteur ni établir une relation quelconque avec l'alimentation. La maladie est contagieuse, mais non nécessairement, à tous ses stades, même à la période d'incubation.

Le germe responsable est encore inconnu. La majorité des auteurs admet une double origine ; il y aurait une symbiose pathogène d'un germe saprophyte ou peu pathogène, qui servirait de vecteur au véritable agent étiologique, une association d'un aérobie avec un anaérobie ou d'un germe ordinaire avec un virus filtrant. L'étude récente de la flore anaérobie des voies respiratoires semble offrir de nouveaux horizons. L'attention des bactériologistes est spécialement fixée sur un très petit bacille, à peine visible, qui traverse les filtres ordinaires et marque une véritable forme de transition entre les germes visibles et les ultra-virus. Toutes les recherches faites pour établir le rôle de ce germe dans la grippe sont demeurées infructueuses à cause des difficultés de la culture.

Le rôle du bacille de Pfeiffer dans la grippe n'est pas encore définitivement établi. Il n'est pas douteux que le bacille de l'influenza se rencontre dans 70 % des cas et que les résultats des réactions biologiques et même des expériences de vaccination semblent en faveur d'une relation de ce germe avec la grippe ; mais la multiplicité probable des types, la parenté avec d'autres germes, la présence chez des individus sains rendent très difficile une interprétation définitive de nos connaissances actuelles.

Radiologie.

La diversité dans la forme des demandes d'examens radiologiques gastro-intestinaux est, pour A. Meyers et E. Meyers-Palgen, *Le Scalpel*, 18 mai 1929 la meilleure des preuves du manque d'unité de conception de cet examen dans l'esprit des cliniciens.

De ces formes diverses de demandes d'examens, deux ou trois seules peuvent présenter un intérêt. La meilleure c'est la présence à l'examen du clinicien, qui précise les points essentiels ; quand cette collaboration idéale fait défaut, on peut y substituer une demande d'examens, contenant le résumé de l'examen clinique et des analyses avec le diagnostic d'impression ; enfin, après une longue période de collaboration, on admet sous réserves, les demandes d'examens laconiques : ptose, ulcère, cancer, etc.

Le clinicien évitera les précisions inutiles et vaines ; il ne demandera pas la prise de clichés sous telle ou telle incidence, car il n'a pas qualité pour le faire.

Dans l'état actuel des choses, au manque d'unité des demandes d'examens correspond d'ailleurs un manque d'unité dans

les réponses aux examens demandés, les radiologistes fournissant des protocoles tantôt trop brefs, tantôt exagérément développés.

Si la collaboration radio-clinique est indispensable, elle ne suffit pas à éviter les erreurs dues à des examens incomplets. La fugace illumination de l'écran ne remplace pas les examens dont les différentes positions, la palpation des organes, la précision des points douloureux. Les clichés seront pris en nombre variable, en incidences diverses. Enfin il y aura lieu, dans certains cas, de répéter l'examen.

Ophtalmologie.

Le problème oculo-dentaire divise les ophtalmologistes en deux clans, (Hambresin, *Bruxelles Médical*, 2 juin 1929) ; les uns prétendent que ce sont des raretés quand ils n'en nient pas l'existence, les autres estiment que presque toutes les maladies des yeux relèvent des dents.

La pathogénie est discutée : lésion par continuité, trouble réflexe, infection à distance, infection sinusienne. Il s'agit le plus souvent des dents supérieures, atteintes de carie, de pulpite et surtout d'infection péri-apeixenne silencieuse décelable seulement par les rayons X ; les plombages, l'implantation de pivots, les extractions malheureuses jouent un rôle important.

Les affections oculaires, attribuées à tort ou à raison aux lésions dentaires, sont le phlegmon de l'orbite, l'ulcération de la cornée, l'inflammation du tractus uvéal et la névrite optique.

Les troubles oculo-dentaires sont certainement exceptionnels, en proportion des affections dentaires ; mais ils existent comme le prouvent les cas légers, qui guérissent après l'avulsion de la dent coupable, et cela presque instantanément.

Psychiatrie.

L'infection puerpérale, qu'elle survienne sous la forme septicémique ou localisée, est susceptible d'entraîner des troubles mentaux graves, qui trop souvent conduisent à l'aliénation prolongée et parfois définitive (Brousseau, Caron et Larue. (*Bulletin Médical de Québec*, avril 1922).

Contrairement à l'opinion classique, un terrain psychopathique, héréditaire ou antérieur, n'est nullement nécessaire ; des femmes, indemnes mentalement, courent, au cas où elles sont infectées, à peu près autant de risques que celles qui paraissent prédisposées.

Aussi, devant un syndrome psychopathique, s'accompagnant de signes d'infection puerpérale, est-il indiqué d'établir une thérapeutique étiologique précoce, pour diminuer l'imprégnation toxique du cerveau et empêcher le syndrome mental aigu de passer à l'état chronique.

Thérapeutique.

Les sérums antitétaniques français et suisses ont été étudiés comparativement, à la clinique chirurgicale de Lausanne, par E. Vrech, qui donne les conclusions suivantes (*Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juin 1929) :

50 malades ont reçu la dose prophylactique de 10 cc. de sérum antitétanique de Berne ; 3 (6 %) ont présenté une réaction sérique.

La dose préventive indiquée par l'Institut Pasteur de Paris et celle contenue dans une ampoule de l'Institut de Berne ont une valeur antitoxique à peu près équivalente.

Au point de vue prophylactique, ces deux doses donnent une garantie pratiquement absolue.

Varia.

L'étude des cancers cutanés, examinés dans leurs rapports avec la pathologie générale, permet d'aborder, dans un domaine spécial, l'un des grands problèmes biologiques d'actualité (E. Ramel, de Lausanne).

Dans la pratique, le problème du diagnostic d'un cas de fébricule authentique équivaut à celui de la recherche d'un foyer infectieux latent, avec tout son intérêt en toute sa complexité (Gregoris Maranon, de Madrid).

La science moderne doit désormais avoir deux buts en thérapeutique anti-syphilitique. l'un immédiat : on ne doit plus mourir de syphilis ; l'autre plus lointain : la syphilis doit disparaître de la pathologie (Mario Sammartano, de Trapani).

Le maître doit exposer toutes les questions avec le maximum de clarté, les énumérations à perte de vue de théories, de classifications, de petits signes, d'auteurs et de références bibliographiques rendent l'enseignement brillant, mais réduisent énormément les facultés de compréhension des étudiants (M. Banuelos Garcia, de Valladolid).

J. LAFONT.

ACTUALITES

Les bases pathogéniques du traitement des thyréotoxicoses (1).

A la suite de l'ablation du goitre on peut voir des complications graves survenir ; parfois même la mort. On voit du délire, de la tachycardie qui peut atteindre jusqu'à 200 pulsations à la minute, de la dyspnée, des vomissements incoercibles, de la diarrhée. la température peut monter à 40 et même 41.

Mais il semble bien que l'intervention à elle seule n'est pas suffisante à expliquer tous ces faits.

Depuis 1922, Plummer prépare les malades à l'opération par une cure de liquide de lugol, de cette façon il lui semble diminuer les risques des suites opératoires.

Durant cette cure opératoire, le malade est surveillé attentivement ; on prend sa tension sanguine. on pratique un électrocardiogramme, on prend son pouls matin et soir (pendant l'opération le pouls est compté toutes les 10 minutes et après l'opération toutes les heures). Le poids des malades est noté toutes les semaines. Après l'ablation de la glande on en pratique une étude anatomo-pathologique et histologique, ainsi que chimique.

L'observation du pouls fait remarquer que chez les travailleurs physiques et les personnes se donnant aux sports, le pouls peut ne pas être rapide. Souvent le repos au lit suffit pour ramener le nombre des pulsations au chiffre normal.

En général, le pouls doit être surveillé de près, on doit le compter souvent et avec attention.

Pour ce qui est du poids, ses modifications rapides et fréquentes ne doivent point être considérées comme ayant une valeur trop grande, car le poids chez le même malade peut varier du jour au lendemain, ce qui dépend de la rétention des liquides dans l'organisme. La quantité des liquides absorbés et la diurèse doivent être surveillés et marqués. On étudie aussi la sédimentation des globules rouges, mais cette étude ne donne rien de particulier. La pratique des électrocardiogrammes est presque délaissée, elle ne paraît pas avoir de valeur notable.

Depuis des années déjà on étudie la question de l'iode et de la thyroïde. Nous savons que Plinius parlait du traitement par le varech du goitre, plus tard on a appliqué le cresson de fontaine dans les traitements du goitre. C'est en 1811 que Courtois parle de l'iode comme tel. Coindet en 1820 applique le traitement par l'iode, mais c'est en appliquant ce traitement iodé qu'on en voit les défauts, les dangers. Chatin arrive à la conclusion que l'insuffisance de l'iode est la cause du goitre endémique.

L'étiologie des toxicoses primitives est inconnue, on voit du tissu œdémateux dans la thyroïde et il semble bien que le manque d'iode n'est pas la corne du goitre.

Baumann, en 1895, a constaté la présence d'iode au niveau de la thyroïde, il l'a trouvé en association avec des albumines, la iodothyrine contient 10 % de iode. Kendall découvre la thyroxine, substance non albumi-

(1) D'après JOHAN HOLST. — (*Die pathogenetischen Grundlagen der Thyrectoxikosentherapie*). Oslo, 1928.

neuse. C'est en 1927 que Herrington arrive à la découverte dans la thyroxine de 4 atomes d'iode par molécule.

On connaît maintenant la thyroxine synthétique de chez Hoffmann-Laroche.

D'autres organes en dehors de la glande thyroïde contiennent eux aussi de l'iode, tels sont principalement les muscles du corps, leur teneur en iode est presque double de celle de la thyroïde.

Le sang lui aussi contient de l'iode, remarquons que le métabolisme iodé endogène est réglé par la thyroïde.

Voici en quelques mots comment s'effectue le traitement préparatoire iodé d'après la méthode de Plummer : suivant les cas, on donne X gouttes de solutiou de lugol au malade de deux à six fois par jour ; si l'iode *per os* est intoléré par le malade on pratique des lavements iodés. Le traitement suivant cette méthode est contre-indiqué dans les toxicoses secondaires.

Voici la réaction au traitement iodé dans les cas de toxicoses primaires : la réaction typique c'est l'amélioration de l'état du malade, tous les symptômes s'améliorent rapidement, le tableau clinique est modifié (24 cas) : dans d'autres cas l'amélioration est suivie d'une aggravation notable (6 cas) ; dans certains cas on ne remarque aucune action du traitement ou bien elle n'est qu'insignifiante (3 cas).

Ce traitement peut devenir nuisible s'il est trop prolongé, mais s'il est arrêté avant l'interventton on peut dans certains cas appliquer des doses fortes. En général, on poursuit le traitement pendant quelques mois. On commence par un repos au lit, puis le malade étant au repos absolu, on commence le traitement par des doses de X gouttes trois fois par jour, puis on en donne 5 et même 6 fois par jour.

Il faut se rappeler que le traitement de Plummer n'est que préparatoire à l'opération et ne doit pas être appliqué comme traitement indépendant. En somme, il faut dire que les doses à donner dans les différents cas ne sont pas encore fixées.

Voici en quelques mots la réaction au traitement préopératoire iodé dans les toxicoses thyroïdiennes secondaires (adénomateuses) : on note dans certains cas de l'amélioration. Quelles sont les modifications du point de vue anatomo-pathologique qu'on observe après le traitement iodé ? La glande diminue, sa consistance devient plus ferme, même presque cartilagineuse; la vascularisation à son niveau dimine. A l'opération l'hyperémie est moindre. On constate des adhérences nombreuses, mais, disons-le, on voit des adhérences presque aussi nombreuses dans les cas non traités par l'iode.

L'étude histologique de la glande permet de constater du polymorphisme des alvéoles, de la desquamation épithéliale, l'abondance du tissu lymphoïde, de la prolifération disséminée. Dans les cas traités par l'iode, on ne voit pas de guérison histologique, mais la prolifération est moins marquée, la quantité de colloïde paraît être normale, les modifications épithéliales sont peu marquées. Pas de desquamation, l'hyperémie est plus marquée.

Dans le goitre primitif, toxique, on voit deux sortes de modifications au niveau des cellules de la glande : les unes sont influencées par le traitement iodé, les autres ne le sont point. Dans certaines formes de goitre aucune cellule de la glande thyroïde n'est modifiée par l'iode, les modifications qui existent avant le traitement restent sans changement après application de la méthode de Plummer. Remarquons que dans tous les cas de goitre toxique primitif le traitement par l'iode enrichit les cellules de la glande en substances colloïdales.

On ne remarque point de relations directes entre la réaction clinique au traitement par l'iode et les modifications au niveau des cellules.

Etudiant la glande thyroïde au point de vue de sa teneur en iode on arrive aux chiffres suivants : normalement la thyroïde contient de 5,32 mgr. à 12,5 mgr. teneur relative, et de 2,18 mgr. à 4,5 mgr. teneur absolue. Le goitre primitif toxique contient moins d'iode (8,8 % à 4,14 %). Le goitre secondaire toxique tout au contraire contient plus d'iode.

Quand on pratique le traitement iodé on peut constater chez les malades une sensibilité variée à l'application de l'iode, cette sensibilité se trouve en relation avec le nombre de noyaux adénomateux existant au niveau de la glande. Ces noyaux apparaissent à des moments variés de la vie, le plus souvent ils se développent dans l'enfance (goitre diffus des enfants). Dans une thyroïde normale la formation de ces noyaux est très rare. Pour éviter la formation de ces éléments anormaux, il est bon d'appliquer le traitement prophylactique le plus précoce possible, à l'école ou même chez la mère au moment de la gestation. Ce traitement prophylactique peut être réalisé par l'alimentation iodée, ou les sels iodés, mais il faut surveiller le patient car des toxicoses secondaires peuvent en résulter.

Nicolaysen et Lunde proposèrent l'emploi de poissons de mer (norvégiens). L'iode organique s'assimile progressivement, donc avec l'emploi des poissons de mer on peut aussi arriver à l'apparition de la toxicose iodothyroïdienne, mais seulement progressive et non brutale.

A l'examen chimique du goitre primitif toxique on y constate après le traitement avec la solution de Lugol dix fois plus d'iode qu'au niveau des goitres non traités.

C'est à Gley et Bourcet qu'on doit la découverte de l'iode en tant que partie constante du sang. L'iode du sang se modifie suivant les saisons. D'après Fellenberg, le sang contient 65 % d'iode en associations organiques ; d'après Lunde cet iode organique constitue 80 % de l'iode total.

Dans les goitres primitifs, la glande est pauvre en iode et en colloïde, mais l'iode dans le sang est abondant.

Durant le traitement par la solution de Lugol l'iode anorganique du sang augmente. En même temps, l'iode et les substances colloïdales augmentent pour aller vers la normale.

Pour ce qui est de l'intervention chirurgicale elle-même, depuis 1923 c'est la stromectomie subtotale qu'on applique. L'anesthésie employée est l'anesthésie locale à la novocaïne (1/2 %), avec 3 gouttes d'adrénaline pour 100 cc. On pratique des injections dans le pli de la peau. Puis on fait la dissection très attentive de la glande, on isole les 4 pôles, puis quand on est bien certain des vaisseaux sectionnés, qu'il ne peut y avoir aucune hémorragie, on sectionne la partie de la glande qu'on désire enlever, combien faut-il en laisser ? Le plus souvent on laisse gros comme une amende de glande thyroïde de chaque côté. La résection doit se faire aux ciseaux, entre deux pinces, la capsule de la glande doit être ramenée sur les restes de la glande. Pas de points de suture.

L'opérateur doit surtout faire attention à la possibilité des lésions du nerf recurrent. Après l'intervention on introduit dans la plaie un drain en caoutchouc (pour 3 à 4 jours).

En 5 ans, 150 opérations de ce genre ont été faites, la mortalité a été zéro. Le nerf récurrent n'a jamais été touché. La tétanie post-opératoire n'a été observée que dans un cas. L'hémorragie aussi n'est survenue que chez un des opérés.

La réaction post-opératoire peut être due ou bien au thymus, au choc opératoire, à l'hyperémie, à la résorption des substances de la thyroïde. On constate souvent chez les opérés un thymus hyperplasié.

La réaction post-opératoire peut être divisée en deux genre de réaction, la psychique et la résorptive, c'est la psychique qui influe le pouls.

Si c'est possible il faut observer l'opéré le plus longtemps possible, des mois après l'intervention. On voit alors s'il y a nécessité d'une nouvelle intervention, parfois on a besoin d'une nouvelle opération et pourtant le patient se porte bien. Dans ces cas il vaut mieux appliquer le traitement suivant. On donne au malade de petites

doses d'iode, VIII à X gouttes de solution de Lugol une fois par jour, durant 2 à 4 semaines. En présence de l'hypofonctionnement des restes de la glande on constate de l'hypothyroïdisme latent, de l hypothyroïdisme avec des signes cliniques, et encore le myxœdème peut survenir. L'insuffisance de la thyroïde après l opération peut être de 25 %, par rapport à l'activité normale

Il y a des cas ou même une opération parfaitement réussie ne donne pas de guérison. On suppose alors que le fragment laissé est insuffisant, mais cette supposition n'est pas basée sur des données assez précises.

On doit distinguer la période préopératoire, l'opération et la période post-opératoire.

Le traitement iodé intermittent est nuisible dans les thyréotoxicoses. Mais le traitement d'après la méthode de Plummer peut même après une durée de 3 à 4 semaines rester sans aucun résultat. Notons encore que ce traitement n'est que préparatoire à l'opération et ne peut être maintenu comme traitement indépendant. Dans les cas où on avait appliqué le traitement préparatoire les résultats semblent être encourageants, certes partiellement, mais c'est toujours cela.

Pour ce qui est l'iode sanguin, on sait qu'il existe deux variétés d'iode dans le sang : une insoluble dans l alcool (fraction B) et une autre soluble dans l'alcool (fraction A).

Dans les thyréotoxicoses primitives on voit de la diarrhée, c'est la cause de la pauvreté du goitre en incret. Mais par contre le sang est rempli par les increts thyroïdiens (fraction B), fait qui donne le tableau clinique de la thyréotoxicose.

Le traitement par les préparations iodées anorganiques provoque l'augmentation de la fraction A du sang ce qui permet à l'incret de rester au niveau de la glande thyroïde.

La diarrhée disparaît, le sang s'appauvrit en iode, la quantité de ce dernier atteint les limites normales.

Si le traitement est trop prolongé, la capacité de la thyroïde pour l'iode se voit dépassée. alors la sécrétion ne peut plus rester au niveau de la glande et elle se déverse dans le sang La durée du traitement iodé dépend de la stabilité de l'équilibre de la balance iodée de l'organisme étudié.

Rappelons-nous que la réaction de l'organisme à la strumectomie est de deux sortes : psychique et résorptive.

Dans les cas favorables, ces deux phases sont séparées, la première apparaît pendant l'opération, l'anesthésie ; la seconde est post-opératoire. Dans les cas graves, les deux se fusionnent : alors le pronostic est défavorable.

La phase psychique chez des malades inquiets peut donner de la tachycardie qui paraît alarmente, la phase résorptive est celle qui a de l'importance pour le sort du malade. Les substances résorptives sont apportées par les fragments restés de la thyroïde. Plus petits sont ces fragments, moins grands sont les dangers de cette phase.

C'est pourquoi on recommande tout particulièrement la strumectomie subtotale. La mortalité de cette opération est de 0 %.

TRIFONOFF.

BIBLIOGRAPHIE

La Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, par le Dr André HAHN. 1 vol. in-8°. 250 p. Prix : 40 fr. Le François, éditeur, 91, boulevard St-Germain, Paris.

Dans ce livre, qui est une belle thèse de doctorat, le Dr André Hahn a voulu faire connaître la Bibliothèque de la Faculté de Paris, son évolution, les ressources qu'elle offre aux travailleurs.

La Bibliothèque de la Faculté de médecine est l'image de la vie médicale depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours ; elle donne d'ère en ère, puis de siècle en siècle, et enfin d'année en année, l'état des sciences médicales.

La Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris est l'une des plus grandes bibliothèques du Corps médical qui soit au monde.

Actuellement, elle s'accroît surtout, à côté des grands traités et des ouvrages de référence, d'un nombre toujours plus accusé de périodiques spéciaux.

Dans ce dépôt qui compte près de 400.000 volumes il est quelquefois difficile au travailleur de s'orienter ; c'est alors que les conseils, les renseignements donnés par un bibliothécaire sont précieux.

Ceux du Dr Lucien Hahn n'ont jamais fait défaut aux lecteurs novices, ni aux chercheurs. L'étude technique que son fils vient d'écrire sera utile aux uns et aux autres ; elle fait honneur au nom porté par cette dynastie de bibliothécaires.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année* (année 1929-1930). — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 20 janvier 1930, à 9 h., à l'administration centrale, 3 avenue Victoria.

Concours de chirurgie et d'accouchement. — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 16 janvier 1930, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les élèves qui désireront prendre part à ces concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 h., du 14 au 26 novembre 1929 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve pour chacun de ces concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le mardi 26 novembre 1929, à 17 h., dernier délai.

Asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant au quartier d'aliénés de l'hospice de Pontorson (Manche) par suite du départ du Dr Schutzenberger, appelé à un autre emploi.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé d'aliénés faisant fonction d'asile public du Bon-Sauveur-de-Bégard (Côtes-du-Nord), par suite du départ du Dr Fassou, appelé à un autre emploi.

Guerre. — Service de santé. (Armée active). — Par décision ministérielle du 11 août 1919, sont nommés assistants des hôpitaux militaires et reçoivent les affectations suivantes avec la mention « service » les médecins capitaines ci-après désignés:

Section de médecine. — MM. Robin est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Jacob et Hamon sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Section de bactériologie. — MM. Andrieu est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; Friess est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de chirurgie. — MM. Loustric est affecté à l'hôpital militaire Maillot à Alger ; Carillon est affecté à l'hôpital militaire du Val de-Grâce.

Section d'électroradiologie. — MM. Mignot est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; Cassou est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

— *Les examens de sortie du Val-de-Grâce.* — Le classement de sortie par ordre de mérite des élèves de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce est le suivant :

I. Médecins lieutenants : MM. Gounelle, Aujaleu, Sohier, Giraud, Pinelli, Dubau, Reberol, Horrenberger, Collin, Tanguy, Lacaux, Bidegaray, Marot, Nahon, Jude, Parent, Picard, Camoreyt, Pronzet, Salaun, Gorsse, Brucer, Marchetti, Willemin, Reynaud, Darre, Meynadier, Houpert, Audrain, Trippier, Dubourg, Mettetal, Cluzel, Syrmen, Mormand Paléologue, Bemier, Harter (Jean), Harter (René), Petitdemange, Senequier, Counes, Julliard, Artheras, Cadi, Poulin, Durand, Pagès, Dassonville, Marmillot, Me Robert, Cauvin, Humann, Gosse, Gardet, Spetebroot, Huguier, Duc, Carayon, Lapeyre, Doumenc, Chemin, Augère, Cozeauxrendre, Péraldi, Peyre, Dados, Robert, Duport.

II. Pharmaciens lieutenants : MM. Velluz, Colin, Preceptis, Siméon, Le Moult, Hamet, Poste, Louvart, Diverres, Tardy, Chambon, Corbé, Moreau, Lescop, Billant, Cariou.

Distinctions honorifiques. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le Dr Fabre (de Paris).

Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. — La prochaine assemblée générale de l'Association des membres du Corps enseignant des facultés de médecine aura lieu à la Faculté de médecine (amphithéâtre Vulpian), le mercredi 9 octobre prochain, à 14 h. 1/2, sous la présidence du professeur J. Guyot (de Bordeaux), président.

Le Comité de l'Association se réunira le même jour, à 10 h. du matin.

Ordre du jour : 1° Rapport du secrétaire général. Rapporteur : professeur agrégé Perrens (de Bordeaux).

2° Rapport du trésorier. Professeur Patel (de Lyon).

3° Rapport sur la création des certificats de spécialités. Rapporteurs : professeurs Jacques (de Nancy) et Paul Delmas (de Montpellier).

4° Les Assurances sociales et leur répercussion dans l'enseignement clinique. Rapporteurs : professeurs agrégés Mazel (de Lyon) et Watrin (de Nancy).

5° Les professeurs de l'enseignement supérieur payant patente, organisation d'ensemble pour obtenir l'abrogation de l'amendement Herriot (art. 67, loi des Finances, 1921). Rapporteur : professeur Paul Delmas (de Montpellier).

6° Modifications au statut du Comité consultatif : *a.* représentation obligatoire de chaque faculté (protestation de la Faculté d'Alger) ; *b.* représentation des professeurs de pharmacie des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Rapporteurs : professeurs Chassevant d'Alger) et Chelle (de Bordeaux).

7° Le personnel technique des laboratoires. Rapporteur : professeur agrégé Aubertin (de Bordeaux).

8° Le relèvement du traitement des chefs de clinique.

9° Questions diverses :

Hôpital Tenon. — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques. (Insuffisance cardiaque. Angine de poitrine. Douleurs précordiales. Syncopes).* — Ce cours qui aura lieu du 11 au 21 novembre 1929, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves MM. Haguenau, médecin des hôpitaux ; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, 1er assistant du service ; H. Velti prosecteur, chef de clinique chirurgicale ; Viau, Vidrasco et Me Barras, assistants du service ; Gilbert Dreyfus, P. Peuch, Alibert et Thoyer, anciens internes et internes du service Bréant; chef du laboratoire du service ; Frain, chargé de la radiologie du service.

Tous les matins, à 10 h., conférence clinique avec projections ; à 11 h., exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 h., démonstrations pratiques ; à 17 h. et à 17 h. 3/4, deux conférences cliniques avec projections.

Programme. — Lundi 11 novembre, 10 h., M. LIAN : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque ; 11 h., M. LIAN : Examens cliniques ; 15 h., M. BARRAS : Epreuves cliniques d'insuffisance cardiaque ; 17 h., M. BLONDEL, dyssystolie et hyposystolie ; 17 h. 3/4, M. Gilbert DREYFUS : La toux cardiaque.

Mardi 12 novembre, 10 h., M. LIAN : Consultation clinique ; 15 h. M. BLONDEL : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h., M. BLONDEL : Asystolie ; 17 heures 3/4 ; M. THOYER : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 13 novembre, 10 h., M. LIAN : Le bruit de galop ; 11 h., M. LIAN : Exercices cliniques ; 15 h., M. FRAIN : Démonstration de radiologie ; 17 h., M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire gauche ; 17 h. 3/4, M. HAGUENAU : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 14 novembre, 10 h., M. LIAN : Le pouls alternant ; 11 h., M. FRAIN : Examens radiologiques ; 15 h., M. BLONDEL : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 h., M. BLONDEL : Encombrement ventriculaire droit ; 17 h. 3/4 ; M. THOYER : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 15 novembre, 10 h., M. LIAN : Consultation clinique ; 15 h., M. VIAU : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h., M. BLONDEL : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque ; 17 h. 3/4, M. BRÉANT : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Samedi 16 nov., 10 h., M. LIAN : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 h., M. LIAN : Exercices cliniques ; 15 h., M. VIAU : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h., M. ALIBERT : Accidents gravido-cardiaques ; 17 h. 3/4, M. VIDRASCO : Electrocardiographie et insuffisance cardiaque.

Lundi 18 nov., 18 h., M. LIAN : Considérations générales sur les angines de poitrine ; 11 h., M. LIAN : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine ; 15 h., M. FRAIN : Démonstration de radiologie ; 17 h., M. BLONDEL : Forme commune de l'angine de poitrine ; 17 h. 3/4 : M. VIAU : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 19 nov., 10 h., M. LIAN : Consultation clinique ; 15 h., M. PUECH : Examen du cœur à l'autopsie ; 17 h., M. VIDRASCO : Electrocardiographie et angine de poitrine ; 17 h. 3/4, M. BLONDEL : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 20 nov., 10 h., M. LIAN : Traitement médical des angines de poitrine ; 11 h, M. LIAN : Exercices cliniques ; 15 h., M. VIAU : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 h., M. WELTI : Traitement chirurgical des angines de poitrine ; 17 h. 3/4, M. FRAIN : Radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 21 nov., 10 h., M. BLONDEL : Douleurs précordiales ; 11 h., M. FRAIN : Exercices radiologiques ; 15 h., M. VIAU : Démonstration de méthode graphique ; 17 h., M. BLONDEL : Les syncopes ; 17 h. 3/4, M. LIAN : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours, ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Endocarde, péricarde, myocarde et aorte ; 4° Artères, veines et capillaires. Le cours de juin 1930 portera donc sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde et de l'aorte.

S'inscrire auprès du Dr BLONDEL, premier assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 fr.

Hôpital Tenon. — *Cours de revision d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Ce cours aura lieu du 4 au 9 novembre 1929 sous la direction du Professeur Emile SERGENT et du Dr Camille LIAN, agrégé médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux ; FAROY, P. PRUVOST, WEISSEMBACH, médecins des hôpitaux, JOANNON, agrégé, BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à midi, exercices et démonstrations pratiques au lit des malades. Lundi 4 : M. LIAN, hôpital Tenon, mardi 5 : M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié. Mercredi 6 : professeur SERGENT, hôpital de la Charité. Jeudi 7 : M. FERNET, hôpital Saint-Louis (service de M. Lortat-Jacob). Vendredi 8 : M. FAROY, hôpital Andral. Samedi 9 : M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité :

3 h. à 4 h., démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur SERGENT) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur SERGENT).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur SERGENT.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

Excursions de Paris et de Rouen au Havre et vice-versa par Chemin de fer et Bateau à vapeur.

L'une des plus charmantes excursions qu'il soit possible de faire sans déplacement important est certainement la descente de la Seine entre ROUEN et LE HAVRE.

En vue de faciliter cette excursion, l'Admininistration des Chemins de fer de l'État délivre jusqu'au 30 septembre 1929, de Paris, de Rouen ou du Havre, des billets spéciaux d'aller et retour qui permettent d'accomplir en *bateau à vapeur* le trajet de ROUEN au HAVRE ou vice versa, et le reste du voyage en *chemin de fer*.

Les prix de ces billets sont ainsi fixés : 1° de PARIS au HAVRE ou vice-versa : 1re cl. chemin de fer et bateau : 158 fr. 85 ; 2e cl. chemin de fer et 1re cl. bateau : 124 fr. 40 ; 3e cl. chemin de fer et 2e cl bateau : 83 fr. 20. Durée de validité 5 jours. — 2° de ROUEN au HAVRE ou vice-versa : 1re cl. chemin de fer et bateau : 65 fr. 70 ; 2e cl. chemin de fer et 1re cl. bateau : 57 fr. 25 ; 3e cl. chemin de fer et 2e cl. bateau 39 fr. 60. Validité 3 jours.

Lundi 4, 3 h. à 4 h., M. Henri DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. le professeur SERGENT (appareil respiratoire) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (appareil respiratoire).

Mardi 5, 3 h. à 4 h., M. C. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PÉRISSON (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition).

Mercredi 6, 3 h. à 4 h., M. PÉRISSON (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FAROY (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h., M. HARVIER (endocrinologie) ; 6 h. à 6 h. 1/2, M. ABRAMI (pathologie générale).

Jeudi 7, 3 h. à 4 h., M. FERNET (peau et syphilis) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h., M. JOANNON (hygiène) ; 6 h. à 6 h. 1/3, M. AUBERTIN (sang).

Vendredi 8, 3 h. à 4 h., M. WEISSENBACH (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. DUVOIR (médecine légale), 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (intestin).

Samedi 9, 3 h. à 4 h., M. BLECHMANN (pédiatrie) : 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. LIAN (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi, 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire auprès du Dr BLONDEL, premier assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 fr.

Hôpital Laennec. — *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Le Dr Henri BOURGEOIS et les Drs FOUQUET, LEMOINE et MARION commenceront, le lundi 21 octobre 1929, une série de leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie.

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures, en outre, les 21 et 22 octobre, à 16 heures.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Principes électriques ; 2° Appareils de diathermie ; 3° Physiopathologie. Technique ; 4° Application de l'étincelle de tension en O. R. L. ; 5° Tumeurs bénignes et tumeurs malignes ; 6° Amygdalites cryptiques, mycoses ; 7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens ; 8° Sténoses vélo-pharyngiens.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr FOUQUET, service O. R. L. de l'hôpital Laennec.

La carte du Combattant et le personnel médical. — M. Joseph Bouesse demande à M. le ministre des pensions : 1° si le personnel médical affecté pendant la guerre aux H O.E., officiers d'administration, remplissant aux armées les fonctions d'officier d'état-civil, n'ont pas droit à la délivrance de ladite carte. (*Question du 30 mai 1929.*)

Réponse. — 1° Les seules formations du service de santé qui soient comprises dans la nomenclature des unités combattantes énumérées aux tableaux annexés au décret du 28 juin 1927 sont : *a*) les groupes de brancardiers ; *b*) les ambulances et sections d'hospitalisation divisionnaire ; 2° les officiers d'administration remplissant aux armées les fonctions d'officier d'état civil ne sont pas compris dans la nomenclature ci-dessus visée. Toutefois, les intéressés ont la faculté de solliciter la carte du combattant dans les conditions fixées par l'article 4 du décret précité. Ils doivent, à cet effet, se mettre en instance devant le comité départemental des mutilés et réformés de la guerre de leur résidence qui remplit provisoirement le rôle du comité départemental du combattaut. (*J. O.* du 1er août 1929.)

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année. (Année 1929-1930.) — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 20 janvier 1930, à 9 heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration tous les jours, de quatorze heures à dix-sept heures, du 14 au 26 novembre 1929 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Service de santé au plus tard le mardi 26 novembre 1929, à dix-sept heures, dernier délai.

Nécrologie. — Dr Chauvin, (de Lyon). — Dr Ambrois, de Pont de Beauvoisin (Isère). — Dr Sigre, de Paris. — Dr Soulaine, de Saint-Nazaire. — Dr Woolatt, décédé à Saint-Brolarde (Ille-et-Vilaine), au cours d'un accident d'automobile. — Dr Guedeney, maire d'Alise-Sainte-Reine (Cote-d'or), décédé subitement. — Dr Maurice Springer, décédé en son domicile, 97, boulevard Malesherbes.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
DE L'HOTEL-DIEU

Névrites rétro-bulbaires et amblyopie toxique

Par M. le Prof. F. TERRIEN.

Messieurs,

A propos d'un malade du service je voudrais vous parler de la névrite rétro-bulbaire et de l'amblyopie toxique.

On pourrait dire de la névrite rétro-bulbaire ce qu'on disait autrefois de l'amaurose. Vous savez que l'amaurose c'est la perte de la vision.

Dans l'amblyopie au contraire il y a diminution plus ou moins marquée de la vision mais il n'y a pas perte totale ; tandis que dans l'amaurose, il y a abolition totale.

Autrefois, avant la découverte de l'ophtalmoscope on rangeait dans le cadre des amauroses, toutes les affections de l'œil dans lesquelles le malade ne voyait rien et souvent aussi le médecin pas davantage.

On peut dire la même chose des névrites rétro-bulbaires : on désigne sous ce nom beaucoup d'affections dans lesquelles le malade ne voit pas ; en réalité ce qu'on a l'intention de désigner quand on dit névrite rétro-bulbaire, c'est l'inflammation du nerf optique en arrière de l'œil, car pour les anciens anatomistes l'œil est désigné sous le nom de bulbus. C'est donc une dénomination un peu artificielle car certaines névrites ne se limitent pas forcément à cette portion du nerf optique et peuvent s'étendre très loin en arrière ou en avant de la papille. Quoi qu'il en soit on a coutume de désigner sous ce terme de névrite rétro-bulbaire les affections dans lesquelles il n'y a pas de manifestations ophtalmoscopiques, tout au moins au début.

D'une manière générale il faut reconnaître qu'il est toute une série de troubles visuels caractérisés par une diminution considérable de la vision sans altérations appréciables à l'ophtalmoscope et désignés pour cette raison sous le nom de névrites rétro-bulbaires.

Nous avons souvent l'occasion de les rencontrer ; c'est une chose intéressante, et on peut ranger dans ce groupe de lésions toute une série d'affections où il y a altération en arrière de la papille. Le plus souvent on note dans ce cas une véritable triade symptomatique :

1° Une diminution de la vision, quelquefois brusque, se développant le plus souvent peu à peu, et localisée à la partie centrale de la vision. Car il y a, vous le savez, dans la vision deux parties : la vision périphérique et la vision centrale. Dans la névrite rétro bulbaire le champ visuel est conservé et c'est surtout la partie centrale et tout à fait centrale qui est perdue. De sorte que sur les schémas le champ visuel est parfois figuré avec un scotome central plus ou moins étendu et conservation de la périphérie ; si bien que le malade, qui souvent voit très mal, est incapable de lire, a conservé la vision périphérique et se dirige sans peine.

Voilà donc un premier point : trouble visuel apparaissant plus ou moins rapidement, caractérisé par la perte de la vision centrale et par la conservation du champ visuel périphérique.

2° Quand on examine le sujet à l'ophtalmoscope on ne trouve pas d'altération du fond de l'œil. Et c'est un élément tout à fait important dans la névrite rétro-bulbaire que l'examen ophtalmoscopique. Pas d'altération donc, tout au moins au début, car il peut en survenir plus tard au niveau de la papille.

3° Douleur du globe oculaire à la pression. Si on appuie légèrement sur le globe, d'avant en arrière on réveille généralement une douleur plus ou moins vive.

Voilà la triade symptomatique courante de la névrite rétro-bulbaire.

Notre malade est un sujet âgé de 22 ans qui est venu nous consulter le 10 avril 1929 parce que trois semaines auparavant il a eu une diminution brusque de l'acuité visuelle, d'abord du coté gauche, puis du côté droit, à droite l'acuité est de 1/10 et du côté gauche elle est de 1/50. En même temps le sujet se plaignait de céphalées bitemporales. Scotome central sur les deux yeux, s'étendant de 15 à 10° en dehors et en avant.

Voilà donc le type de la névrite rétro-bulbaire. L'examen ophtalmoscopique ne donne aucun renseignement et chez notre malade il n'y a pas de douleur à la pression du globe oculaire.

Cette conservation du champ visuel est un point tout à fait caractéristique et différencie cette névrite rétro-bulbaire de la névrite inflammatoire du nerf optique ; car dans cette dernière c'est généralement le champ visuel qui est pris le premier. Dans le tabès par exemple, ce qui apparait d'abord ce sont les altérations du champ visuel et ce rétrécissement sera quelquefois très accusé alors que la vision centrale demeure longtemps conservée ; enfin il n'y a pas de scotome central.

Au contraire dans la névrite rétro-bulbaire, c'est la perte de la vision centrale qui est capitale ; elle se complique d'un scotome central plus ou moins étendu, quelquefois assez large pour occuper la presque totalité du champ visuel. Mais si on recherche avec attention on trouve toujours à la périphérie une petite zone où le malade perçoit les mouvements ; ce qui montre bien qu'il s'agit d'une névrite rétro-bulbaire, tout à fait différente de la névrite optique.

A côté de ces éléments essentiels mentionnons encore deux symptômes intéressants qu'il n'est pas rare de rencontrer : les troubles de la pupille et l'élargissement de la tache de Mariotte.

La pupille est souvent paresseuse à la lumière et d'autant plus que le scotome est plus étendu.

Si au contraire le scotome est petit, limité au centre, la réaction pupillaire est normale, car tout le reste de la rétine a conservé sa sensibilité et la voie centripète du réflexe n'est pas altérée.

Ceci intéresse à la fois le diagnostic et le pronostic : la réaction pupillaire sera d'autant plus paresseuse que le scotome est plus étendu, c'est-à-dire intéresse une plus grande partie de rétine et de fibres nerveuses

Symptômes accessoires. — Il y a souvent dans la névrite rétro-bulbaire un élargissement de la tache aveugle.

La tache aveugle, projection au dehors de la papille, siège à 15° en dehors du point de fixation et à 3° au-dessous. Dans la névrite rétro-bulbaire, elle est généralement plus étendue ; au lieu d'un scotome physiologique de 3 à 5° on peut voir un scotome beaucoup plus grand, du fait des altérations du nerf optique.

Mais ce qui est intéressant, c'est surtout la perte de la vision centrale avec la conservation de la vision périphérique, l'intégrité du fond de l'œil au début et la pression douloureuse du globe de l'œil.

La névrite peut apparaître brusquement : du jour au

Leçon du mercredi 12 juin 1929.

lendemain l'individu ne voit plus rien ou à peu près rien. Ces phénomènes s'accompagnent quelquefois de fièvre.

Le plus souvent, au contraire la névrite revêt la forme subaiguë, comme chez notre malade ; elle évolue en quelques semaines ou quelques mois et souvent d'une façon favorable au point de vue du pronostic.

Elle reconnaît des causes multiples mais avant d'arriver à l'étiologie de cette affection, je voudrais vous montrer comment très facilement on détermine l'existence du scotome central.

Pour le rechercher, on peut, demandant au malade de fermer un œil, lui faire fixer au centre du périmètre un petit carré de papier, blanc d'un côté, vert de l'autre. On délimite ainsi une aire plus ou moins étendue dans laquelle le sujet ne perçoit pas ou perçoit très mal les couleurs; puis dans une période plus avancée le blanc lui-même n'est plus reconnu.

Un autre moyen excellent de déceler la présence du scotome est le stéréoscope et les cartons de Haitz, cartons quadrillés qui permettent de délimiter très nettement la région où la vision est défectueuse ou nulle. On peut ainsi apprécier l'étendue du scotome et faire le diagnostic de névrite rétro-bulbaire.

A quoi sont dues les névrites rétro-bulbaires ?

Toutes les affections peuvent donner lieu à la névrite rétro-bulbaire, la méningite cérébro-spinale, la grippe et d'une manière générale toutes les infections ; on a même accusé le froid seul de produire cette névrite. On a vu des conducteurs de trains, la tête exposée longtemps hors de la machine afin de surveiller la voie, être atteints ensuite de névrite rétro bulbaire. Si en tout cas le froid seul n'est pas suffisant à la créer, il peut la favoriser, comme il détermine ou favorise l'apparition d'une pneumonie ; c'est dire qu'il s'agit toujours d'une infection ou d'une intoxication.

Il faut songer aussi à la possibilité d'une névrite d'origine syphilitique, mais le plus souvent il s'agit d'une infection banale, infection à forme aiguë ou subaiguë, accompagnée d'un peu de fièvre, tout au moins dans la forme aiguë.

A côté des formes aiguës il y a les formes chroniques, dues le plus ordinairement à des intoxications.

Un mot tout d'abord de la névrite héréditaire. Certains sujets, vers l'âge de 16 à 18 ans, présentent tous les signes d'une névrite rétro-bulbaire, caractérisée également comme chez notre malade, par une baisse assez rapide de la vision, une diminution de la vision centrale très accusée, avec conservation du champ visuel périphérique, sans altérations ophtalmoscopiques.

Cette névrite rétro-bulbaire des jeunes sujets est héréditaire et souvent familiale. Il s'agit d'une maladie tout à fait spéciale, dont Leber en 1877 a rapporté une soixantaine d'observations. Nous devons nous demander chez notre malade s'il ne s'agit pas d'une névrite de cet ordre.

Chez lui nous n'avons rien trouvé au point de vue neurologique. Il a été examiné par M. Schœffer qui n'a constaté aucun trouble des réflexes ; peut-être un reste probable de polyomyélite infantile qui ne peut être retenue ici au point de vue étiologique. Chez notre jeune homme nous sommes donc en présence de deux hypothèses :

S'agit-il d'une névrite rétro-bulbaire familiale ? Le jeune âge et le santécédents permettent d'y penser : son frère et sa sœur ont présenté les mêmes symptômes : sa sœur vers l'âge de 15 ans (elle en a 32 aujourd'hui) ; elle voit encore très mal d'un œil. Son frère a été pris à 8 ans ; il en a maintenant 25 et ne voit pas.

Chez notre malade le pronostic est donc tout à fait réservé. Nous avons cherché chez lui les traces d'une infection. Il en est une à laquelle il faut toujours penser : c'est la sclérose en plaques. Elle s'accompagne souvent de phénomènes de névrite rétro-bulbaire ; celle-ci peut même en être le premier symptôme et le demeurer longtemps.

Nous avons suivi avec M. Achard il y a une quinzaine d'années une malade atteinte de troubles visuels qui avaient évolué vers la névrite rétro-bulbaire ; et pendant un an elle n'a présenté aucun autre symptôme que cette névrite rétro-bulbaire avec diminution de la vision centrale ; puis est apparu du nystagmus, avec tremblement caractéristique ; et enfin tous les autres symptômes de la sclérose en plaques avec un tremblement intentionnel des plus caractérisés. Cette malade mourut quelques années plus tard d'une maladie intercurrente, d'une pneumonie.

Il faut donc toujours penser en présence d'une névrite rétro-bulbaire dont la cause est inconnue à la possibilité de la sclérose en plaques. M. Schœffer n'en a relevé aucune trace chez notre malade. Cela ne veut pas dire qu'il faut éluder cette cause possible. Mais étant donné l'âge du sujet, l'absence d'infection antérieure, l'existence chez le frère et la sœur d'une névrite rétro-bulbaire nous pensons plutôt qu'il s'agit chez lui d'une maladie de Leber, c'est-à-dire d'une névrite rétro-bulbaire familiale héréditaire, cette névrite très particulière, apparaissant vers l'âge de la puberté et qui se caractérise par les symptômes rappelés plus haut : diminution de la vision centrale, conservation du champ visuel périphérique, scotome de 16 à 18°, absence d'altérations du fond de l'œil, etc.

Recherchant les causes de cette névrite on a émis l'hypothèse d'une origine mécanique et on s'est demandé alors s'il ne s'agissait pas d'une altération osseuse. Cushing et d'autres ont constaté, à l'examen radiographique, un épaississement de la petite aile du sphénoïde, qui contribue, vous le savez, à la formation du trou optique. Un épaississement de l'os entraînera un rétrécissement de celui-ci et par là même une compression du nerf optique au moment de la croissance du sujet, le nerf, trouvant un espace trop étroit.

On a encore incriminé la compression du nerf au chiasma par l'hypophyse ; au moment de la puberté il y a vous le savez, hypertrophie de l'hypophyse ; il en est de même au cours de la grossesse et on a noté, chez certaines femmes enceintes, un rétrécissement du champ visuel. S'agirait-il donc d'un rétrécissement par compression du nerf au moment de la puberté ? Je crois que cette éventualité de la compression du nerf par l'hypophyse, ou dans le trou optique, doit être abandonnée. Car la compression entraînerait tout d'abord des altérations de la périphérie du nerf ; aussi devrait-on noter en premier lieu des modifications du champ visuel et le trouble ne commencerait pas par la perte de la vision centrale. Cette théorie mécanique de la maladie familiale de Leber me paraît donc devoir être abandonnée.

Il s'agit plus vraisemblablement d'une altération d'ordre toxique, due peut-être à un trouble endocrinien et le Dr H. Lagrange en a rapporté récemment dans les *Archives d'Ophtalmologie* une observation très nette.

Le rôle des glandes endocrines, longtemps méconnu, est aujourd'hui peut-être exagéré et sans doute leur attribue-t-on bien des lésions dont elles ne sont pas toujours responsables. Quoi qu'il en soit nous devons remarquer que cette variété de névrite héréditaire familiale apparaît au moment de la puberté, avec le développement de cer-

taines glandes endocrines. Il est possible qu'une hypertrophie de l'hypophyse joue un rôle accessoire, mais peut-être un trouble endocrinien d'ordre toxique est-il à la base de cette névrite rétro-bulbaire.

Il s'agit dans tous les cas d'une névrite rétro-bulbaire tout à fait particulière, d'abord par son mode d'apparition et par l'âge auquel elle apparaît ; enfin elle est presque toujours bilatérale. Le pronostic en est tout à fait défavorable. En général, quelle que soit la cause de la névrite rétro-bulbaire, infectieuse ou toxique, le pronostic est relativement bon, le cas de sclérose en plaques excepté. Après une période de plusieurs semaines ou de plusieurs mois pendant laquelle la vision est très diminuée, on observe peu à peu une restitution *in integrum*, ou à peu près, et ceci dans la moitié des cas, avec ou sans traitement.

Au contraire dans cette forme de névrite rétro-bulbaire familiale le pronostic est défavorable. Nous avons soumis notre malade aux injections de cyanure d'Hg. quoiqu'il n'y ait pas d'antécédents spécifiques.

Je vous rappelle que cette névrite rétro-bulbaire héréditaire se transmet par les femmes qui, elles, demeurent le plus souvent indemnes. Dans la famille de notre malade une sœur a été atteinte, mais c'est l'exception. Il y a en quelque sorte une sorte d'immunité pour le sexe féminin et c'est d'ailleurs un fait assez général pour le nerf optique, beaucoup moins fréquemment atteint chez la femme que chez l'homme. Nous constatons en effet beaucoup plus de névrites optiques et d'atrophies optiques dans le sexe masculin. C'est le contraire pour les iritis, surtout pour les iritis torpides, dans l'apparition desquelles les troubles menstruels jouent un rôle important. On désigne souvent d'ailleurs cette variété d'iritis sous le terme d'iritis métriques.

A côté de cette névrite rétro-bulbaire héréditaire ou familiale, il y a toutes les autres variétés de névrites rétro-bulbaires, en particulier la névrite d'origine infectieuse ou toxique. Et qnand nous ne retrouvons pas l'origine de la névrite pensons toujours à la possibilité de la sclérose en plaques, ce qu'on ne fait pas assez souvent ; on ne saurait donc en rechercher les éléments avec trop de soin et réserver toujours ce diagnostic possible.

Enfin, à côté des infections générales, ces névrites peuvent reconnaître une infection de voisinage. Toutes les infections de voisinage, en particulier celles du sinus, peuvent déterminer les névrites rétro-bulbaires.

Le nerf optique est, vous le savez, en contact immédiat avec les cellules ethmoïdales postérieures et avec le sinus sphénoïdal ; il est là avec celui-ci en rapport très intime ; il peut même y avoir des déhiscences de la paroi qui font que le nerf est presque en contact avec la cavité du sinus dont il est simplement séparé par la muqueuse ; et on comprend que l'inflammation du sinus puisse déterminer la névrite rétro-bulbaire. C'est là une notion déjà ancienne. M. le professeur De Lapersonne fut un des premiers à attirer l'attention sur ce sujet, à propos de trois observations personnelles, à la Société française d'ophtalmologie il y a une trentaine d'années. Il s'agissait de névrites optiques à la suite de sinusite *suppurée*. On comprend très bien que la suppuration des sinus ethmoïdal ou sphénoïdal, en rapport avec le nerf optique, puisse déterminer l'inflammation du nerf par propagation.

Cependant ces observations, je dois dire, sont rares parce que le nerf optique paraît très bien résister à l'inflammation. Vous trouverez dans une statistique de Gellé, qui a insisté également sur ces faits, que la proportion des paralysies faciales par rapport aux otites suppurées est extrêmement faible. On a vu le nerf facial baigner entièrement dans le pus et résister cependant à la paralysie. De même le nerf optique a pu baigner dans le pus à la suite de suppuration des cellules ethmoïdales postérieures sans qu'il y ait de névrite optique. Car le nerf optique, comme le nerf facial, comme tous les nerfs en général, est enveloppé dans une gaine de tissu conjonctif assez épaisse qui semble former une barrière suffisante pour empêcher son inflammation. C'est un fait connu que ces suppurations ne retentissent pas toujours sur le nerf, même quand elles arrivent tout à fait à son contact. On a vu des mucocèles géantes des sinus entourer complètement le nerf et celui-ci résister à l'infection. Dans une observation le nerf était tout à fait à nu dans la cavité, alors que parallèlement l'acuité visuelle était normale.

Nous comprenons ainsi que ces névrites optiques à la suite de suppurations des sinus soient relativement rares ; c'est un fait qu'il ne faut pas oublier car on a peut-être exagéré l'importance des cellulites ethmoïdales postérieures et des sinusites sphénoïdales dans l'étiologie des névrites rétro bulbaires. Toutefois à l'heure actuelle, devant la carence si fréquente du diagnostic étiologique de la névrite rétro-bulbaire, (dans la moitié des cas environ) on a incriminé une altération possible du sinus sphénoïdal, d'une sinusite latente non suppurée, retentissant sur le nerf optique. On se basait, pour affirmer cette étiologie, sur les relations anatomiques entre le sinus sphénoïdal et le nerf optique et sur un certain nombre de faits assez intéressants.

Voici la statistique de Lichnitz sur la fréquence comparée des empyèmes, sur le vivant et sur le cadavre. Elle serait de 2 % sur le vivant, alors que sur le cadavre il en trouve 30 %.

Il y aurait donc une foule de sinusites sphénoïdales latentes, ignorées parce que le malade ne s'en plaint pas, ne mouche pas du pus, mais suffisantes pour déterminer la névrite rétro-bulbaire.

Ces faits constatés par Lichnitz sont intéressants. Peut-être bien des coryzas ou des pharyngites passés inaperçus sont-elles à la base de certaines névrites rétro-bulbaires. Cependant on doit faire des réserves ; la présence de mucopus dans le sinus sphénoïdal peut n'être pas suffisante chez le cadavre pour porter le diagnostic de sinusite car les cellules à cils vibratiles, suffisent chez le vivant à expulser les mucosités ; ainsi s'expliquent chez le cadavre qu'on puisse trouver des mucosités dans les sinus sans sinusite préalable.

Ainsi l'origine sphénoïdale de nombre de névrites rétro-bulbaires a sans doute été exagérée. On n'oubliera pas que la névrite rétro-bulbaire est généralement bilatérale on ne retiendra pas cette étiologie sphénoïdale possible lors de névrite bilatérale ; mais il n'est pas défendu, en présence d'une névrite rétro-bulbaire unilatérale tenace, résistant à tout traitement, de penser à une lésion d'origine sphénoïdale. Ce sont d'ailleurs les beaux résultats obtenus dans certaines observations, où la trépanation du sinus sphénoïdal a amélioré considérablement la névrite, qui ont fait incriminer une étiologie sphénoïdale.

Je rappellerai en particulier l'observation de M. Velter, publiée dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1923. Il s'agissait d'une femme de 27 ans, qui consultait pour des troubles visuels de l'œil droit survenus 12 jours auparavant. Ces troubles avaient débuté par une douleur du globe oculaire, exagérée par la pression et par les mouvements de l'œil ; trois jours après les doulenrs s'atténuent mais l'acuité visuelle diminue progressivement. A l'examen on trouve alors une légère hyperhémie de la papille de l'œil droit avec une acuité visuelle de 1/100e ; conser-

vation du champ visuel périphérique. Ni syphilis, ni intoxication ; la pupille est dilatée et réagit très mal à la lumière. On porte le diagnostic de névrite rétro-bulbaire.

Pas de passé nasal ; pas d'infection dentaire ; la rhinoscopie postérieure ne donne aucun résultat. Toutefois, après anesthésie à la cocaïne, la partie postérieure du cornet moyen se montre très tuméfiée et une pince, introduite dans la cavité, ramène un polype du volume d'un pois. Le sinus sphénoïdal est ouvert et curetté.

Le lendemain, apparition du réflexe lumineux. Huit jours plus tard l'acuité visuelle était de 1/25 au lieu de 1/100 : le scotome central était réduit. 17 jours après le réflexe lumineux était normal et l'acuité visuelle de 1/10 ; le scotome se réduisait de plus en plus et deux semaines plus tard, soit six semaines après l'opération, l'acuité visuelle était revenue à 8/10.

Dans cette observation la névrite rétro-bulbaire, unilatérale, semble bien la conséqnence d'une sinusite sphénoïdale latente ou subaiguë qui avait retenti sur le nerf optique. Semblable origine paraît être donc établie, mais on ne saurait oublier que la névrite rétro-bulbaire comporte un pronostic favorable ; qu'elle qu'en soit la cause, elle s'atténue et disparaît dans la majorité des cas, permettant le retour d'une acuité visuelle à peu près normale. Cette notion doit nous rendre très prudents quand il s'agit de préciser l'étiologie de ces névrites ou d'affirmer l'excellence d'un traitement.

Quoi qu'il en soit des observations comme celles de Velter, et il en est un certain nombre, nous autorisent à intervenir sur le sinus sphénoïdal quand la névrite rétrobulbaire ne rétrocède pas et ne peut être rapportée à aucune infection générale ou à une cause toxique. Bien entendu on aura songé à la possibilité de l'origine syphilitique.

A côté de l'influence favorable sur la guérison du curettage du sinus, on a vu des observations, où la seule résection du cornet moyen détermina l'amélioration, comme si la saignée résultant de l'opération avait suffi pour décongestionner le nerf optique et amener le retour de la vision,

Je voudrais, en terminant, insister sur une névrite rétro-bulbaire de forme particulière, l'amblyopie toxique.

Les amblyopies toxiques sont bien rangées dans le cadre des névrites rétro-bulbaires, mais elles ont ceci de particulier qu'elles sont d'ordinaire bénignes, à la fois au point de vue du pronostic et aussi dans leur symptomatologie, car le scotome central observé dans cette variété est le plus petit de tous les scotomes rencontrés dans les névrites rétro-bulbaires.

Chez notre malade, qui a une névrite rétro-bulbaire vraisemblablement familiale, le scotome, bilatéral, est assez étendu ; à la suite de névrites infectieuses, le scotome est quelquefois considérable, spécialement dans ces névrites dites *a frigore*, où on a l'impression d'une névrite optique totale ; le malade lui-même dit ne rien voir. Mais en examinant avec attention le champ visuel on trouve à son extrême périphérie une zone, si minime soit-elle, circonscrivant le scotome et où le malade arrive à percevoir les objets.

Dans l'amblyopie toxique le scotome est tout à fait limité à la partie centrale du champ visuel. Il est souvent très difficile à mettre en évidence et peut passer inaperçu au début.

L'amblyopie toxique peut être déterminée par tout toxique. Nous en avons rapporté deux cas dûs au sulfure de carbone (*Progrès médical*, 1920, p. 317) mais c'est surtout l'alcool et le tabac qu'il faut incriminer. Il s'agit ci d'une névrite rétro-bulbaire, mais particulière, car e le frappe seulement le faisceau central du nerf optique.

Des trois faisceaux du nerf optique, le faisceau direct qui résume toute la moitié externe de la rétine, le faisceau nasal qui résume toute la moitié interne de la rétine et le petit faisceau maculaire qui résume les seules fibres de la macula, seul ce faisceau central est intéressé dans l'amblyopie toxique. Celle-ci se traduit donc par un scotome central et bien souvent le sujet, alcoolique et tabagique, qui présente de l'amblyopie toxique, se plaint tout d'abord de voir moins bien et consulte pour un choix de verres.

Il faut penser alors à cette amblyopie toxique, rechercher avec le scotome central et la diminution de l'acuité visuelle les autres signes d'intoxication : le tremblement des doigts, la trémulation de la langue, les crampes dans les mollets, les vomissements matinaux, tous phénomènes d'alcoolisme. Ce scotome central, au début, est tout à fait limité et les troubles de la vision des couleurs précèdent les troubles de la vision des formes. On les recherchera par l'examen au périmètre à l'aide de très petits carrés de papier blancs d'un côté et verts de l'autre : le sujet reconnaît bien le blanc, mais non le vert.

Avec les progrès du scotome celui-ci devient absolu : il y a alors toute une zone centrale où le sujet ne reconnaît absolument rien, ni couleurs, ni formes, et en dehors de ce centre où le scotome est absolu il y a une zône de scotome relatif pour les couleurs : pour le vert d'abord puis pour le rouge et enfin pour le blanc.

Cette amblyopie toxique est fréquente ; il faut y penser et souvent l'existence de ce scotome mettra sur la voie de l'alcoolisme ou du tabagisme. Car on s'est demandé si le abac seul pouvait déterminer l'amblyopie ? Ce n'est pas douteux. Bien souvent il est vrai les deux intoxications coïncident et il est difficile de faire la part de ce qui revient au tabac et à l'alcool. Mais on a vu des individus, simplement fumeurs, présenter des phénomènes d'amblyopie toxique, et améliorés par la suppression du seul tabac. De même on a vu dans la région de l'amazone des chevaux qui venaient se désaltérer dans des endroits voisins de plantations de tabac présenter des phénomènes d'amblyopie. Il semble donc bien que le tabac soit capable seul de déterminer l'amblyopie toxique, comme il détermine l'angine de poitrine ou la pseudo-angine de poitrine.

Ces faits sont intéressants car cette variété d'amblyopie. alors même que le scotome est assez étendu et l'acuité visuelle assez diminuée, comporte un pronostic favorable, comme la névrite rétro bulbaire en général, forme familiale héréditaire exceptée. Si le sujet veut bien renoncer à ses habitudes d'intempérance, très vite l'acuité visuelle remonte, et on constate une amélioration considérable de la vision.

Sur quoi se baser pour établir le pronostic de l'amblyopie toxique ?

Tout d'abord je vous disais que l'amblyopie toxique, comme la névrite rétro-bulbaire, présente un scotome central uniquement limité au centre, mais avec un champ visuel à peu près normal, et intégrité du fond de l'œil, tout au moins au début, parce que secondairement on voit la papille se décolorer du côté temporal. Car le faisceau maculaire seul est intéressé. Occupant, au moment de sa pénétration dans le globe oculaire, au niveau de la papille, le côté externe de celle-ci, sa dégénérescence entraîne une décoloration de la moitié temporale de la papille ; à la longue on voit apparaître cette décoloration. C'est là un élément important qui témoigne

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Etude clinique de la médication par le cacodylate de soude et l'allylarsinate monosodique. (Dr Grat, *Thèse de la Faculté de médecine de Toulouse*, 1928).

Aux composés minéraux, à peu près seuls employés il y a 30 ans, sont venus s'ajouter successivement les arsenicaux organiques étudiés surtout par A. Gautier et Ehrlich. Des recherches récentes (Prof. Roch) ont mis à l'ordre du jour thérapeutique un nouveau produit arsenical, l'acide allylarsinique, qui, sous forme d'arsylène, a été utilisé avec succès en médecine par de nombreux cliniciens. Son emploi est désormais classique dans la sclérose en plaques, le parkinsonisme, la chorée, dans les anémies de toute nature, et aussi dans les dermatoses, en particulier dans les eczémas chroniques et les poriasis (voir les thèses des Drs Meynadier, Valois, Culty, Schneider, les travaux des professeurs Pouchet, Roch, Euzière, Vigne, Fournier).

Pour vérifier et confirmer les résultats obtenus chez l'homme, M. Grat a, dans sa thèse de médecine vétérinaire, fait un parallèle entre le cacodylate de soude et l'arsylène. Il insiste sur le fait que le cacodylate, très stable, n'est que très incomplètement utilisé dans l'économie, contrairement à l'arsylène dont la molécule est plus facilement dissociable. Peut-être même comme le dit Ritz, le groupement allyl modifie-t-il l'action thérapeutique du corps qui le contient, comme c'est le cas pour l'allylthéobromine ou théobryl, produit beaucoup plus actif que la théobromine pure et aussi pour l'allyl-isopropyl-barbiturate de diméthyl-amido-antipyrine ou allonal, véritable analgésique renforcé dont on connaît les propriétés antalgiques, sédatives et progressivement hypnogènes.

De fait, l'arsylène s'est montré très supérieur au cacodylate dans les cas d'eczémas rebelles où l'auteur l'a employé. Les eczémas ont été guéris dans la proportion de 4 sur 5. Dans toutes ses observations d'ailleurs, l'auteur insiste sur la tolérance parfaite de l'organisme animal pour l'arsylène. Même dans les cas de traitement intensif et prolongé, aucun accident d'arsenicisme n'a été observé et il semble qu'il suffise, pour éviter tout ennui de ce côté, de commencer les traitements par des doses faibles et de les augmenter progressivement. L'auteur a employé les ampoules de 2 cc. contenant 0 gr. 05 d'arsylène. Il est allé, chez le chien, jusqu'6, 8 et même 10 cc. par injection, sans aucun inconvénient.

Il aurait donc pu très bien utiliser les ampoules de 5 cc. contenant 0,20 d'arsylène. Il n'a pas eu l'occasion d'employer les granules dosés à 1 centigramme qui, chez l'homme, permettent toutes les modalités de la méthode de Fowler. En résumé, il résulte du travail excessivement intéressant de M. Grat, qu'en médecine vétérinaire comme en médecine humaine, l'arsylène est l'arsenic organique le plus maniable, le plus sûr et le mieux toléré.

De l'emploi de l'adonis vernalis dans le traitement des affections cardiaques. (Dr Dessout, *Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1928.)

L'adoverne représente les glucosides cardiotoniques de l'adonis vernalis dans la proportion même où ils se trouvent dans la plante ; ces glucosides ont été particulièrement étudiés par MM. L. J. et F. Mercier, R. Lutembacher, professeurs Pouchet, Jung, Drs Faguet, Chausset, Fontenailles, etc. Ces auteurs ont prouvé que les principales indications de l'adoverne se trouvent comme celles de la digitaline, dans l'insuffisance cardiaque avec arythmie complète, telle qu'on l'observe avec une fréquence particulière, dans les cardiopathies mitrales. L'adoverne par son action prépondérante sur le pneumogastrique et la conduction intracardiaque, provoque un ralentissement du rythme ventriculaire. Ce rythme, tout en restant irrégulier suffit pour amener des systoles plus efficaces. La digitale détermine ce ralentissement et le maintient plus longtemps que l'adoverne, mais, dans certaines circonstances, la digitaline produit un ralentissement excessif du rythme qui entraîne la dilatation du cœur et la stase : dans ces cas, l'adoverne rend les plus grands services, car, tout en possédant une action équivalente sur la contractilité, il freine moins brutalement. L'adoverne agit encore parfaitement dans les affections mitrales, dans certains accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche, dans les œdèmes, dans la dyspnée, dans l'asthme, etc. Il possède en effet des propriétés diurétiques particulièrement efficaces chez les cardiaques et les cardiorénaux présentant des œdèmes et il favorise l'élimination des chlorures et surtout de l'urée (F. Mercier.)

On sait d'autre part que l'adoverne s'administre sous forme de gouttes et de granules. On prescrit XV gouttes ou 2 granules deux à quatre fois par jour. Le traitement doit durer 3 à 5 jours. L'application de ce médicament excessivement facile à manier a toujours donné de très bons résultats.

A propos d'un laxatif synthétique. (Dr Valory, *Concours Médical*, Paris, n° 23, 3 juin 1928.)

La pharmacopée est riche en produits laxatifs variés mais tous les médecins aussi bien que les stomatologistes et les sages-femmes désirent avoir à leur disposition un laxatif doux, non irritant, atoxique, facile à prendre et toujours bien toléré. L'isacène ou diacétyl-dioxy phényl-isatine, insoluble dans les acides dilués, traverse l'estomac et l'intestin sans altération et exerce une action élective sur le côlon, dont la réaction alcaline peut seule dissocier sa molécule. D'action douée, constante, facile à doser et toujours fidèle, l'isacène agit à doses minimes, et se présente en granules de 5 milligrammes. 2 à 4 granules pris le soir au coucher procurent un effet suffisant le lendemain matin. On peut d'ailleurs élever la dose largement et aller jusqu'à 8 granules et plus. L'isacène est atoxique, n'agit que sur le côlon, ne congestionne pas le petit bassin et, éliminé totalement par l'intestin, il ne peut léser ni le foie, ni les reins : donc pas de contre-indications, pas de crainte d'accoutumance et possibilité de le donner indifféremment aux femmes enceintes, aux vieillards, aux malades alités comme aux adultes bien portants.

de la dégénérescence du faisceau maculaire et vient assombrir le pronostic.

Un autre élément est l'état du champ visuel, dont la périphérie, nous l'avons vu, est presque toujours normale. S'il est plus ou moins rétréci, le pronostic devient plus réservé ; et cette altération périphérique du champ visuel au point de vue du pronostic est peut-être l'élément le plus important, plus encore que le degré de diminution d'acuité ; car alors même quand celle-ci est très diminuée, elle s'améliore si le sujet renonce au tabac et à l'alcool. Les réflexes de la pupille, sont généralement normaux ; s'ils sont altérés, le pronostic sera plus réservé.

Le traitement de ces névrites rétro-bulbaires dépend de leur cause. Elles reconnaissent le plus souvent, vous le voyez, une origine toxique et infectieuse, le cas de syphilis excepté. Il suffit donc d'écarter les causes toxiques qui ont pu déterminer la névrite, l'alcool, ou le tabac, les deux le plus ordinairement, et de surveiller l'hygiène générale.

On a encore signalé des névrites rétro-bulbaires chez les ouvriers qui travaillent le plomb, le sulfure de carbone. Mais surtout n'oubliez jamais la possibilité de sclérose en plaques et rappelez-vous que dans la moitié des cas la névrite rétro-bulbaire comporte un pronostic favorable ce qui permettra, sinon à vous, tout au moins au malade de rapporter au traitement institué, l'heureuse évolotion de la névrite.

FAITS CLINIQUES

A propos de l'emploi des préparations ergotées.

Marcel Labbé, Boulin, Justin Besançon et Gouyen ont rapporté récemment, dans la *Presse médicale* (17 avril 1929) une observation de syndrome angineux causé par le tartrate d'ergotamine. Voici, d'après les auteurs, le résumé de cette observation.

Une femme atteinte de maladie de Basedow, avec tachyarythmie, reçoit trois injections de 1/2 milligr. de tartrate d'ergotamine. La première injection et la deuxième déterminent l'apparition de petites crises angineuses d'intensité croissante. La troisième injection provoque l'installation d'un véritable mal angineux d'une durée de neuf heures. Dans les jours suivants, du côté gauche, apparition d'une hémiplégie à prédominance brachiale, avec anesthésie et crises bravais-jacksoniennes.

Le prof. Marcel Labbé et ses collaborateurs pensent qu'il faut incriminer un spasme des coronaires produit par le tartrate d'ergotamine.

Cette observation d'angine de poitrine ergotaminique m'a remis en mémoire des faits analogues que j'ai observés en pratique obstétricale et gynécologique.

En voici un premier, le plus dramatique :

Une belle femme de trente cinq ans, allante, énergique, habituellement bien réglée (quatre jours tous les vingt-six jours) m'appelle pour une métrorragie qui a débuté trois jours après des règles normales et dont l'abondance augmente progressivement depuis dix jours jusqu'à devenir inquiétante.

Je constate un gros utérus noyé dans de l'œdème et de la congestion péri-utérine. Je prescris le traitement que j'emploie en pareil cas et, en plus, je pratique une injection intra-musculaire d'un demi centigramme de tartrate d'ergotamine comme médication d'urgence. Moins de dix minutes après, débutent des phénomènes très impressionnants qui se déroulent de la façon suivante : d'abord, sensation de constriction cardiaque et d'angoisse ; — puis contractions utérines violentes ; — enfin, un vomissement ; l'ensemble de la crise dure environ une minute et les crises se renouvellent toutes les dix minutes environ pendant une heure. Ce n'est point la crise d'angine de poitrine classique telle qu'elle est décrite dans l'observation du professeur Marcel Labbé, avec irradiation brachiale, mais c'est un tableau infiniment impressionnant pour l'entourage et infiniment inquiétant pour le médecin.

Je dois ajouter que, dans les heures qui ont suivi la médication, il n'y a eu aucun effet sur la métrorrhagie (à la différence des très nombreux cas où l'ergotamine m'a donné de très bons résultats).

J'ai eu l'occasion, depuis ce jour, de constater d'autres faits analogues, quoique moins intenses, soit avec l'ergotamine, soit avec l'ergotine, lorsque je les ai employées après un accouchement. Avec dix centigrammes d'ergotine, les accidents, du moins ceux que j'ai observés, ont été moins immédiats, et moins intenses que dans l'histoire que je viens de relater.

Avant de rédiger ces lignes, j'ai cherché si les anciens accoucheurs avaient signalé de tels faits à propos de l'ergot. Je n'en ai pas trouvé mention (du moins, dans les monographies que j'ai consultées). Mais, sûrement, l'ingestion d'ergot réalise un effet moins brutal sur la circulation que l'injection d'un extrait actif.

D'autre part, j'emploie un médicament dont l'activité, par certains points, rappelle celle de l'ergot, c'est à savoir l'extrait hypophysaire : je l'emploie de temps à autre pour l'accouchement, assez souvent pour la délivrance et très souvent dans les suites de couches pour hâter l'involution utérine. Or, très fréquemment, j'ai observé, avec l'extrait hypophysaire, des crises d'angoisse analogues. Des faits de ce genre sont signalés par divers auteurs : Schickelé en avait vu souvent ; Vidal, à la séance de janvier 1928 de la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, a rapporté un cas d'angoisse grave avec tachycardie et arythmie consécutive à l'injection d'extrait hypophysaire, pratiquée au cours de l'accouchement. On a signalé aussi des convulsions : par exemple, Lawrence et Shackle, dans le *British med. Journ.* du 29 octobre 1927, signalent un cas de convulsions graves après l'emploi de l'extrait hypophysaire, chez une diabétique dont l'utérus était en subinvolution pendant les suites de couches.

Je cite ces quelques références soit de mémoire, soit après une brève recherche dans mes notes ; mais j'ai vu d'autres publications sur ces effets de l'extrait hypophyphysaire.

Ceci ne veut pas dire qu'il faille se priver de deux médicaments qui rendent tant de services dans le cas où ils sont indiqués. Mais il faut voir là une raison de n'en pas abuser et aussi un motif de préférer la voie buccale à la voie sous-cutanée ou intramusculaire quand il n'y a pas urgence. Il est, enfin, une précaution que je prends toujours, c'est de faire, aussitôt après l'ergotamine, une injection d'huile camphrée ou de spartéine. Ces deux médicaments qui ont fait merveille pour soulager les cas d'angoisse ergotique que j'ai observés, sont également très utiles pour en prévenir l'apparition. En cas d'hypophyse, je ne les emploie pas à titre prophylactique, mais je préviens l'infirmière ou l'entourage de la possibilité d'accidents et de l'utilisation éventuelle du médicament.

Henri Vignes.

Laboratoire et ophtalmologie, par Ch. Dejean, un volume in-8°, 275 pages — 44 figures 1929. 25 fr. Editions médicales N. Maloine, 27, Rue de l'École-de-Médecine — Paris 6e.

Les ouvrages de laboratoire sont déjà nombreux mais trop complexes pour les débutants. Celui-ci s'adresse à l'oculiste praticien. Il ne fera pas double emploi. Suffisant pour le laboratoire personnel et pour l'instruction du praticien, il renvoie, pour les cas compliqués, aux manuels spéciaux.

PAGES RETROUVÉES

Le mémoire de Pouteau sur les fractures de l'avant-bras.

Les anciens ne connaissaient pas la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Pouteau, le premier, la distingua des fractures du corps de l'os : il indiqua quelques-uns de ses signes et dit, de la façon la plus explicite, qu'elle est souvent confondue avec une entorse, une luxation incomplète ou une diastase radio cubitale. Il avait eu aussi un aperçu heureux, et s'il ne sut ni développer, ni compléter sa pensée, son mémoire reste intéressant.

Le voici in extenso. (1)

Les détails dans lesquels nous allons entrer sur les fractures de l'avant-bras, nous prouveront que le traitement des maladies des os offre encore des découvertes à faire et que cette branche importante de la chirurgie n'est pas encore à son degré de perfection.

Nous ne parlerons que par occasion des fractures occasionnées par des forces contondantes, parce qu'elles sont les plus connues ; mais il sera question principalement des fractures qui arrivent après les chutes, où la main paraît avoir fait les plus grands efforts pour en parer le danger. Ces fractures sont le plus souvent prises pour des entorses, pour des luxations incomplètes, ou pour un écartement du cubitus et du radius, à leur jonction vers le poignet.

L'avant-bras est composé de deux os qui ne se touchent latéralement que par leurs extrémités, soit du côté du coude, soit du côté de la main. L'intervalle qui les sépare dans leur corps est de près d'un pouce; de là cet intervalle va en décroissant du côté du poignet et encore plus du côté du bras. Le cubitus ainsi que le radius sont par conséquent un peu cintrés en dedans et dans une direction opposée. La convexité qui devrait résulter en dehors de ce double cintre, est très peu sensible, parce que l'épaisseur de cet os est surtout évidée en dedans.

Il y a quatre muscles qui méritent surtout une attention particulière, par l'influence qu'ils peuvent avoir sur la fracture de l'avant-bras ; ce sont ceux qui concourent aux mouvements dont l'os du coude et le rayon sont susceptibles l'un sur l'autre : je veux parler des mouvements de pronation et de supination. C'est pour cela que deux sont appelés pronateurs, et les deux autres supinateurs. Ces derniers son placés à la face externe de l'avant-bras et portent, savoir, le long supinateur sur l'épine extérieure de l'humérus et le court supinateur sur le condyle externe du même os et la partie supérieure un peu externe du cubitus. Le premier porte son tendon jusqu'à la partie inférieure du radius un peu en devant et l'autre à la partie supérieure de cet os par une ample et forte expansion.

Les deux pronateurs au contraire sont situés à la face interne de l'avant-bras ; l'un sous le nom de rond pronateur, part du condyle interne de l'humérus pour attacher son tendon à la partie moyenne du rayon, l'autre connu sous celui de muscle carré prend naissance à la partie inférieure du cubitus, pour aller, presque transversalement s'attacher à la partie interne du radius. L'attache mobile de tous ces muscles s'avance tellement sur le bord externe des os, qu'ils paraissent être destinés à leur donner un léger mouvement de pivot.

Cette légère digression anatomique suffira pour apprécier les effets d'une de ces chutes aussi lourdes qu'imprévues, qui obligent subitement la main à être sur la défensive et à soutenir tout le poids du corps.

La contraction la plus forte de tous ces muscles tant pronateurs que supinateurs, agit subitement et avec violence sur le cintre des os de l'avant-bras : et peut avoir dans cet instant la même action qu'un poids équivalent à la force de cette contraction.

Or l'effet qui doit en résulter est d'enfoncer le cintre et de le casser. C'est ainsi que la rotule qui offre sans doute plus de résistance est souvent cassée en travers par le seul effort de contraction des muscles. Peut-être y a-t-il plus d'une autre espèce de fracture, qui ne reconnaît pour cause principale, que quelque contraction analogue à celle dont on vient de parler. En voici un exemple remarquable.

M. Curel, chirurgien sur les vaisseaux du roi à Toulon, rapporte dans le *Journal de Médecine* d'octobre 1759, qu'étant dans le canal de Malte, avec un temps si orageux qu'on avait peine à se soutenir, à cause du roulis du vaisseau, un jeune homme de 17 ans fut surpris par une secousse inattendue dans le temps qu'il était à uriner.

Forcé de présenter le pied droit en avant, pour s'empêcher de tomber, il poussa aussitôt un grand cri et eut la plus grande peine pour se soutenir avec l'aide de ses mains, sur l'autre pied, pour éviter de tomber. La cuisse droite se trouva cassée avec déplacement.

La fracture, au reste, qui proviendra de pareille cause ne sera, le plus souvent qu'à un seul os et par préférence au radius, parce que les muscles pronateurs ont plus de force que les supinateurs. La contraction presque transversale du muscle carré qui doit avoir la plus grande part à cette fracture, a plus de prise sur le radius, auquel ce muscle s'attache, que sur le cubitus, qui est son point fixe. D'ailleurs le muscle carré s'avance sur l'os du rayon jusqu'à sa lèvre externe et va beaucoup moins avant sur l'os du coude, dont il n'occupe que la face qui avoisine le ligament inter-osseux.

Les causes des fractures de l'avant-bras, lors des chutes sur la main, étant ainsi déterminées, examinons en les effets. La forme cintrée en dedans des deux os de l'avant-bras, surtout près du poignet, peut entrer en comparaison avec une voûte surbaissée, qui se fend et s'affaisse en même temps.

La contraction des muscles approche les bouts de l'os cassé de celui qui est sain. L'os fracturé devient en conséquence plus long et il pousse en haut et en bas les parties qui le bornent, comme la voûte en s'affaissant, fait effort sur les murs qui la retiennent. On ne doit pas s'attendre à reconnaître ces fractures par des inégalités dans ses lèvres, surtout en dehors ; car il n'y a point de déplacement, mais un simple écartement dans la concavité du cintre, pareil à celui que les architectes appellent *lézarde*. Les doigts ne sauraient non plus y distinguer cet écartement, quand même il ne serait pas engorgé.

A l'égard de la crépitation des os, elle ne peut servir de rien, pour reconnaître une pareille fracture. Dans ce cas les deux bouts de l'os, ne se touchent que par les lèvres supérieures de leur centre, à travers une enflure considérable qui survient tout à coup.

On peut avoir une autre manière pour reconnaître cette fracture, sans s'arrêter aux signes ordinaires qui seraient ici très équivoques.

(1) POUTEAU. — *Mémoire contenant quelques réflexions sur quelques fractures de l'avant-bras, sur les luxations incomplètes du poignet et sur le diastasis (œuvres posthumes de M. Pouteau, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Tome second. M. DCC. LXXXIII).*

1° Dans la déviation du poignet en dehors, poussé par l'élongation du radius, si cet os est cassé et au contraire par la déviation en dedans, si la fracture est au cubitus;

2° dans une tumeur saillante à la face interne, près du poignet, les tendons fléchisseurs en se soulevant par l'effort du muscle carré qui se raccourcit, fléchissent les doigts et forment cette tumeur.

3° L'avant-bras est moins large à la partie même fracturée ; le muscle carré en se contractant, détermine les deux bouts de l'os à s'abattre vers l'os sain.

4° Le mouvement de la bascule, communique à l'apophyse styloïde de l'os fracturé, forme une plus grande saillie qui rend le poignet plus large et ce mouvement est occasionné par la dépression des pièces cassées.

Il n'est peut-être point de fracture plus facile à reconnaître au simple coup d'œil, que celles du radius ou du cubitus, près du poignet; et c'est là où elle se trouve toujours lorsqu'elle est l'ouvrage de la contraction subite et violente des muscles pronateurs et supinateurs. Ses signes sont très remarquables. on ne peut s'y méprendre par la tuméfaction du muscle carré, la moindre largeur de l'avant-bras au centre de la fracture, sa dépression contre nature, par la saillie de l'une ou l'autre apophyse styloïde et une plus grande largeur du poignet.

Mais la déviation du poignet en dehors, lorsqu'il y a fracture au radius et en dedans lorsque le cubitus est cassé, n'en a-t-elle pas quelquefois imposé, en les faisant prendre pour des luxations incomplètes. N'a-t-on pas pris, pour le diastasis ou l'écartement des os de l'avant-bras, la saillie en dehors des deux apophyses styloïdes, avec une plus grande largeur du poignet, suite ordinaire de la saillie ? La possibilité de cet écartement sera problématique, tant que les muscles pronateurs et supinateurs et principalement le muscle carré seront dans leur intégrité de force et d'action ; car les bandes ligamenteuses qui relient ensemble la partie basse des os de l'avant-bras et le ligament inter-osseux qui remplit le vide que ces muscles laissent entre eux, s'opposent fortement à cet écartement

On a déjà dit que dans les fractures du radius, il ne faut pas chercher de déplacement sensible, mais simplement un enfoncement ou une dépression de l'un et l'autre bouts de l'os cassé, avec baillement ou lézarde dans la concavité du centre. Il n'en est pas tout à fait de même pour celles du cubitus ; une forte et large articulation joint le cubitus à l'humérus, de manière que dans la solution de continuité, la pièce supérieure n'obéit point à la contraction des muscles ; à celle surtout du muscle carré, dont le radius devient alors le point fixe. La dépression n'a lieu que pour la pièce inférieure de l'os et c'est cette dépression qui entraîne le déplacement et rend la fracture beaucoup plus aisée à reconnaître par les signes ordinaires. On peut juger maintenant par les signes qui accompagnent la fracture de chacun des deux os de l'avant-bras, quels sont ceux qui peuvent indiquer au premier coup d'œil, celle qui leur serait commune si une force contondante avait agi en même temps sur tous les deux. Ces fractures présentent néanmoins beaucoup de variétés, soit par rapport à la région de l'os cassé plus ou moins basse, soit par rapport à la cause de la fracture, ou à la forme des extrémités des pièces cassées. Ainsi j'établis que, plus la fracture est éloignée du muscle carré moins la dépression et le déplacement seront considérables ; qu'une force contondante qui ne frappe pas un os sur la convexité de son cintre, le casse sans l'enfoncer. Cette circonstance m'a fait observer une fracture commune aux deux os, sans dépression latérale, l'avant-bras étant même un peu courbe en dedans. Les pièces cassées peuvent de même rester tellement engrénées qu'elles ne sauraient obéir à la force de contraction des muscles capables de les déprimer et de les enfoncer.

Il serait facile à présent d'établir le pronostic de ces différentes fractures, mais les moyens de réduction qu'on va proposer, montreront assez ce qu'on doit craindre et ce qu'on doit espérer. Quel est le praticien auquel l'expérience n'a pas appris combien la réduction des fractures de l'avant-bras, simples ou composées est quelquefois difficile et laborieuse ? Il faut réintégrer le centre de l'os cassé ; et ce n'est pas sans peine qu'on parvient à vaincre la résistance combinée des quatre muscles qui tendent toujours fortement à l'affaisser. Pendant ce travail, les extensions et les contre-extensions demandent des soins plus recherchés qu'on a coutume de les recommander, relativement surtout au radius. C'est du radius qu'on va principalement s'occuper ; et ce qu'on en dira, pourra à quelque chose près, être appliqué entièrement aux fractures du cubitus.

On conviendra sans peine que, si le membre malade étant empoigné par le haut, on se contente, pour tirer par le bas, d'empoigner aussi la main, tout l'effort portera sur une articulation très mobile et point du tout sur l'os cassé. Faites donc d'abord remonter aussi haut qu'il sera possible les téguments qui recouvrent la fracture ; qu'une main robuste empoigne alors la partie inférieure de l'avant-bras et qu'en tirant elle presse fortement avec le corps du pouce, sur l'apophyse styloïde déjetée en dehors. Cette pression donnera à la partie inférieure de l'os un mouvement de bascule et la relèvera.

La partie supérieure de l'avant-bras ne demande pas des soins moins étudiés. Si les mains qu'on en charge sont placées trop bas, si elles pressent circulairement, elles enfonceront la pièce supérieure de l'os et empêcheront de relever l'inférieure. Il faut donc se pourvoir de deux rouleaux de linge assez gros et assez longs: on les placera l'un en dedans, l'autre en dehors, entre l'intervalle des deux os ; on recommandera ensuite aux mains qui sont chargées du haut du membre de presser fortement sur ces rouleaux et d'éviter surtout une compression circulaire.

Dans le même temps que l'extension et la contre-extension sont dans toute leur force, on pressera entre l'intervalle des deux os, de chaque côté, avec cette partie charnue des mains qui est au défaut du pouce; ce qu'on continuera — sans se rebuter, jusqu'à ce que la tumeur formée par le muscle carré soit entièrement effacée — le travail est long, laborieux et ne donnera pas toujours un plein succès.

Est-on enfin parvenu à une parfaite réduction, le bandage et l'appareil les plus méthodiques deviennent indispensables, puisqu'ils doivent lutter continuellement contre l'action des muscles qui tendent avec tant de force au déplacement. On ne se contentera donc pas d'attelles placées indistinctement autour de l'avant-bras et de tours de bandes circulaires. La manœuvre qu'on a été obligé d'employer pour arriver à la réduction demande d'abord qu'on place tant en dedans qu'en dehors entre les deux os, un rouleau de linge ou d'étoupes de longueur de l'avant-bras et d'un pouce au moins de diamètre. On fixera les rouleaux par une circulaire de bandes très peu serrées ; on mettra ensuite sur chacun de ces rouleaux, une petite planchette ou attelle de bois, un peu plus large que l'avant-bras.

Comme ces planchettes doivent être assez fortes, on remplace avec du linge ou des étoupes, les vides qu'elles

laisseraient vers leurs bords et on fera sur le tout des circulaires beaucoup plus serrées que les premières. La compression, faite par ce bandage, ressemble à celle des mains qui ont travaillé à la conformation.

Son effort porte en entier sur l'intervalle des deux os, de manière qu'elle ne court point le risque d'enfoncer les pièces cassées.

Cependant malgré tous les soins, malgré toutes les précautions dont on vient de parler, il reste encore à prévenir le malade sur les difficultés de contenir cette fracture, même après la plus exacte réduction.

La partie supérieure de l'os cassé arcboute fortement contre l'humérus ; mais la partie inférieure n'ayant pas le même point d'appui, elle ne peut pas concourir avec l'appareil à retenir la partie basse de l'os cassé, surtout lorsque la fracture est près du poignet. Pour suivre notre comparaison, le centre de la voûte est à la vérité réintégré ; mais comment s'opposer à un nouvel effort, si un des côtés qui doit la soutenir est trop faible ? Peut-on y suppléer par un bandage chargé de contre-balancer les forces musculaires ? et doit-on compter sur un bandage que les besoins de la circulation ne permettent pas de serrer assez fortement et autant que l'exigeraient ces mêmes forces musculaires ?

Toutes ces considérations prouvent l'utilité du bandage que j'ai proposé, qui, n'étant pas circulaire, peut être plus serré sans gêner la circulation.

Je n'emploie dans cet appareil, ni emplâtre, ni compresse, ni liqueurs pour humecter ces compresses, toutes choses propres à multiplier les êtres sans nécessité et qui sont même embarrassantes. La vertu de tout emplâtre, de quelque nature qu'il soit, sur une fracture, se réduit à zéro, lors même qu'il n'existe sur la peau aucune rougeur, ni démangeaison. Il en est de même de la compresse, dans quelque liqueur qu'elle ait été trempée.

D'ailleurs les emplâtres et les compresses sont également à charge, par la difficulté de les coucher si exactement qu'ils ne fassent aucun pli, et qu'ils soient néanmoins en état d'obéir à l'engorgement qu'on doit attendre, s'il n'est pas encore survenu.

Un bandage circulaire placé à sec mérite donc la préférence dans les cas ordinaires de fracture, parce qu'étant bien fait, il ne laisse ni pli, ni repli incommode. Est-il trop lâche le lendemain, on le resserre en l'humectant avec quelques liqueurs résolutives. Il faut cependant les employer avec ménagement et attendre la nécessité, les pièces accessoires d'un bandage ne pouvant plus lorsqu'elles sont mouillées, faire une compression aussi douce et aussi molle qu'auparavant.

C'est ainsi que pendant mon séjour à l'hôpital j'ai cherché à simplifier l'appareil des fractures. Le traitement des maladies des os présente plus que toute autre partie de l'art de guérir, des difficultés à vaincre, lorsqu'on désirerait d'y faire des innovations utiles : on s'expose à la censure publique, si l'on veut secouer le joug des usages reçus. D'un autre côté, la réduction la plus exacte peut être dérangée par l'imprudence des gardes et du malade lui-même.

J'ai recommandé de placer à sec les bandages circulaires dans tous les cas de fracture ou ils conviennent, mais on se trouve quelquefois dans la nécessité d'employer, sous forme liquide, les résolutifs et les anodins pour dissiper les contusions, des ecchymoses, des engorgements considérables. Alors on attend que ces accidents soient dissipés, car ils s'opposent même à la réduction lorsqu'ils sont à un certain degré.

Pour ne rien omettre sur les fractures du radius, qui sont de quelque conséquence, on observera encore que le muscle carré s'attache à la face externe de cet os, par deux plans de fibres ; que le plan supérieur monte jusqu'au haut de cette face de la partie interne et que c'est ce plan qui concourt le plus au mouvement de pronation ; il suit de cet arrangement que lorsque le radius est cassé, sa partie inférieure est toute déviée à la force pronatrice du plan supérieur du muscle carré, sans qu'aucun autre muscle ne puisse contre-balancer cette force. Il arrive aussi que la pièce inférieure du radius est tournée en dedans, sans que la partie supérieure soit obligée de suivre cette direction. On a donc encore les difficultés de joindre exactement les deux bouts de la fracture, à cause du mouvement de pronation qui force la pièce inférieure de l'os, tirée par le plan supérieur du muscle carré, outre tous les obstacles, dont nous avons fait mention. Quelles difficultés d'ailleurs de relever les pièces enfoncées et de les maintenir ?

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE & COLONIALE

Système nerveux.

La méningite à pneumocoques de l'adulte n'est pas une affection fréquente, Lasalle en a observé deux cas (*Bourgogne médicale*, avril 1921) dans ces quinze derniers mois ; l'intérêt réside dans les phases successives qui ont marqué l'évolution de la maladie.

La première phase, d'une durée de 48 heures, a l'aspect clinique d'une septicémie pure, d'une typhoïde à la période d'état sans taches rosées ; elle débute brusquement, souvent par de grands frissons ; les manifestations pulmonaires sont insignifiantes ; la fièvre, la prostration et les vomissements prédominent.

La deuxième phase est marquée par la céphalée, les vomissements, l'hypertension rachidienne et la détente amenée par la ponction lombaire ; c'est une période de transition, une forme larvée d'une atteinte méningée discrète.

La troisième et dernière phase est marquée par le début à grand fracas d'une méningite purulente à évolution foudroyante. Parallèlement à la localisation méningée, l'infection générale à pneumocoques continue à évoluer.

Tube digestif.

Le diagnostic de la cholécystite chronique doit se faire par étapes successives (M. et Mme Verdeau, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 juin 1929).

1re *étape*. Quand devra-t-on penser à la vésicule ? Lorsque les déclarations du malade ou l'interrogatoire auront révélé l'existence d'un ou de plusieurs des syndromes suivants : colique hépatique, douleurs dans l'hypochondre droit, signes fonctionnels hépato-biliaires, troubles digestifs gastro-intestinaux.

2e *étape*. Comment confirmer que la vésicule est en cause ? Par l'examen clinique ; par l'examen radiologique de la vésicule, de son contenu et des organes voisins ; par les examens de laboratoire, qui porteront sur la bile, le sang et l'urine.

3e *étape*. Préciser la variété de cholécystite. Il est classique d'admettre trois types cliniques ; le premier est caractérisé par la présence de calculs, le second par une inflammation non calculeuse, le troisième par une réaction douloureuse non inflammatoire.

Il existe un intérêt capital à poser un diagnostic absolument précis. Certaines formes doivent être traitées d'emblée chirurgicalement ; c'est le cas de la cholécystite lithiasique à crises subintrantes ou à dénutrition marquée. Lors-

que les symptômes sont plus légers et plus passagers et surtout en l'absence certaine de calculs, le traitement médical ou hydrominéral peuvent amener un soulagement suffisant ou même une guérison complète ; à ce stade la cholécystectomie est relativement bénigne et offre plus de sécurité pour l'avenir. Enfin la cholécystalgie, qui ne se manifeste que par des crises fugaces et espacées, doit être attaquée médicalement.

Psychiatrie.

La méconnaissance de la paralysie générale est due à ce que le diagnostic clinique de cette affection est souvent difficile et aussi à ce que la paralysie générale est très différente par ses symptômes et son évolution de ses descriptions habituelles (E. Aubry, *Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1929).

Le diagnostic se fait par la recherche des signes cliniques habituels : troubles oculaires, tremblement, symptômes de la série tabétique, troubles de la parole et des réflexes, déficit intellectuel. Ces symptômes, qui ont une grande valeur, ont le grave défaut d'être trop tardifs, car, avant d'avoir une évolution clinique assez accusée pour écarter tous les doutes, la paralysie générale évoluait sournoisement ; la période clinique est précédée d'une période d'invasion presque silencieuse qui échappe à l'observation ; le seul moyen de déceler précocement la paralysie générale consiste à recourir aux examens biologiques de laboratoire, non pas seulement à l'examen du sang, qui peut être infidèle, mais à l'examen du liquide rachidien.

L'importance du diagnostic précoce n'est pas une simple question de satisfaction personnelle pour le médecin ; elle donne souvent quelque espoir de porter remède à la situation. Contrairement à une opinion trop répandue, la méningo-encéphalite n'est pas fatalement incurable ; certaines formes, surtout les formes séniles et tabétiques, sont indiscutablement sensibles à un traitement actif et précoce, commencé de bonne heure et continué longtemps, surtout si on y ajoute les méthodes de choc.

Chirurgie.

Chez les anciens traumatisés des membres inférieurs on constate assez fréquemment et pendant fort longtemps une fatigabilité anormale lors de la simple station debout (P. Delmas-Marsalet et M. Cosset, *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 juillet 1929). Cette fatigabilité est d'autant plus paradoxale que ces mêmes sujets n'éprouvent aucune fatigue à la marche, parfois à la course et au saut, ce qui conduit à une distinction entre la fatigue d'attitude et la fatigue de locomotion.

La fatigue d'attitude coïncide avec une altération des réflexes d'attitude, réactions musculaires involontaires, qui ont pour but de corriger, à chaque instant, les oscillations de l'homme debout ; à cette carence des réflexes d'attitude, devenus inefficaces ou inopérants, les anciens traumatisés doivent pallier par des interventions motrices volontaires plus génératrices de fatigue que les activités automatiques.

En présence d'un fracturé des membres inférieurs, il ne suffit pas d'apprécier la restauration anatomique de l'os et des muscles, ni même la valeur de la motricité active ; il faut en outre se préoccuper de savoir comment s'exerce la motilité automatique qui règle la station debout.

Le moment propice de l'opération chez les enfants présente un grand intérêt, mais seulement dans les cas où il n'y a pas urgence ; voici les âges optima pour Masini (*Sud médical et chirurgical*, 15 juin 1929) :

Hernie inguinale : 3 ans ; si la hernie est volumineuse et difficile à maintenir, essayer d'atteindre 12 mois ; si la hernie est volumineuse et irréductible, opérer d'urgence.

Ectopie testiculaire : 6 ans.

Hydrocèle et kyste du cordon : 2 ans, sauf indication spéciale posée par le volume.

Phimosis : 8 mois.

Hypospadias : 6 ans.

Bec-de-lièvre : 6 mois pour les formes légères, 12 mois pour les formes à fente très large ; de toute façon opérer avant que l'enfant commence à parler.

Luxations congénitales de la hanche : entre 15 et 24 mois et même plus tôt si le diagnostic a pu être établi.

Pied bot : dès le 10e jour redressement manuel et massages ; si, au bout d'un an, on n'obtient pas de redressement, intervention sanglante ; pour le pied bot paralytique, 12 ans.

Thérapeutique.

Le sel de cuisine magnésié, incorporé dans notre ration habituelle, ferait bénéficier de l'hyperminéralisation magnésienne les troubles digestifs par infection des voies biliaires, les lésions superficielles du type précancéreux, contribuerait peut-être à la prophylaxie du cancer et permettrait une saturation journalière et diluée, absolument inoffensive pour l'estomac.

La seule difficulté consiste dans la déliquescence et dans la saveur désagréable du chlorure de magnésium.

Bourreau a établi la formule suivante (*Gazette médicale du Centre*, 15 juillet 1929) pour la ration journalière :

Chlorure de sodium, fin, blanc....	7 gr. 70
Chlorure de magnésium desséché.	1 gr. 20
Phosphate de chaux............	0 gr. 20

Le phosphate de chaux, trituré dans un mortier, donne avec les chlorures une poudre très fine, qui reste très divisée et sèche après une exposition à l'air assez longue ; la poudre peut être utilisée dans les salières garnies de bouchons métalliques perforés. La sapidité reste la même que celle du chlorure de sodium ordinaire.

Varia.

J'en viens à me demander, quelque paradoxale que puisse paraître cette affirmation, si l'on ne perd pas plus de tuberculeux chirurgicaux par des complications imprévues de lésions relativement légères que par des aggravations régulières de lésions semblant évoluer vers la mort. (E. Perdu, d'Amiens).

Il ne faut pas demander au pneumothorax thérapeutique plus qu'il ne peut donner et croire qu'il doit réaliser toujours une cure radicale (Lemoyne, de Quimper).

Les climats jouissent en phtisiothérapie d'une réputation usurpée. Les bacilles de Koch se développent sous toutes les latitudes (P. Remlinger, de Tanger).

J. Lafont.

ÉCHOS

A propos de l'enseignement de la médecine

Le Dr J. Noir, après avoir signalé une fois de plus le manque absolu d'organisation de l'enseignement dans nos Facultés de médecine, publie (*Concours médical*, 1er sept. 1929) une lettre où le Dr Paul Le Gendre dénonce le péril et indique le remède. Comme personne ne saurait discuter la haute compétence du Dr Le Gendre, nos lecteurs seront heureux de connaître son opinion :

Monsieur le rédacteur en chef et cher confrère,

La lecture des articles que vous avez récemment consacrés à l'enseigne-

ment de la médecine m'incite à vous apporter l'appoint d'opinions que j'ai exposées depuis longtemps et qui sont conformes à celles que vous avez exprimées. Ces opinions m'ont été suggérées d'abord par mon expérience d'étudiant de 1871 à 1885 ; elles se sont fortifiées par 30 années d'enseignement libre dans les hôpitaux. Je les ai exprimées en 1919 dans le tome 1er de la collection Sergent (*Déontologie et technique professionnelle* : *La vie du médecin*), dont quelques 300 pages sont consacrées à la *formation intellectuelle et morale du praticien.*

Je m'excuse de rappeler ce passé et j'espère que vous ne verrez pas dans ce rappel un simple exemple de la manie commune à tous les vieillards d'aimer à ne pas se laisser oublier. Mais une opinion, qui s'appuie sur une expérience personnelle de près d'un demi-siècle et que le cours des ans a de plus en plus fortifiée, n'est pas négligeable dans un débat de ce genre et, si je fais allusion à mon livre, écrit il y a 10 ans et dont la 2e édition est à l'impression, c'est que le lecteur y trouve tous les éléments d'appréciation exposés sans passion.

Ce n'est pas ici le lieu de traiter la question à fond et dans les détails. Je veux seulement résumer mes conclusions, qui me semblent bien proches des vôtres.

I. L'*enseignement* PRATIQUE de la médecine *a toujours été insuffisant.* Il n'a guère été amélioré depuis les réformes successives qui ont été tentées, même par la grande Commission ministérielle de 1907, dont j'ai fait partie, et celles qui sont postérieures à la guerre. La bonne volonté n'a pas manqué aux réformateurs ; mais la base de tout notre enseignement est défectueuse.

On n'apprend pas *à pratiquer* la médecine en écoutant des cours *ex cathedra*, pas plus qu'en lisant des manuels (je puis le dire sans critiquer ceux qui les rédigent, ayant collaboré à plusieurs d'entre eux). On y apprend la pathologie et la pharmacologie, mais non la clinique, ni la thérapeutique.

On ne peut former un praticien que *dans les hôpitaux* et dans des *laboratoires annexés à ceux-ci.*

Mais il faut une fréquentation incessante des malades pendant six ou sept ans, dont trois ou quatre comme *interne*, c'est-à-dire en n'assistant pas seulement à la visite du matin, mais en examinant les malades deux fois par jour et en prenant une part active à tous les incidents diurnes et nocturnes de la vie hospitalière. Cela revient à réclamer, comme vous l'avez fait *l'internat obligatoire.*

Il faut aussi, pour connaître toutes les ressources, actuellement indispensables au diagnostic, avoir pratiqué *soi-même* toutes les manipulations de laboratoire que réclame la clinique courante.

II. Quel est l'obstacle à la réalisation de ces desideratas ?

Le nombre excessif des étudiants dans les grandes facultés et surtout à Paris.

Pour y remédier, ce n'est pas à agrandir des amphithéâtres, ni à créer des chaires plus nombreuses qu'il faut viser. C'est à multiplier le nombre des hôpitaux et à obliger, par un réglement approprié, les étudiants à se répartir entre des foyers d'enseignement clinique plus nombreux, de telle façon que *chaque maître ne soit entouré que du nombre d'élèves qu'il peut connaître* INDIVIDUELLEMENT, *exercer* PERSONNELLEMENT, avec le concours d'un nombre suffisant d'assistants et de moniteurs.

Est-ce possible ? — Instantanément et rapidement, non.

Une telle réforme, la seule fondamentale, exige beaucoup de temps et d'argent. Si on l'avait entreprise il y a une trentaine d'années, quand son utilité a été mise en évidence par les progrès incessants des découvertes qui rendaient de plus en plus nécessaire la formation pratique du médecin, on serait en meilleure posture qu'aujourd'hui.

III. Quant à la *valeur des examens*, tels qu'ils ont toujours été pratiqués et le sont encore, elle est *à peu près nulle.*

Elle n'offre aucune garantie au public quant à la valeur pratique des médecins que l'Etat met à sa disposition. Je ne puis aborder ici la discussion des moyens par lesquels on pourrait s'assurer de l'instruction *réelle* d'un aspirant au doctorat.

Je me contenterai de dire que l'addition de notes fournies au cours de ses études par tous les chefs de service et de laboratoire par lesquels l'étudiant a été *personnellement* connu, fournirait une assez bonne base d'appréciation sur son instruction générale.

Mais, avant de délivrer le diplôme (*licentiam medendi et... occidendi impune* — disait Molière) il faudrait qu'un jury constitué par des juges tous compétents et disposant de tout le temps nécessaire, examinât chaque candidat pendant plusieurs *jours*, non seulement en lui posant des questions sur tous les points importants de la clinique et de la thérapeutique, mais en lui faisant examiner un assez grand nombre de malades, mettre en œuvre les épreuves de laboratoire et formuler les traitements adéquats.

Je ne crois pas d'ailleurs que des réformes aussi considérables soient jamais réalisées par de grandes commissions, composées des membres du corps enseignant pris dans les diverses facultés. J'aurais plus d'espoir dans des réformes entreprises par chaque faculté ou école sur son propre terrain.

Enfin il faudrait un ministre compétent, et assuré d'une dizaine d'années de vie ministérielle, un Duruy médecin, pour diriger et assurer le mouvement réformateur ! Eventualité chimérique...

NOUVELLES

XXe Congrès français de médecine (Montpellier, octobre 1929). — Le XXe Congrès français de médecine se tiendra à Montpellier le mardi 15 octobre et jours suivants sous le haut patronage de M. G. Doumergue, Président de la République, membre du conseil de l'Université de Montpellier et de M. Marraud, Ministre de l'Instruction publique.

Les *demandes d'inscription* doivent être adressées sans retard à M. le Professeur Carrieu, trésorier, 5 bis, rue de la Merci, Montpellier. Chèques postaux Montpellier 100-14 (membres adhérents 60 francs, membres associés 30 francs).

Rapports. — Les volumes des rapports seront adressés aux adhérents vers le 15 septembre.

Communications. — Les communications sur les sujets des rapports ou étrangers aux questions rapportées doivent être inscrites le plus tôt possible et en tout cas avant le 1er octobre. La lecture ou l'exposé des communications ne doit pas dépasser dix minutes.

Leur texte sera remis dactylographié aux secrétaires à la fin des séances. Il ne pourra en principe avoir plus de 5 pages (format du volume des rapports) et sera accompagné d'un court résumé à 12 exemplaires, destiné à la Presse.

Exposition. — L'organisation de l'exposition annexée au Congrès a été confiée à M. Maujoint, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Programme et excursions. — Le programme détaillé du Congrès et des excursions sera prochainement publié et adressé aux membres du Congrès.

Réduction sur le chemin de fer. — La réduction sur les chemins de fer n'est garantie qu'aux congressistes ayant envoyé leur adhésion avant le 15 septembre.

Pour l'inscription des communications et pour tous renseignements s'adresser à M. le Professeur Rimbaud, secrétaire général, 1, rue Levat, Montpellier.

Ligue nationale française contre le péril vénérien (44, rue de Lisbonne, Paris-8e). — *Avis aux médecins de la région parisienne.* — Par suite d'une entente avec l'Institut Pasteur, les examens sérologiques pour le diagnostic de la syphilis seront pratiqués à l'avenir dans les laboratoires de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Dès maintenant pour les prises de sang, les médecins au lieu d'envoyer les malades à l'Institut Pasteur peuvent les adresser :

Au dispensaire Broussais, 29, rue Dareau, Paris (14e) : les lundis et jeudis, de 13 h. 30 à 14 h. 30 ; les mardis, de 20 heures à 21 heures ; les samedis, de 17 heures à 18 heures.

Au dispensaire Victor-Hugo, 84, boulevard Victor-Hugo, Saint-Ouen : les mardis, mercredis et vendredis, de 9 h. 30 à 10 h. 30 ; les samedis, de 14 h. 30 à 15 h. 30.

Pour tous renseignements, s'adresser : au siège social de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (8e), téléphone Laborde 04-00 à 04-05 ; ou au laboratoire central de sérologie, 84, boulevard Victor-Hugo, Saint-Ouen, téléphone Clignancourt 04-43, tous les jours non fériés, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures.

Comité national de défense contre la tuberculose. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de médecins spécialisés de dispensaires d'hygiène sociale, dans les départements de l'Aisne, l'Aube, l'Orne, l'Eure.

Les candidats devront être Français, âgés de 25 ans au moins et de 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine et de titres de spécialisation en phtisiologie.

Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le Directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 3, rue Auguste-Comte, à Paris, avant le 1er octobre prochain.

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 14 novembre 1929, à 8 h. 30, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration de l'assistance publique, de 14 heures à 17 heures, du lundi 21 au mercredi 30 octobre 1929 inclusivement.

Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 6 novembre 1929, à 9 heures, à l'Administration centrale (Salles des commissions), 3, avenue Victoria. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du jeudi 10 au lundi 21 octobre 1929 inclusivement.

Accidents du travail : Le pharmacien peut réclamer toutes les fournitures faites en conformité des prescriptions du médecin. — Il peut arriver que le médecin soignant un accidenté du travail prescrive en quantité qui apparaît exagérée des pansements et des toniques.

Si le pharmacien a bien fourni tous les articles dont il réclame le paiement, et si les prix réclamés sont ceux du tarif syndical, il est en droit de se les faire payer par le chef d'industrie. Le juge ne saurait prendre pour base de discussion le coût moyen auquel ressort la journée du malade.

(Justice de paix de Paris, 1er arrondissement, 14 juin 1929.)

Médecine coloniale. — On communique la note suivante : « Un arrêté du 26 juillet 1929 du gouverneur général de l'Indo-Chine permet l'admission direct sur titres, dans certaines conditions, des anciens internes à un grade autre que celui du début dans le cadre des médecins de l'Assistance médicale de l'Indo-Chine. Prière de s'adresser pour tous renseignements à l'Agence économique de l'Indo-chine, 20, rue La Boétie, Paris (8e). »

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Pour l'année 1929 le concours sera ouvert le jeudi 5 décembre 1929.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se

faire inscrire à l'Administration centrale (Service de santé) tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze heures à dix-sept heures, du 3 au 14 octobre 1929 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 14 octobre, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 24 octobre 1929, à 9 heures du matin, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Salle des commissions). Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'Administration, du mardi 1er au jeudi 10 octobre 1929 inclusivement, de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Dr DUJARRIER, directeur des travaux scientifiques.) — *Avis* — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le Professeur agrégé de la Faculté de médecine F. LEMAITRE, oto rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les Drs AUBIN, MADURO et RÉMY NÉRIS, assistants du service, commencera le lundi 14 octobre 1929, à 14 heures, et continuera tous les jours suivants à la même heure. Droit d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1° Anesthésies. Paracentèse. Extraction des osselets. Trépanation de la mastoïde. — 2° Les évidements pétro-mastoïdiens. La chirurgie du labyrinthe. — 3° Les complications veineuses et encéphaliques des oto-mastoïdites. — 4° Ligature de la jugulaire interne et de la carotide externe. — 5° Chirurgie endo-nasale et endo-septale. — 6° Chirurgie du sinus maxillaire, du sinus frontal et de l'ethmoïde. — 7° Les rhinotomies et la résection du maxillaire supérieur. — 8° Trachéotomie. Laryngo-fissure, Laryngectomie partielle. — 9° Laryngectomie totale et pharyngotomies. — 10° Broncho-œsophagoscopie sur le cadavre. — 11° Broncho-œsophagoscopie sur le chien. — 12° Trachéotomie. Thyrotomie. Laryngectomie sur le chien.

Département de l'Aisne. Direction départementale d'hygiène. — Il est ouvert à la Préfecture de l'Aisne un concours sur titres pour un emploi de médecin inspecteur départemental d'hygiène adjoint chargé plus spécialement d'assurer le service de l'inspection médicale des écoles et des dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose et maladies vénériennes).

Les avantages attachés actuellement à cette fonction comportent des traitements et indemnités diverses s'élevant, pour le début, au chiffre de 30.000 francs pour aboutir par échelons successifs à 42.000 francs plus une indemnité de déplacements annuelle de 12.000 francs.

Le titulaire aura, en outre, la faculté de participer aux avantages de la caisse départementale des retraites.

Les candidats à cet emploi devront être Français, docteurs en médecine d'Etat, âgés de 30 ans au moins et de 45 ans au plus.

Ils devront adresser avant le 10 octobre 1929, *délai de rigueur*, leur demande au Préfet de l'Aisne.

Antibes. — La ville d'Antibes venant de décider la création d'un Bureau d'hygiène, recherche un directeur de ce bureau. MM. les docteurs désirant postuler à cet emploi sont priés de bien vouloir faire parvenir, dans le plus bref délai possible, leur candidature à M. le Maire d'Antibes. Traitement 18.000 francs par an.

L'alcoolisme dans les milieux scolaires russes. — *L'Utchitelskaya Gazeta*, organe des instituteurs russes, signale la fréquence de l'alcoolisme dans les milieux scolaires de l'U. R. S. S.

Suivant le rapport d'une commission médicale du ministère de la Santé publique, 72 % des garçons entre 7 et 14 ans boivent de l'alcool et 20 1/2 % s'enivrent régulièrement ; parmi les jeunes filles, la proportion est la même.

Le monument Cabanès. — Il y a quelques jours, a eu lieu dans le cimetière de Gourdon (Lot) l'inauguration du monument élevé à la mémoire du Dr Cabanès.

M. Noir, secrétaire du comité, prit le premier la parole pour présenter les regrets de ceux qui n'ont pu assister à la cérémonie, en particulier de M. le Pr Queirolo, sénateur du royaume d'Italie et directeur de la clinique médicale de la Faculté de médecine de Pise, de M. Roussel, secrétaire d'Etat de la principauté de Monaco, de M. Capitan, professeur au Collège de France, de M. le Dr Molinéry, secrétaire général de l'Umfia. Paul Voivenel retraça ensuite la carrière de Cabanès, M. Jean-M. Louis Faure dit quelques mots au nom de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine de Paris ; Euzières, doyen de la Faculté de Montpellier ; M. Senevet, professeur à la Faculté de médecine d'Alger ; M. Serre, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse et M. Catel, au nom de la Société des Gens de lettres, prirent successivement la parole.

Lecture fut alors donnée d'une adresse de M. Laignel-Lavastine, au nom de la Société française et internationale de l'Histoire de la médecine. Puis, après diverses allocutions de M. Babonneix, au nom de la Société centrale des médecins de France ; de M. Séval, au nom de l'Association des journalistes médicaux français ; de M. le Dr Coulon, de Gourdon, au nom des médecins de la région ; de M. Ganiayre, au nom de la Société lottoise de Paris ; de M. Vialle, au nom de la « Grappe du Quercy » et de M. Cayla, au nom des anciens élèves du lycée de Cahors ; M. Davidou, maire de Gourdon, évoqua le souvenir de son compatriote disparu.

Nécrologie. — Dr Hérisson, 11 *bis* rue Margueritte, Paris. — Dr Dumont, de Levallois, décédé au cours d'un accident d'automobile, survenu à Remonot (Doubs). — D'Ardin-Delteil, doyen de la Faculté de médecine d'Alger, décédé à Montpont-sur-l'Isle (Dordogne). — Dr L. Dye, de Paris, décédé dans sa soixante-troisième année. — Dr Justin Weil, 66, rue Lafayette, Paris, décédé dans sa 79e année.

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur les erreurs de diagnostic,

Par J. LAFONT (Clermont-Ferrand).

L'erreur de diagnostic présente la particularité curieuse d'être plus virtuelle que réelle ; elle n'existe pas encore tant qu'elle n'est pas reconnue ; elle n'existe plus dès qu'elle est reconnue.

Elle offre en outre l'avantage d'être instructive pour celui qui la découvre et qui la redresse ; elle l'est doublement pour celui qui a le privilège de la commettre et de la rectifier.

Il existe bien des manières de porter des diagnostics erronés. Les plus fréquentes dépendent du praticien et relèvent surtout des examens incomplets, des fautes de technique, de l'inattention ; Edward N. Chapman rapporte (*American Review of Tuberculosis*, avril 1928) le cas d'un malade, atteint d'hémoptysies, qui consulta six médecins d'une grande ville sans être ausculté une seule fois. Les erreurs sont en pareil cas aussi inévitables qu'impardonnables.

Il y a des erreurs moins graves, tout au moins au point de vue de la conscience médicale ; ce sont celles qui sont dues à une forme anormale de la maladie ; les formes frustes, la prédominance d'un symptôme secondaire ou l'absence d'un symptôme capital sont susceptibles de faire dévier le diagnostic.

Il existe des erreurs de logique, consistant dans une mauvaise interprétation de la valeur relative des symptômes ; elles relèvent le plus souvent d'une mauvaise éducation de l'esprit.

Il y a enfin des cas où les éléments cliniques ne sont ni assez nombreux ni assez caractéristiques pour permettre de porter un diagnostic ferme ; ce sont les cas d'attente, étiquetés *en observation* en médecine militaire et N. Y. D (*not yet diagnosed*, pas encore diagnostiqué) dans les hôpitaux américains. Vouloir forcer le diagnostic, c'est mettre de son côté le maximum de chances de se tromper.

Ce n'est pas tout de commettre des erreurs, il faut encore les reconnaître ; on y arrive de bien des façons, par la désastreuse autopsie, par la surprise opératoire, par l'échec thérapeutique, par l'épreuve du temps et même par la simple logique.

Nous n'avons pas l'intention de tenter l'étude théorique d'une question essentiellement pratique ni la prétention d'indiquer les moyens d'éviter les erreurs de diagnostic ; notre but est beaucoup plus modeste : réunir quelques cas qui mettent en évidence des erreurs caractéristiques et essayer d'en tirer quelques conclusions élémentaires.

Parmi ces observations, inégales comme longueur mais non comme intérêt, les unes, recueillies dans diverses publications, ont été rédigées dans un tout autre but ; les autres nous ont été communiquées par leurs auteurs et répondent déjà mieux à nos intentions ; nous avons ajouté quelques observations personnelles, qui n'offrent aucune particularité remarquable mais présentent l'avantage d'avoir été prises dans le but de mettre en relief le mécanisme de l'erreur et de sa rectification.

Nous présenterons d'abord les cas où l'erreur est due soit au médecin, soit à l'aspect clinique de la maladie, soit à la radiologie ; puis nous montrerons l'influence du temps sur l'élaboration du diagnostic ; nous terminerons par quelques suites d'erreurs, provoquées par des cas énigmatiques. Cet ordre relatif est adopté uniquement pour faciliter le groupement des observations, car il n'y a guère de cas nettement tranchés ; les causes d'erreurs sont rarement simples et uniques ; elles s'associent, s'additionnent et se renforcent mutuellement pour mettre à l'épreuve la perspicacité du clinicien.

***

Le développement rapide de la médecine et des sciences accessoires au XIXe siècle a eu pour conséquence la nécessité de la spécialisation. C'est à la fois un avantage et un inconvénient, un avantage parce que le spécialiste possède mieux la partie limitée de la science médicale qu'il a choisie, un inconvénient parce que, perdant peu à peu contact avec la médecine générale et encore plus avec les autres spécialités, il en arrive à ne plus voir la médecine qu'à travers sa spécialité.

La déformation professionnelle du spécialiste est donc à l'origine d'un certain nombre d'erreurs ; le mal n'est pas récent si l'on en juge par l'observation suivante :

OBSERVATION I (Oliver F. Shearer, de Downs, Kansas. *Western medical Times*, novembre 1926).

Pendant l'hiver de 1880, alors que je suivais les cours de la Faculté de médecine de New-York, je reçus un dimanche matin un télégramme d'un médecin de mon pays, mon premier maître, qui me fixait un rendez-vous à son hôtel.

Il arrivait de Pennsylvanie et avait voyagé toute la nuit ; il amenait une malade pour la faire examiner par un des plus célèbres spécialistes dont il désirait avoir l'opinion. Le cas était celui d'une jeune femme de vingt-cinq ans, traitée depuis quelque temps sans aucun résultat pour une série de troubles, la plupart de nature nerveuse.

A cette époque la *neurasthénie* était très à la mode (quite fashionable) comme diagnostic des cas nerveux obcurs et mon ami avait bien fait ce diagnostic. Le grand spécialiste arriva peu après, examina la malade avec toute l'attention requise et se prononça pour une « hémi-anesthésie avec un élément neurasthénique. » Le traitement recommandé était avant tout l'électricité.

De retour chez moi, quelques mois plus tard, je rendis visite au médecin et lui demandai ce qui était advenu de la dame. Il sourit et m'apprit qu'il avait suivi les directives de l'homme-de-la-ville (city man) sans résultat satisfaisant. Il poussa alors son examen plus loin et découvrit un polype de l'utérus. Comme il était gynécologue consommé, il procéda à l'ablation de la tumeur pédiculée et la patiente fut rapidement guérie.

Le médecin-de-la-ville (city doctor) était un neurologiste et, comme maint spécialiste, il limitait son examen à sa seule spécialité ; comme le cas n'était pas de son rayon il en était résulté une erreur de diagnostic. Si mon maître avait procédé plus tôt à un examen plus complet et fait un diagnostic correct, au lieu d'aller voir le spécialiste, il aurait fait économiser cent dollars à sa cliente sans compter qu'il aurait privé le neurologiste d'honoraires aussi importants que peu mérités.

Nous présenterons un cas encore plus typique dans l'observation XV, où des erreurs analogues se suivent à la file. Qu'un spécialiste ait, suivant l'expression anglaise ses « limitations », c'est tout à fait naturel ; qu'il se trompe dans sa propre spécialité, voilà qui paraît moins normal, mais qui se produit également comme nous allons le voir.

La tendance au diagnostic extraordinaire n'est pas rare chez le spécialiste, qui est entraîné à des diagnostics spéciaux, c'est-à-dire en dehors de la pratique courante ; elle a souvent des conséquences fâcheuses, dont le cas suivant nous donne un aperçu.

OBSERVATION II (Auto-observation de G. Huguet, de St-Pourçain-sur-Sioule).

En 1917, alors que j'étais chef d'équipe chirurgicale, j'ai eu

une éruption de nature x, accompagnée d'un prurit effroyable. Lorsque, au bout de quelques semaines, je me suis décidé à demander à un confrère son opinion, j'ai trouvé normal de m'adresser à un maitre, puisqu'il y en avait un à l'hôpital. Une veine énorme a fait qu'il ne m'a pas découvert d'ictère à spirochètes ; mais il m'a classé d'autorité dans les névrodermites, d'origine toxi-alimentaire. Il m'a indiqué un traitement avec balnéation et pansements locaux, sans oublier le traitement général et diététique et médicamenteux.

Un bon médecin du Danube, comme il y en a quelques-uns en France, a redressé ce diagnostic quelques jours après, en m'annonçant fermement que la gale se traitait par une frotte. Ainsi ai-je fait et m'en suis trouvé fort bien.

Conclusion : Les grands maîtres ne sauraient voir les choses simples.

Le dermatologiste connaissait certainement la gale ordinaire, il connaissait sans doute aussi la gale des gens du monde ; mais il n'avait pu s'élever à la conception de la gale du chirurgien, dont les mains et les avant-bras, lieu de prédilection du sarcopte, deviennent la seule région qui reste indemne par suite des lavages, savonnages, brossages, rinçages, etc., aussi fréquents que minutieux. Il ne faudrait pas croire que ce genre d'erreurs soit la spécialité du spécialiste ; on rencontre des praticiens, surtout en ville, qui se croiraient déshonorés s'ils faisaient un diagnostic courant.

Un diagnostic simple n'est pas forcément exact quoi que l'on en puisse penser ; l'observation suivante constitue une véritable mystification pathologique.

Observation III (Sussic, de Gorizia *Il Policlinico*, 1928, fasc. 42 ; analyse de la *Gazetta degli Ospedali e della Cliniche*, 23 décembre 1928).

Dans une appendicite aiguë, à l'ouverture du ventre s'échappe une quantité importante de sérum hématique ; après écartement des anses du jéjunum, le cæcum est mis à jour ; d'une consistance molle il présente d'énormes suffusions sanguines sous-séreuses.

L'appendice, situé normalement, est couvert de suffusions sanguines sous-séreuses et en partie sous-musculeuses, qui donnent à première vue l'impression d'un infarctus hémorragique ; il semble très atteint, surtout à l'extrémité, renflée en masse et de couleur rouge-bleuâtre. Le méso est épaissi par un épanchement sanguinolent entre les deux feuillets. La dernière anse de l'iléon et son mésentère présentent des hémorragies sous-séreuses.

Au premier abord, l'opérateur reste un peu stupéfait de cet aspect insolite et pense à une appendicite aiguë hémorragique, hypothèse contre laquelle s'élève le syndrome anatomique ; il écarte aussi la thrombose de l'artère iléo-colique et, malgré l'absence d'autres symptômes d'une diathèse hémorragique, il finit par admettre qu'il ne peut s'agir d'autre chose que d'une forme rare de purpura hémorragique avec participation absolue ou prépondérante de la région iléo-cæcale, connue sous le nom de *purpura Henoch* ; comme il remarque des taches noirâtres sur l'appendice, il se décide à l'enlever malgré les inconvénients qui relèvent d'une diathèse hémorragique.

Vingt-quatre heures après apparaissent de petites ecchymoses sur les extrémités inférieures ; la peau prend une couleur jaunâtre sur tout le corps. Au troisième jour une selle abondante contient du sang.

Les ecchymoses disparaissent lentement et au huitième jour il n'y en a plus. L'appendice ne présente aucun signe d'inflammation à l'examen histologique.

On voit avec quelle rapidité le chirurgien revient de sa surprise et élimine les diverses hypothèses plausibles pour adopter le diagnostic le plus rare, qui correspond cependant à la réalité et qui sera confirmé par l'évolution.

***

Les erreurs dues à l'amanèse ou à la prédominance d'un symptôme ont leur point de départ dans un effet de suggestion sur l'esprit du médecin.

Les antécédents héréditaires ou personnels orientent le diagnostic dans une direction qui n'est pas nécessairement la meilleure ; le cas suivant montre que cette erreur est parfois contagieuse, mais qu'on arrive à s'en libérer à la condition de conserver l'esprit assez libre pour dégager la vérité des apparences trompeuses.

Observation IV (G. Huguet, de St-Pourçain-sur-Sioule).

En 1924, le 18 mai, au hasard d'une visite, un client me parle d'un de ses voisins, vu déjà par trois confrères ayant tous trois conclu, après examen clinique et ponction lombaire, à une méningite tuberculeuse. Le 1er juin un accident d'automobile me met au lit 15 jours ; le 18 juin je me trouve par hasard retourner chez mon même client et, parlant du voisin malade, tout à fait incidemment, j'émets l'avis qu'il doit être mort. A ma grande surprise, on me dit qu'il n'en est rien, et je conclus tout étonné : « Est-ce que par hasard il y aurait erreur ? »

Deux jours après, je suis appelé chez ce malade ; je l'examine du bout des orteils à la pointe des cheveux ; je le fais lire, écrire, calculer et je prononce le fatidique : « Lazare, lève-toi ». Lazare, qui attendait patiemment la mort dans son lit, puisque les médecins en avaient ainsi décidé, s'est levé et a repris ses occupations normales, un peu faible naturellement.

Il y a là, manifestement, une erreur de diagnostic très lourde, mais étant donnée la qualité des confrères qui avaient examiné le malade, il est certain que la symptomatologie avait présenté un tableau net. Que le laboratoire se soit trompé, c'est normal ; que l'œil de trois cliniciens expérimentés ait passé à côté est plus bizarre. Je pense qu'il y a eu là un effet de suggestion causé par la famille : père mort tuberculeux, mère coxalgique, malade d'aspect chétif ; au total raisonnablement le diagnostic pouvait être fait. L'erreur a dû être déterminée surtout par ces suggestions et par le fait que le malade, qui avait eu un simple coup de chaleur, avait lui-même accepté ce diagnostic de mort, ne pouvant penser que des gens instruits comme des médecins risquaient d'être dans l'erreur.

Les phénomènes généraux peuvent constituer tout le tableau clinique et masquer les symptômes de localisation ; le fait se produit surtout chez l'enfant.

Observation V (J. Poucel, de Marseille. *Sud médical et chirurgical*, 15 juin 1927).

Antonin B..., 13 ans, est pris brusquement de douleurs dans les jambes, qu'il localise lui-même assez difficilement, et il a une fièvre très élevée avec abattement. Le médecin parle de typhoïde et dit à la famille que l'on ne peut se prononcer tout de suite. Traitement médical. L'entourage, voyant l'état s'aggrave, exige une consultation. Je trouve un état général alarmant et une douleur violente à la pression de la région juxta-épiphysaire supérieure du tibia droit. C'est fort ennuyeux pour un chirurgien d'avoir à dire : « Il faut opérer sans perdre une demi-journée », alors qu'une heure avant il n'était question que de potions. Il cherchera bien à pallier l'effet, à donner à entendre que l'abcès osseux serait une complication de l'état infectieux indéterminé jusque-là. L'entourage n'accepte pas si facilement ces cache-misère dont on voile la vérité et il sait fort bien répondre : « Tout de même, l'enfant se plaignait de la jambe. »

Antonin fut opéré au tibia ; mais après une brève détente, il y eut une reprise de la fièvre et localisation à l'extrémité supérieure du fémur opposé. Il fallut opérer à nouveau ; quelques jours après la vie du petit malade parut compromise ; enfin tout s'arrangea sans trop grande diminution fonctionnelle, grâce à des appareils empêchant la luxation, mais la famille resta persuadée, malgré toutes les explications, que le deuxième abcès osseux ne serait pas survenu si l'on avait diagnostiqué tout de suite le premier.

Les signes locaux attirent quelquefois l'attention du praticien au point d'annihiler son esprit critique ; c'est l'erreur inverse, mais c'est tout de même une erreur.

Observation VI. (Georges Barbier, de Marseille, *Marseille médical*, 5 avril 1927.)

Il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans, très vigoureuse, qui, depuis quinze jours, souffrait d'un mal de gorge, d'abord léger et lui permettant de vaquer à ses occupations, puis aggravé depuis trois jours, et accompagné de fièvre et d'épistaxis abondantes. A ce moment les diagnostics les plus divers furent émis : angine ulcéro-membraneuse, diphtérique, abcès de l'amygdale, etc., et la malade nous fut enfin adressée comme atteinte d'accidents syphilitiques !

Son aspect était cependant, à ce moment, bien caractéristique : la pâleur des téguments, la prostration, les narines encombrées de caillots, la fièvre élevée devaient faire penser à la leucémie aiguë.

Un examen plus détaillé confirmait cette impression première...

En somme, en présence de ce grave état général, avec fièvre, anémie intense, hémorragies rebelles et lésions ulcéro-gangréneuses de la cavité bucco-pharyngée, le diagnostic de leucémie aiguë s'affirmait de plus en plus.

En outre, les frottis et l'ensemencement de l'ulcération amygdalienne ne décelaient pas de bacille diphtérique, mais seulement d'abondants fuso-spirilles ; l'hémoculture sur bile et bouillons, la réaction de Bordet-Wassermann restaient négatives.

Les examens hématologiques, au contraire, étaient démonstratifs : ils montraient la pâleur du sang et la prolongation du temps de saignement, et, à la numération, une leucocytose et une hypoglobulie, croissant chaque jour...

L'évolution, confirmant ce diagnostic, a été extrêmement rapide, la pâleur, la prostration, la dyspnée s'accroissant chaque jour, le pouls devint arythmique, filant, et la mort survint le sixième jour de l'admission de la malade à l'hôpital.

Au point de vue clinique, il s'agit d'une forme bucco-pharyngée avec hémorragies ; dans notre cas, comme dans la plupart des observations publiées, le diagnostic n'a pas été immédiatement posé, parce que l'attention avait été attirée sur les phénomènes bucco-pharyngés.

Dans quelques cas on se trouve en présence d'un véritable camouflage, le syndrome capital ou même le tableau clinique prend le masque d'une autre affection ; ce sont les cas types d'erreur classique, dans lesquels le praticien doit faire preuve de perspicacité et d'imagination. L'observation suivante montre les résultats que l'on peut attendre d'une logique implacable et met à nu le mécanisme du redressement d'une erreur par le seul raisonnement.

Observation VII (Croizier, de St-Etienne, *Loire médicale*, avril 1927.)

Ce malade, envoyé dans mon service comme atteint de tuberculose pulmonaire, présente en même temps une laryngite.

Dès mon premier examen, je fus frappé par l'importance de la matité dans la moitié supérieure de l'hémithorax gauche ; c'est là un élément dont la valeur séméiologique ne semble pas dans le fond devoir être décisive, et qui cependant est considérable ; sa constatation fut la première pierre de l'édifice. Cette matité est en effet aussi complète, aussi absolue qu'on peut l'imaginer ; à la base, elle eût tout aussitôt évoqué l'idée d'un épanchement, dont il aurait convenu de rechercher les autres signes ; mais les bases sont à peu près normalement sonores chez ce malade, et cette matité impressionnante, par sa localisation insolite au lobe supérieur, ne pouvait moins faire que d'attirer l'attention ; les autres signes d'auscultation montrèrent qu'il existe là un bloc dense massif, et d'ores et déjà le diagnostic était à moitié fait.

Il n'est pas commun, en effet, d'observer l'existence de pareils blocs au cours d'une évolution tuberculeuse ; on n'en voit guère que dans la tuberculose des mineurs... Or, ce malade est justement un mineur, et la question pouvait donc se poser chez lui d'une forme d'évolution de ce genre. Mais, avant même le renseignement de l'analyse bactériologique, il était déjà possible de recueillir un argument écartant l'hypothèse de tuberculose, c'était l'état du côté opposé.

On ne voit jamais, en effet, à cette période de la maladie et lorsqu'il existe des blocs anthracosiques compacts, de tuberculose qui soit unilatérale ; or, le poumon droit de ce malade est cliniquement normal ; même après un examen minutieux, il me fut impossible de relever une anomalie vraiment importante et révélatrice d'une infiltration profonde.

L'examen radiologique n'apporta pas en soi d'élément nouveau, car il vint simplement confirmer à son tour les données de la clinique ; il montra un poumon droit normal, un poumon gauche complètement opaque dans sa partie supérieure. Mais cette confirmation de mon examen était tellement nette que ma conviction personnelle fut dès ce moment établie, et en raisonnant par analogie avec des cas de ce genre dont j'ai déjà rencontré un certain nombre, j'eus la certitude d'être en présence d'un cas de néoplasme pulmonaire ; il ne fallait plus qu'en demander confirmation au reste de l'enquête que je poursuis pas à pas.

Et d'abord l'examen bactériologique ; l'analyse de l'expectoration du malade, qui est purulente, est entièrement négative. Mais, je me hâte de le dire, si cet appoint fourni par le laboratoire est essentiel pour le cas qui nous occupe, il n'a pas à mes yeux, et dans la mesure où je l'ai recueilli, l'importance qu'on imaginerait. Je ne veux pas parler ici de l'association possible de tuberculose et de cancer qui viendrait égarer le diagnostic par la complexité inattendue de l'évolution, je veux dire que ce n'est pas parce qu'on a deux ou trois examens de crachats négatifs, et même une homogénéisation négative, qu'on est en droit d'affirmer que l'affection en présence de laquelle on se trouve n'est pas une tuberculose. Ce ne sont pas des séries d'analyses qu'il faut faire, mais bien des inoculations au cobaye ; seul ce procédé d'investigation, dont la sensibilité est extrême, reste la pierre de touche décisive, à partir de laquelle le caractère négatif de la recherche effectuée peut prendre toute sa valeur dans la discussion du diagnostic.

Or, j'avoue que, chez mon malade, je n'ai point fait d'inoculation, et voilà pourquoi je disais plus haut que, dans la mesure où je l'avais recueilli, l'argument apporté par le laboratoire ne pouvait avoir à mes yeux une importance décisive.

J'avais d'ailleurs bien mieux à faire qu'à attendre des semaines le résultat d'une inoculation ; mon malade, ai-je dit au début, avait une laryngite ; il était évident que cette localisation, si elle existait vraiment, relevait de la même étiologie que l'affection de la poitrine, et un coup d'œil sur le larynx devait donc définitivement nous fixer. Mais au fond était-ce bien, en fait, une laryngite ? La dysphonie, que le sujet présente depuis ces derniers mois et qui, fait d'importance capitale, ne s'est pas accusée progressivement mais est apparue tout d'un coup, était-elle due à une laryngite véritable, à des ulcérations sur les cordes ou bien n'était-elle pas plutôt due à une paralysie laryngée par compression récurrentielle ? Et, dans l'espèce, un néoplasme du lobe supérieur gauche pouvait aisément rendre compte du mécanisme de cette paralysie.

Le malade fut donc montré au docteur Moreau, que je priai de me dire s'il n'existait pas une paralysie de la corde vocale gauche. Dans l'hypothèse de cancer cette paralysie était nécessaire, *il fallait qu'elle existât* et que par ailleurs le larynx se révélât indemne de toute lésion inflammatoire ; or le résultat de l'examen du spécialiste fut bien exactement ce que je viens de dire et ce que j'attendais, fournissant ainsi l'argument décisif de cette discussion. Et, soit dit en passant, il est assez curieux de voir que cette pseudo-laryngite, dont la constatation ne pouvait au début qu'égarer le diagnostic en orientant *a priori* vers la tuberculose, s'est trouvée être le facteur primordial de sa confirmation dans le sens que la clinique avait fait pressentir dès l'abord.

* * *

Les associations morbides viennent encore compliquer la situation et doubler les chances d'erreur ; il ne s'agit plus de faire un, mais bien deux diagnostics exacts, ce qui nécessite la dissociation des syndromes et leur rattachement à leurs causes respectives.

Tantôt les deux affections coexistent et évoluent parallèlement, tantôt elles se succèdent tout en empiétant l'une sur l'autre.

D'abord un exemple d'association synchronique chirurgico-chirurgicale.

Observation VIII (E. Godlewski, d'Avignon, *Sud médical et chirurgical*, 15 mars 1927.)

B., 26 ans, aucun précédent, mariée, sans enfant. Souffre depuis longtemps surtout dans les deux jours qui précèdent les règles. Douleurs dans le bas-ventre, à droite, s'irradiant dans la cuisse droite, face extérieure, jusqu'au genou. Ces crises s'accompagnent de vomissements. Parfois la douleur est si forte qu'il y a syncope. Troubles digestifs fréquents avec sensation de plénitude au creux épigastrique ; parfois un peu de température accompagne ces crises.

A l'examen, un peu de contracture musculaire en bas et à droite de l'abdomen. Il existe un point très douloureux à côté de l'épine iliaque droite. Le toucher vaginal nous permet de sentir à droite une tuméfaction douloureuse qui remonte jusqu'à l'épine iliaque. Cette tuméfaction nous paraît englober l'ovaire et la trompe. La radioscopie nous montre un cæcum placé très bas, très adhérent, sans mobilité et douloureux.

Le 7 mars 1926, laparotomie transversale très basse. L'on trouve à droite de l'utérus une tumeur inflammatoire adhérente en arrière et en haut, englobant à la fois l'ovaire, la trompe et l'appendice, lequel fortement hémorragique se trouve englobé

tout entier dans ce tissu inflammatoire dont les dimensions exactes sont celles d'un véritable œuf de poule. Rien à l'utérus, rien à gauche. Ablation de la masse totale (ovaire, trompe, appendice) avec enfouissement des moignons appendiculaire et tubaire. Guérison.

Il faut reconnaître qu'en pareil cas le diagnostic est bien difficile à poser, puisqu'il n'y a pas de signes qui soient particuliers les uns à l'appendicite, les autres aux lésions annexielles ; c'est une raison de plus pour procéder à un examen clinique rigoureux et précis ; au surplus l'intervention tranchera la question.

Maintenant deux exemples d'association d'affections subintrantes, le premier obstétrico-chirurgical, le second médico-médical.

Observation IX (G. Huguet, de St-Pourçain-sur-Sioule).

Une petite femme de 19 ans accouche le 3 mai : accouchement normal, délivrance *idem*, petite déchirure de la fourchette, le tout sous la direction d'une sage-femme, généralement propre.

Le 5 mai, on me fait appeler d'urgence et je constate : un ventre très ballonné, température 38°5, pas de frisson, langue humide, lochies sans odeur ; vessie en état de rétention, ni gaz, ni matières ; douleurs très vives du fait de la distension abdominale.

Après sondage, je peux, non sans douleur, percevoir l'utérus ; du reste, douleur tout abdominale et non utérine : utérus ferme et bien contracté.

J'élimine immédiatement le diagnostic d'affaire utérine, pensant plutôt à salpingite ou n'importe quoi autre abdominal ; je prescris glace intus et extra et je m'en vais.

Naturellement la famille, à l'idée de mettre de la glace sur le ventre d'une accouchée récente, regimbe, et fait appeler le confrère kilométriquement célèbre, lequel, sans seulement demander depuis quand l'accouchement est fait, colle un doigt dedans et déclare : fièvre puerpérale ou rupture utérine, en tout cas péritonite et glace sur le ventre. Et en sortant il annonce à la famille : « état très grave, pronostic à peu près fatal. »

Rassuré sur la question de glace, le mari vient me rendre compte du passage de mon confrère.

Le lendemain matin, je vais revoir ma malade et je constate des symptômes beaucoup plus rassurants : ventre plus souple, quelques gaz, une selle, plus de vomissements. Au palper, je trouve, dans la fosse iliaque droite, une masse énorme, spécialement douloureuse au point de Mac Burney, manifestement indépendante de l'utérus, et je pose le diagnostic : peut-être salpingite, plus probablement appendicite. Le lendemain mon diagnostic devient ferme et je me fais contrôler par Phélip qui se trouve d'accord.

Amélioration progressive, chute de température les jours suivants et, le treizième ou le quatorzième jour, évacuation d'un abcès par le rectum.

Par conséquent, l'erreur de diagnostic du confrère est absolument prouvée onze jours après qu'elle a été commise, erreur sans conséquence au point de vue du traitement.

Où rechercher la raison de l'erreur ? Elle tient simplement, à mon avis, à un état d'esprit, normal, chez les gens qui vont trop vite : *post hoc, ergo propter hoc*.

Il est certain que dans la majorité des cas le proverbe reste exact ; mais il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, le proverbe ne s'applique pas et risque de fausser toute l'évolution du traitement.

Ce cas est curieux parce que le premier diagnostic (celui de l'auteur) était exact tandis que le second était erroné, le contraire se produisant beaucoup plus fréquemment dans la réalité.

L'observation suivante montre qu'il ne faut pas se contenter chez les chroniques du diagnostic habituel, devenu presque banal ; le cas, en apparence le plus clair et le mieux catalogué, est susceptible de nous réserver des surprises si nous n'avons pas l'esprit constamment en éveil. Ne nous cramponnons pas désespérément à un diagnostic sous prétexte qu'il était encore exact hier; il peut ne plus l'être aujourd'hui et à plus forte raison demain.

Observation X (personnelle).

Mme G. L., 38 ans. Asthme mineur, infantile, ganglionnaire ; crises journalières légères, cédant facilement à une simple fumigation.

En décembre 1926, un coryza banal, accompagné de frissons, déclanche une crise d'asthme violente et prolongée ; les traitements, classiques et modernes, échouent normalement ; seule la morphine procure un peu de calme.

Le deuxième jour, la crise persiste sans changement ; les frissons du début, qui ne se sont pas reproduits, la durée anormale de l'accès nous portent à soupçonner qu'il y a autre chose là-dessous ; la coexistence d'une épidémie de grippe nous amène à pratiquer, malgré l'absence de fièvre, une injection de vaccin antigrippal, à dose faible cependant pour éviter toute hypersensibilisation.

Le troisième jour, la crise d'asthme a disparu, mais sans l'amélioration franche que l'on constate en pareil cas ; la fatigue est extrême, ce qui n'a rien d'étonnant ; la tension est très basse (5-9 par la méthode oscillatoire) ; nous l'attribuons à la dépression cardiaque ; nous prescrivons acétate d'ammoniaque, adrénaline, huile camphrée à fortes doses, strychnine en injections intraveineuses ; rien n'agit. Nous pensons de plus en plus à une incubation, mais l'examen le plus attentif ne donne rien.

Le quatrième jour, la fatigue générale et la dépression nerveuse augmentent ; la température s'élève à 39°5 ; la céphalée apparait, violente, atroce. Intoxication générale, mais de quelle nature ? Nous guettons le symptôme révélateur. Un peu plus tard, la malade ressent un point de côté à gauche ; l'auscultation, négative jusque-là, montre de la congestion des bases, des foyers de râles disséminés et des zones de silence respiratoire dans les deux poumons, mais surtout à gauche ; ni dyspnée, ni toux, ni expectoration. Le diagnostic de grippe pulmonaire devient évident.

Les injections fractionnées de vaccin antigrippal et massives de métaux colloïdaux et d'huile camphrée, les applications de ventouses tangentes et les projections locales d'air chaud avec un radiateur électrique parabolique amènent en trois jours la défervescence et la disparition de tous les symptômes sans convalescence.

Cette observation montre le tableau clinique produit par la succession d'une crise d'asthme et d'un accès grippal, qui chevauchent et réagissent mutuellement en faussant leur symptomatologie et leur évolution.

La période intermédiaire silencieuse du troisième jour revêt l'allure clinique de l'asthénie cardiaque ; elle a été considérée, à tort, comme une séquelle alors qu'elle constituait le syndrome précurseur déformé d'une seconde affection ; mais l'erreur d'interprétation a été rapidement soupçonnée, puis rectifiée par les impondérables cliniques et les échecs thérapeutiques.

Signalons que l'accès grippal a dû être modifié dans son apparition, sa symptomatologie et son évolution par l'ingestion préventive de vaccin, pratiquée par précaution en période épidémique et en présence d'une situation obscure.

***

La radiologie n'est pas à l'abri des erreurs malgré sa précision apparente, au contraire même, puisqu'elle cumule celles du spécialiste qui interprète mal ce qu'il voit ou se laisse suggestionner par la clinique et celles de la technique qui ne peut pas faire qu'une radiographie soit autre chose que la photographie d'ombres juxtaposées ou superposées et par suite déformées. Dans la pratique, on constate fréquemment que les données cliniques, radiologiques et opératoires sont loin de concorder et on est bien obligé de faire quelques réserves sur la valeur des rayons X, qui nous dispensent tour à tour images troublantes et illusions cliniques.

Observation XI (M. Paquet, de Bruxelles *Scalpel*, 23 mars 1929).

Mme M. souffre de l'estomac depuis une dizaine d'années (crampes pendant la digestion, nausées, vomissements), a déjà dû, pour ce motif, garder le lit pendant trois semaines, il y a quatre ans. Actuellement, douleurs au creux épigastrique se propageant dans le dos après le repas, par crises ; vomissements bilieux quand l'estomac est vide.

Il est fait un examen radiologique, d'où l'on conclut à un ulcus chronique pylorique ou juxta-pylorique de la petite courbure.

Depuis trois semaines, douleurs plus violentes qui décident la malade à entrer à l'hôpital.

Un nouvel examen radiologique est pratiqué. Au point de vue gastrique, il n'y a absolument rien à signaler. Au point de vue duodénal non plus. Le bulbe se dessine parfaitement, ses contours sont très réguliers, le transit dans les différentes portions du duodénum ne présente rien de particulier.

L'intervention pratiquée montre que l'interprétation du premier radiologiste est fautive (il n'y a pas d'ulcus) ; elle montre en outre que l'interprétation du deuxième, (le deuxième c'est moi) ne l'est pas moins. L'un trouve un ulcus, l'autre ne trouve rien ; le protocole opératoire dit : périduodénite, adhérences à la vésicule biliaire.

Mais comment interpréter cette erreur ? Je ne vois, pour ma part, qu'une explication. D'une part, déformations spasmodiques d'interprétation difficile lors du premier examen fait en ville, absence d'élément spasmodique au cours des examens faits à l'hôpital ; d'autre part, périduodénite à mailles trop lâches pour donner par son seul enserrement du duodénum une déformation constante.

***

Le temps entre en ligne de compte dans la question des erreurs de diagnostic, qui demandent parfois des mois et même des années pour être reconnues ; suivant le cas on se trouve en présence soit d'une erreur prolongée soit d'une suite d'erreurs.

L'erreur prolongée résulte surtout de la confiance du ou des médecins successifs dans un diagnostic initial nécessairement faux, qu'il ou qu'ils ne songent pas à discuter et encore moins à rectifier.

Observation XII (personnelle). Mlle G. C., 29 ans, a présenté en 1922 des douleurs au genou droit ; le premier médecin consulté a porté le diagnostic d'arthrite bacillaire, qui a été confirmé par onze autres médecins ou chirurgiens et par la radiographie ; le traitement a consisté en une immobilisation intermittente dans des appareils plâtrés. Après trois ans d'insuccès et devant la persistance des douleurs, un dernier chirurgien conseille une intervention sanglante, en laissant prévoir toutefois un raccourcissement important ; la malade, ayant refusé l'opération, est abandonnée à son sort jusqu'à ce qu'elle se soit résignée au sacrifice indispensable.

Appelé à notre tour en 1925, nous nous trouvons en présence d'une jeune fille pâle et amaigrie. Nous procédons à l'examen ; le dernier plâtre, une simple gouttière qui flotterait si elle n'était maintenue par des bandes, se retire facilement. Le genou a un mauvais aspect : gros, déformé, globuleux ; il présente surtout des lésions synoviales ; l'articulation ne paraît pas ankylosée, mais les mouvements sont si douloureux que nous préférons différer la recherche de leur amplitude.

Malgré douze opinions concordantes, nous ne pouvons admettre la tuberculose ; une lésion de cette nature aurait évolué depuis trois ans et causé des dégâts plus considérables. Il y aurait bien la question de la radiographie si le cliché n'était une épreuve d'amateur faite par un médecin non spécialisé avec un de ces appareils bon marché dits de cabinet.

Nous sommes fixé. Il ne s'agit pas de tuberculose, mais de rhumatisme. Nous supprimons les engins d'immobilisation et prescrivons des douches d'air chaud, des bains de soleil et... la marche.

Une bonne radiographie ne révèle pas de lésions osseuses.

Trois semaines après la malade fait sa première sortie, trois mois après elle marche sans canne, un an après elle danse.

Erreur persistante et collective, due à la suggestion et à la croyance aveugle en une radiographie, quelle qu'elle soit.

Il suffisait de tenir compte, peut-être même avant les trois ans révolus, du facteur temps et de son influence sur l'évolution, pour éliminer un diagnostic qui ne s'améliorait pas en vieillissant.

Les suites d'erreurs révèlent plutôt un esprit critique, qui discute les diagnostics successifs dont aucun n'est satisfaisant, et un effort continu pour atteindre le diagnostic réel, qui exige parfois des années de recherches et de réflexion.

Voici une observation caractéristique qui mit à dure épreuve la sagacité du praticien.

Observation XIII (A. Gendron, de Nantes, *Gazette médicale de Nantes*, 15 février 1927).

Il s'agit d'une dame de 40 ans, habitant la région nord de la Loire-Inférieure, qui présenta à plusieurs reprises, en 1919, des douleurs abdominales accompagnées de constipation et de vomissements. Ces crises douloureuses avaient vivement troublé son état général et l'avaient fait maigrir de six kilos.

Une accalmie survint, pendant laquelle la malade regagna son poids primitif, puis les douleurs reprirent et elle vint nous consulter le 31 janvier 1920.

Elle nous raconta que les douleurs n'avaient pas de siège fixe. Elle les situait pour le moment, à la base thoracique, sous les seins, avec irradiation dans le dos. Ces douleurs n'avaient aucun rapport avec les repas, n'étaient nullement influencées par le régime alimentaire et obéissaient fort peu à la thérapeutique en dehors des piqûres de morphine. En février 1921, les douleurs étaient franchement abdominales et irradiaient dans les reins. En mars, elles étaient pelviennes, déterminaient du ténesme rectal et irradiaient dans les cuisses.

L'imprécision du siège des douleurs et l'absence de tout signe objectif abdominal nous laissaient dans l'incertitude. Comme les confrères précédemment consultés, nos prescriptions variées restaient sans effet, si bien que, à bout de ressources thérapeutiques, nous conseillâmes à cette malade d'aller dans une station thermale. Elle y fit deux cures en 1921 et 1922 qui n'apportèrent qu'un soulagement passager.

Nous avions perdu de vue cette femme lorsque, le 8 mai 1924, elle revint nous consulter à la suite d'une violente crise abdominale ressemblant à une colique néphrétique.

Comme notre attention était attirée sur les coliques de plomb depuis quatre cas observés en 1923, nous avons recherché immédiatement le liseré saturnin chez notre malade et l'avons découvert, discret mais très net. Dès lors, l'énigme était résolue. Après trois années d'errements, nous arrivions enfin au diagnostic exact.

Le saturnisme était d'origine hydrique. Un échantillon d'eau recueilli le matin au premier jet de la pompe contenait des traces de plomb et permit d'incriminer les tuyaux. A partir de ce jour, l'eau fut prise dans un puits voisin et, au bout de quelques semaines, notre malade était complètement guérie.

Si le saturnisme est si si fréquemment méconnu à la campagne, c'est parce qu'il survient loin du milieu professionnel et parce que ses multiples manifestations n'ont pas une physionomie propre à imposer le diagnostic d'emblée.

La colique métallique en particulier n'est reconnue que si l'on y pense. Rien dans ses manifestations n'est caractéristique. Pas d'horaire fixe, pas de cause provocatrice apparente, surtout pas de siège précis de la douleur ; des irradiations capricieuses depuis le thorax jusqu'aux cuisses et variables avec chaque crise.

Aussi cette douleur, dont le siège est si diffus, fait-elle envisager les diagnostics les plus divers qui, à l'extrême rigueur, pourraient l'expliquer : visceroptose, crise tabétique, cancer de l'estomac ou du corps du pancréas, ulcère gastro-duodénal, colique vésiculaire ou néphrétique, enfin et surtout appendicite ou occlusion intestinale. Mais d'habitude, ces diagnostics ne satisfont pas pleinement l'esprit et le médecin reste dans une angoissante perplexité.

La chirurgie n'est mieux partagée que la médecine que grâce au privilège du contrôle à l'intervention ; mais le diagnostic pré-opératoire présente les même difficultés.

Observation XIV (Y. Bourde, *Marseille Médical*, 15 janvier 1927.

R... Lili, âgée de 20 mois est une enfant d'aspect extrêmement chétif, au teint pâle.

Dès la naissance, le Dr Ch. Loriot constate un ventre anormalement développé et un foie gros, débordant nettement les fausses côtes.

Sous l'influence d'un traitement anti-spécifique, par frictions et suppositoires, le volume du foie régresse, mais celui du ventre augmente progressivement. Le Dr Loriot me demande, le 11 juin 1926, de voir cette enfant alors âgée de 16 mois ; il a diagnostiqué nettement la présence d'un volumineux kyste abdominal. Un médecin spécialiste des maladies des enfants a posé le diagnostic de kyste du mésentère.

Lors de mon premier examen, je vois une fillette assez malingre, dont l'abdomen est considérablement augmenté de volume et assez régulièrement sphérique. Les fausses côtes sont écartées en dehors, le thorax très évasé par en bas. L'ombilic est étalé, déplissé, pseudo-fluctuant.

La palpation donne une sensation de fluctuation nette, dans un ventre uniformément distendu. La percussion permet de constater une matité complète sur la ligne médiane jusqu'à l'om-

bilic. L'épigastre est, par contre, très sonore. Les flancs sont mats d'une façon absolue. En somme, toute la moitié inférieure du ventre est uniformément mate. Les différentes positions données au bébé ne permettent pas de constater grand changement dans les limites de cette zone. En particulier, la position renversée, tête en bas ne change rien.

Le toucher rectal donne une sensation de fluctuation analogue à celle perçue par le palper abdominal.

Comme signes fonctionnels il faut noter que les fonctions digestives s'accomplissent bien, que les mictions sont d'une fréquence normale. Mais de temps à autre l'enfant se plaint du ventre, perd un peu l'appétit, devient pleurnicharde. Puis tout rentre dans l'ordre, cependant que le ventre continue à grossir.

Comme conclusion de ce premier examen, je n'ose pas confirmer le diagnostic de kyste porté par deux confrères. J'ai plutôt l'impression d'un épanchement liquide libre dans le ventre ; je n'ai senti nul ballottement d'une tumeur kystique. S'il s'agit d'un kyste, il doit confondre sa paroi avec la paroi abdominale.

Je conseille d'attendre quelques mois et confie la petite malade à un excellent confrère de médecine générale qui, lui aussi rejette l'idée de kyste et pose le diagnostic d'ascite. Le traitement antispécifique par piqûres que nous proposons n'est pas accepté par la famille.

Je perds ainsi l'enfant de vue jusqu'en octobre. Cependant les parents ont consulté d'autres confrères à diverses reprises.

L'un d'eux, spécialiste de gastro-entérologie, fait une scopie sous lavement baryté et constate une dilatation marquée de la région de l'angle gauche. Sur la radiographie on peut voir que cette zone est beaucoup plus dilatée que le côlon droit. Quant au descendant, il est à peine marqué par un trait filiforme.

Ce confrère, nous dit la famille, pose le diagnostic de dilatation du gros intestin.

En juillet 1926, l'enfant fait une varicelle bénigne. Au début d'octobre, survient une crise abdominale violente avec douleur à droite, fièvre, cris, pendant laquelle l'enfant se tord de douleur, nous dit-on.

Je revois le bébé le 25 octobre. L'état général est mauvais, l'enfant est amaigrie, blafarde. Le ventre est véritablement monstrueux. Il est plus tendu, plus rénitent ; les flancs sont moins franchement mats que lors de mon premier examen. Les parents réclament l'intervention. A ce moment, l'idée de kyste de l'ovaire, comme l'affirme le Dr Loriot, me paraît infiniment plus probable : flancs plus sonores, lumière intestinale aplatie par compression, tension plus grande du liquide. Il y a là quelques nuances qui orientent mieux le diagnostic.....

Intervention le 28 octobre 1926 : kyste mucoïde d'aspect banal mais d'une dimension considérable en égard à l'âge et à la taille de l'enfant. Torsion du pédicule et hémorragie intrakystique. Appendicite concomitante. Guérison.

Une dernière observation met les spécialistes aux prises avec un cas particulièrement obscur ; elle caractérise bien la pratique moderne où la liaison du médecin, des spécialistes et du laboratoire est à peu près permanente ; mais leur collaboration les met simplement en face de données positives ou négatives, qu'il faut en dernier ressort interpréter avec logique, et ne suffit pas, à elle seule, à fixer un diagnostic incertain ou vacillant.

OBSERVATION XV (personnelle). Mlle M. R. 20 ans, domestique, a des céphalées fréquentes et violentes sur lesquelles la thérapeutique n'a aucune action.

Nous l'adressons en 1922 à un neurologiste qui pose le diagnostic de tumeur cérébrale. L'examen ophtalmoscopique ne révèle pas de compression de la papille. Une ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien normal, à pression normale ; le Wassermann est négatif ; il en est de même pour le sang.

La malade consulte en 1923 un médecin de son pays, qui diagnostique de l'anémie et conseille un séjour à la campagne, qui ne donne d'ailleurs aucun résultat ; elle retourne à la ville et se place chez le directeur d'un garage ; la céphalée disparaît complètement.

Six mois après, en 1924, M. R. change de place ; les accès reparaissent ; nous faisons examiner la vue par un oculiste qui conclut : Insuffisance de convergence qui entraîne une diplopie très manifeste dans la chambre noire et surtout accusée pour la vision de près. Une ténotomie des droits externes donne une amélioration de quinze jours, mais laisse une diplopie fort gênante.

Après cet échec, nous adressons la malade à un oto-rhino-laryngologiste, qui pratique une résection sous-muqueuse de la cloison ; la céphalée disparaît de nouveau, mais pour trois semaines seulement.

Un an s'écoule, un an de céphalée presque continue ; la nuit clinique avec ces trois lueurs, la rémission spontanée de 1923 et les deux brèves améliorations post-opératoires !

Au cours d'une crise particulièrement violente en 1925, nous parvenons à localiser au diapason le maximum de douleur au niveau des sinus frontaux.

L'oto-rhino-laryngologiste confirme le diagnostic de sinusite frontale et dégage les sinus par voie nasale, complétant ainsi la première intervention ; la céphalée disparaît.

Une rechute survient six mois après : nous l'enrayons immédiatement par une injection de vaccin polymicrobien.

Voilà donc un cas dans lequel nous avons tenté d'établir le diagnostic par élimination... des spécialistes.

La rémission énigmatique s'explique par le fait que la malade avait l'occasion de pénétrer dans le garage plusieurs fois par jour et d'y respirer des vapeurs d'essence qui dégageaient les fosses nasales et les sinus ; les deux améliorations résultaient de la décongestion locale par hémorragie.

Une imagination puissante, à la Sherlock Holmes, aurait permis de résoudre l'énigme dès 1923, c'est-à-dire deux ans plus tôt.

***

Les pièges à diagnostic (*pitfalls* des Anglais) sont innombrables et il est inévitable de s'y laisser prendre quelque jour, quitte à s'en dégager le plus rapidement possible et avec le minimum de dégâts ; mais veille-t-on assez à les éviter ? Il semble bien que non et que les erreurs soient, en pratique journalière, trop fréquentes pour ne pas avoir une cause plus profonde que l'insouciance ou l'inattention.

Ne s'agirait-il pas à l'origine d'une formation médicale défectueuse ? L'étudiant débute, nécessairement, par l'étude de la pathologie ; or, la pathologie est, par définition et par nature, théorique, schématique, rigide et inextensible ; elle donne un état civil aux maladies, les répartit dans des compartiments, les sépare par des cloisons étanches ; elle énumère les symptômes, à la file, sans égard à leur hiérarchie, sans attacher plus d'importance à l'un qu'à l'autre, en les mettant tous sur le même plan ; elle indique les complications, toutes les complications possibles et imaginables, mais passe discrètement sur les formes cliniques, l'évolution et son horaire. Le diagnostic positif se dégage nécessairement de ce chaos ; n'est-il pas inscrit en tête du chapitre ? Quant au diagnostic différentiel il est encore plus déshérité ; il faut bien parler des autres affections assez effrontées pour empiéter sur le domaine voisin, mais c'est pour faire leur procès en quelques mots et les rejeter d'un geste. Quelle assurance ne retire-t-on pas de la lecture d'un précis de pathologie ?

La clinique, au contraire, par son caractère individualiste, onduleux et vagabond, nous met tous, jeunes ou vieux, en présence d'énigmes journalières qui ne sont pas prévues à la théorie et auprès desquelles celle d'Œdipe n'était qu'un jeu. Les symptômes ne sont plus au complet ; certains arrivent en retard ; les uns se mettent en évidence, les autres se masquent ou se dissimulent ; il n'y a plus rien de net, de catégorique ; tout devient flou et vague ; il faut chercher, dégager, peser, interpréter les éléments cliniques, percer l'incognito de l'incubation, suivre les changements de décors de l'évolution, toutes tâches auxquelles la mémoire ne suffit plus et devant lesquelles l'attention et l'imagination succombent souvent.

Si l'étudiant n'a pas la souplesse d'esprit suffisante pour se dégager à temps des liens de la pathologie, il conservera toute sa vie la déformation intellectuelle si bien décrit par G. Huguet :

Certains médecins, considérant, eux, que c'est la médecine qui est absolue et non le malade, essayent, à coups de genou, à

coups d'épaule, n'importe comment, de faire entrer le malade dans le cadre nosologique, rigide, que leur cerveau a construit; je pense plutôt que, le malade étant absolu, c'est à notre cadre de s'assouplir et d'essayer de s'adapter à la symptomatologie constatée.

Il y aurait place, nous semble-t-il, entre la pathologie et la clinique, pour une *pathologie en relief*, qui ne serait déjà plus de la pathologie et qui ne serait pas encore de la clinique, qui mettrait la théorie aux prises avec les difficultés de la pratique et qui serait en quelque sorte le kriegsspiel de la médecine. Jadis nous en avons connu une ébauche dans la pathologie de Dieulafoy, qui, colorée et vivante, se lisait comme un roman ; elle heurtait peut-être le goût de la précision et de l'absolu des jeunes, mais elle faisait comprendre que la pathologie n'a pas de valeur que comme assise de la clinique.

Il serait difficile, sans aucun doute, de reprendre cette œuvre et de faire écrire un traité de pathologie par un clinicien, mais cela n'est pas impossible, puisqu'il existe des études partielles, qui répondent à ce but ; en voici un exemple concernant la courbe ondulante de température, pathognomonique de l'endocardite maligne prolongée (Tixier, *Hôpital*, août 1926 ; *Echo médical du Nord*, 1er janvier 1927) :

Autant le diagnostic s'impose rétrospectivement lorsqu'on voit cette courbe thermique complète, autant il est difficile de le porter lorsqu'on se trouve au début de la maladie et qu'on voit se dérouler les premiers incidents ondulants. Aussi pose-t-on nécessairement une série de diagnostics qui sont les suivants :

1° *Première ondulation*. L'état général est encore assez bon et le malade vaque souvent à ses occupations. La fièvre est en somme une découverte à l'occasion d'un examen, encore provoqué par un peu de fatigue, de malaise. On songe d'abord soit à un *embarras gastrique fébrile* ou à une *typhoïdette*. Le séro étant cependant négatif a l'Eberth, il est naturel de songer à un para. Les signes intestinaux sont très faibles, mais parfois on percoit la rate. Enfin la fièvre a l'air de tomber.

2° *Deuxième ondulation*. Après un ou deux jours d'apyrexie relative parfois complète, la température recommence à monter lentement. C'est une rechute et le diagnostic de *para-typhoïde* se confirme. En effet, au bout de 6 à 8 jours, la température baisse et c'est la guérison définitive.

3° *Troisième ondulation*. Comme la première fois, cette accalmie est de courte durée et la température se remet à esquisser une autre montée progressive. Comme l'état général commence à s'altérer et qu'apparait cette *pâleur* qui deviendra bientôt presque pathognomonique, on songe à la possibilité d'une *tuberculose aiguë granulique*. C'est bien rare si on ne trouve pas un sommet plus ou moins voilé. Parfois l'attention est attirée du côté du foie qui grossit et on pense à l'*infection biliaire* (fièvre bilioseptique). Une autre fois c'est un état inflammatoire du côté génital qui fixe l'attention (*salpingite*).

4° *Quatrième ondulation*. Après avoir baissé encore, la température recommence un autre cycle.

Cette fois, la courbe thermique commence à avoir son aspect caractéristique. L'aspect ondulant fait songer alors à une affection qui est caractérisée, elle aussi, par la fièvre ondulante. C'est la *mélitococcie fièvre de Malte*. Mais en plus de la rareté extrême de cette affection dans nos régions du centre, le séro-diagnostic que l'on peut faire pratiquer reste négatif.

Aussi, à ce moment où le tableau clinique est complet, lésion cardiaque, fièvre ondulante, pâleur cireuse, et où s'y joint la signature: les complications emboliques minimes ou plus volumineuses, si on ne connait pas l'endocardite maligne subaiguë et prolongée, on est perdu et on pense à tout : *tuberculose granulique, anémie pernicieuse, paludisme, cancer latent, septicémie indéterminée*. C'est du reste là le vrai diagnostic, car cette affection singulière n'est qu'une septicémie due au streptocoque viridans, dont le foyer initial se trouve dans des végétations de l'endocarde valvulaire. La mort survient par la suite de complications diverses, soit asystoliques, emboliques, anévrismes, à évolution rapide, marasme.

Elle laisse les médecins souvent séparés, car les deux seules preuves leur manquent, soit l'hémoculture presque toujours positive, mais difficile à pratiquer en clientèle, soit l'autopsie qui leur montrerait les végétations de l'endocarde.

Telle est la malice qu'il faut connaître de cette septicémie curieuse

On comprend la valeur éducatrice d'une pareille méthode qui tend à résoudre l'éternel conflit entre l'étude théorique et l'application pratique et cherche à réconcilier ces deux sœurs ennemies, la pathologie et la clinique.

La seule mémoire, mise en jeu dans la pathologie, ne doit pas brimer, encore moins étouffer les facultés intellectuelles, qui font en définitive le vrai clinicien, c'est-à dire l'attention, la logique et l'imagination.

En médecine, il ne suffit pas d'apprendre, il faut à l'occasion savoir oublier.

FAITS CLINIQUES

Migraine hémianopsique accompagnée (vertiges et paresthésies du membre supérieur) d'origine digestive chez un ancien otorrhéique,

Par Henri ROGER, Albert-CRÉMIEUX et Mlle ROBERT, (de Marseille).

Dans un mémoire présenté au dernier Congrès des sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie (Marseille, 1928) l'un de nous a fait une étude d'ensemble des migraines accompagnées d'aphasie ou paresthésie passagère du membre supérieur à l'occasion de 18 observations personnelles (*Revue d'oto-neuro-ophtalmologie* 1928, p. 709-744).

Le cas que nous publions aujourd'hui offre quelques particularités qui méritent d'être signalées.

Vign... Antoine, âgé de 18 ans, dans les antécédents duquel nous ne trouvons qu'une otorrhée ancienne ayant diminué l'audition surtout à droite et un léger degré de débilité motrice et psychique, est adressé à la clinique neurologique pour céphalées violentes avec vomissements et amaigrissement qui font craindre au médecin traitant un syndrome d'hypertension intracranienne.

Il raconte souffrir depuis un an, à intervalles d'abord éloignés, mais depuis quelque temps de plus en plus rapprochés (deux fois par semaine depuis deux mois), de crises de céphalée qui se déroulent de la même façon : d'abord sensation de quelque chose qui se détache à la tempe gauche, puis brouillard dans la partie gauche du champ visuel, bourdonnements d'oreille et vertiges assez intenses, obligeant le malade à s'asseoir ou à se coucher, enfin céphalée violente, de localisation imprécise avec vomissements aqueux et bilieux abondants.

Parfois, au cours des crises les plus fortes, le malade éprouve, après la période des troubles visuels, des fourmillements du bras gauche qui descendent de la racine à l'extrémité du membre, durant une dizaine de minutes et ne s'accompagnent pas de parésie.

Les crises se déclanchent le plus souvent le matin au réveil et le malade ne peut travailler de tout le jour.

Une fois la crise passée, il n'accuse aucun symptôme cranien ni brachial, sauf parfois quelques bourdonnements d'oreille. Il semble que la répétition fréquente des crises ait déterminé récemment un certain état d'asthénie et accentué son état de débilité psychique congénital.

La température prise durant une semaine est restée normale.
Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Nous trouvons là un tableau, qui, étant donnée la déficience intellectuelle du sujet, n'a pu être précisé davantage, mais ne fait pas de doute en ce qui concerne l'entité clinique de *migraine hémianopsique accompagnée* de paresthésies du membre supérieur gauche.

Mais s'agit-il de migraine symptomatique de *lésion cérébrale* ou bien de *migraine dite essentielle* ? Distinction capitale en ce qui concerne le pronostic.

Un examen complet, et plusieurs fois répété de son système nerveux, ne nous a rien révélé d'anormal dans l'intervalle des crises. L'examen du fond d'œil est normal. Le liquide céphalo-

rachidien, sur l'importance duquel on ne saurait trop insister dans le diagnostic différentiel, ne présente ni hypertension, ni hyperalbuminose, ni hypercytose. Le B. W. est négatif dans le sang et le L. C. R.

En faveur d'une syphilis héréditaire possible, nous devons cependant signaler que de nombreux frères et sœurs seraient morts en bas âge.

Nous devons rejeter le diagnostic de lésion encéphaloméningée, auquel le médecin traitant avait songé.

Cette migraine nous paraît, par contre, liée, du moins en partie, à des troubles digestifs.

Depuis plusieurs années ce jeune homme souffre, une heure après le repas, durant une demi-heure à une heure, parfois même plusieurs heures, d'une pesanteur épigastrique sans vomissements : c'est un constipé chronique. La pression de la région abdominale supérieure droite est légèrement douloureuse. La radioscopie digestive ne montre aucun trouble du transit gastrique, mais le côlon transverse du côté droit est allongé et ptosé, avec « canon de fusil », un peu douloureux, dissociable à la main, correspondant au point sensible spontanément indiqué par le malade. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Nous avons fait un tubage duodénal et retiré, au bout de deux heures environ 300 cent. cubes de liquide présentant successivement trois caractères, vert et liquide, vert et très épais, brun et fluide. Un examen bactériologique n'a pas montré de germe à l'examen direct. On a laissé dans le duodénum 50 cent.cubes de sulfate de magnésie.

C'est donc la *stase colique* qui paraît être la cause de ces violentes migraines. Sans doute les troubles digestifs sont en pareil cas fréquemment incriminés, mais il est rare de pouvoir établir d'une façon formelle cette étiologie. C'est parce que la radiographie nous l'a permis ici d'une façon assez précise que ce cas mérite d'être rapporté. Le sujet a été soumis à un régime et à un traitement appropriés.

Revu récemment, il se dit très amélioré. Il n'a plus eu depuis près de deux mois, de grande crise de migraine l'obligeant à interrompre ses occupations ; à peine a-t-il eu, il y a deux jours, un léger équivalent migraineux qui a passé après un repos de quelques minutes. Les digestions se font mieux et la constipation a disparu.

Un second point qui doit attirer notre attention est celui de l'*intensité des troubles auriculaires et des vertiges* au cours de cette migraine accompagnée. Ces bourdonnements d'oreille sont très accusés et les vertiges intenses. Il ne s'agit pas seulement de cette gêne vague qu'entraînent les troubles visuels de la migraine hémianopsique, mais de vertiges réels avec sensation de gyration des objets, qui obligent le malade à s'asseoir ou à se coucher. Cependant dans l'intervalle des crises nous ne trouvons ni nystagmus ni petits signes de la série cérébello-labyrinthique (nous regrettons que le malade n'ait pas voulu se prêter à un examen labyrinthique complet).

Les bourdonnements d'oreille et les vertiges que nous avons vus rarement signalés dans la migraine accompagnée pourraient-ils s'expliquer ici par l'origine intestinale de la migraine ? Les troubles digestifs réalisent souvent des vertiges. Mais le dysfonctionnement hépatique et gastro-intestinal est si fréquemment à la base des migraines, tout au moins comme facteur associé, que les vertiges devraient occuper dans leur tableau une place plus importante.

Chez notre malade nous faisons jouer le principal rôle aux *lésions otitiques anciennes* qui ont diminué l'ouïe des deux côtés. Il est vraisemblable que le spasme vasculaire migraineux détermine un déséquilibre dans un labyrinthe ou un nerf acoustique, qui a pu, à un moment donné de l'évolution de l'otorrhée, être très légèrement touché par le processus infectieux.

PAGES RETROUVÉES

Claude-Bernard

Par **Georges BARRAL**

En 1887, Georges Barral fit imprimer Arthur de Bretagne, *le drame que Cl. Bernard avait dans sa poche en arrivant à Paris et qui fut refusé par Saint-Marc Girardin.*

La veuve du physiologiste, ses filles demandèrent au Tribunal d'ordonner la saisie de cette édition et obtinrent gain de cause.

C'est dire que le livre de Georges Barral est peu connu et, on n'en lira pas sans intérêt la préface.

La première fois que j'eus la bonne fortune et l'honneur de voir Claude-Bernard, c'est le samedi soir, 30 août 1865. Ce fut une surprise et une révélation. En voici les circonstances mémorables.

Le train du chemin de fer venait de s'arrêter à Perpignan, amenant avec lui de Paris, au milieu d'illustrations nombreuses, une députation de l'Académie des Sciences, chargée de représenter l'Institut de France à l'inauguration de la première statue érigée à François Arago, dans son village natal, Estagel, situé à peu de distance de là.

J'étais descendu de wagon et je venais de me retourner, lorsque j'aperçus la haute stature d'un personnage que je ne connaissais pas encore, se dresser avec majesté sur le marchepied. Ce fut comme une vision palpable. Je crus voir un de ces grands saints modernes en costume laïque, sorte de Vincent-de-Paul de la science. Il faisait très chaud, et le soleil couchant — ce soleil de rubis des Pyrénées — était dans toute sa splendeur enflammée. La tête aux lignes sculpturales, était découverte, et un nimbe dessiné par la lumière solaire du soir n'y manquait pas. Mon imagination d'adolescent fut tellement frappée par la beauté sévère et majestueuse de ce savant célèbre déjà, qui était dans toute la force physique et cérébrale de l'âge — ayant à peine cinquante-deux ans — que l'image de ce spectacle est toujours restée dans mon esprit. Je ferme les yeux et je la sens toujours comme photographiée sur ma rétine.

J'accompagnais mon père à cette solennité, à laquelle il était venu assister, comme exécuteur testamentaire scientifique de l'illustre astronome, dont il a publié, en dix-sept volumes, l'œuvre entière, sur ses ordres mêmes. Claude-Bernard, pendant les quelques jours que durèrent les fêtes, se prit d'amitié pour nous. De cette époque lointaine datent l'affection et le culte que nous n'avons jamais cessé de garder pour cet homme incomparable. De là viennent les confidences qu'il fit par intervalles irréguliers, à mon père ou à moi, ensemble ou séparément.

Mon père avait l'habitude, chaque dimanche, pendant l'hiver plus spécialement, de se rendre chez M. Chevreul, au Jardin des Plantes. Là il rencontrait fréquemment Claude Bernard. Après avoir conversé longuement avec l'auguste patriarche, ne pouvant cependant oublier le froid sec du grand cabinet, auprès des deux petits tisons brûlant bout à bout dans l'antique cheminée de Buffon, selon la coutume des moines de Cluny et l'habitude invétérée de l'étonnant et vigoureux centenaire, les deux interlocuteurs partaient ensemble et continuaient, en marchant rapidement pour se réchauffer, la conversation commencée et la suite douloureuse des souffrances intimes. Bien souvent, de mon côté, aussi, plus tard, j'ai reçu l'aveu pénible des désenchantements de son foyer conjugal.

Deux mois après notre séjour commun à Perpignan passé dans la délicate et libérale hospitalité d'Isaac Péreire, député du département des Pyrénées-Orientales, Claude Bernard fut atteint, au mois d'octobre 1865, en même temps que mon père, d'une légère atteinte de choléra. Tous les deux faillirent succomber et ne se rele-

BIBLIOGRAPHIE

Consultaire, par M. Ségard, in-8°, 1929, quatrième édition augmentée de 10 consultations, 1 volume, 820 pages, broché : 70 fr. Cartonné : 78 fr. Éditions médicales N. Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris-6°.

Un cadre limité. 120 Consultations n'embrassant que la thérapeutique clinique de tous les jours.

Un plan moderne. Rien que des méthodes sûres, éprouvées et applicables partout.

Des formules simples, démontables, interchangeables.

Des commentaires cliniques, des schémas vivants.

Comment on formule en Pédiatrie, en Médecine d'urgence, en Gynécologie.

Ce que le non-spécialiste doit savoir d'oto-rhino-laryngologie et d'ophtalmologie.

Les Médications et les instruments simples que le praticien doit avoir dans sa vitrine et dans sa trousse.

A l'Ouest rien de nouveau, par Erich Maria Remarque. Traduction intégrale Hella et Bounac 1 vol. Prix : 12 fr. Stock, édit. Paris.

Après plus de dix ans de paix et lorsque déjà la littérature de guerre semblait épuisée, apparaît en Allemagne un livre qui rencontre le plus colossal succès qui ait été jusqu'à présent enregistré. Ce succès, dû à la sincérité et à l'art du récit, s'étend avec rapidité à tous les pays européens. Il semble que pour la première fois, la conscience des combattants de la grande guerre ait trouvé un interprète.

En Allemagne, les éléments nationalistes, alarmés, essayèrent de calomnier. La vérité les confond. Erich Maria Remarque — et ce nom n'est pas un pseudonyme — d'une famille établie à Osnabrück depuis 1800, est né lui-même à Osnabrück en 1898. Ancien élève au séminaire catholique, il partit pour le front en 1916. Il en revint lieutenant au 91° d'infanterie avec la croix de fer 1re classe. Après une année, de nouveau passée au séminaire, il devint instituteur, puis exerça plusieurs métiers avant de devenir journaliste. C'est alors qu'il publia *A l'ouest rien de nouveau*, qui est son premier livre.

La matière du livre n'est autre que l'histoire de quelques jeunes hommes au cours de nombreuses péripéties de guerre, périodes de repos, combats, permissions, hospitalisations, etc... Dans un style dépouillé, d'une puissance unique d'évocation, il dit leur désillusion, leur rancune contre une éducation qui les a trompés, contre une catastrophe qui les a broyés. Il dit que seule la fraternité des peuples peut constituer un idéal pour les survivants d'une pareille catastrophe.

Mais on ne peut ni analyser cette œuvre, ni la résumer. Dans une narration tout instinctive, d'une absolue simplicité, sans composition ni progression convenues, sans pensée politique autre que les plus simples réflexions du soldat, sans autre sentimentalité que celle qui se dégage irrésistiblement des événements, sans parti pris de noircir, variant infiniment de l'humour le plus cocasse au tragique absolu, Erich Maria Remarque a fait, presque sans le vouloir, un chef-d'œuvre.

Et ce chef-d'œuvre exprime la souffrance et les espoirs de tous les soldats du front à quelque nationalité qu'ils appartiennent. Réserve faite de certaines satires plus particulièrement adressées à l'éducation militariste allemande, le cri de ceux d'en face, nous le reconnaissons : c'est le nôtre.

Revue d'Histoire littéraire de la France, publiée par la *Société d'Histoire littéraire de la France* ; parait tous les trois mois. Le n° : 14 fr. Abt. : France : un an : 50 fr. Armand Colin, éditeur, 103, Boul. St-Michel, Paris.

Sommaire du numéro d'avril juin 1929 :

I. Jean Demeure : L'introuvable société des « Quatre Amis » (1661-1665). — P. Chapionnière : Un pasteur genevois ami de Voltaire : Jacob Vernes. — C. Roc : Les véritables origines du romantisme français.

II. Mélanges : Notes sur une source probable du « Cymbalum mundi » (Maurice Prigniel). — Glanes ronsardiennes. Auger Gaillard et la « Pléiade » (Pierre Jourda). — Pascal : L' « Académie parisienne » et la crise de 1654 (H. Boudhors). — L'Abbé de Saint-Pierre et les travaux de l'Académie Française (A. François). — Le Procureur-général Joly de Fleury et le Mahomet » de Voltaire (P. M. Bondois). — Victor Hugo au travail. La composition de « Cérigo » (Georges Brunet). — Victor Hugo et Baudelaire (Georges Collas). — La fin de la « Muse française » (S. Irving Stone).

III. Comptes rendus.

IV. Chronique.

vèrent qu'avec beaucoup de peine. Ils conservèrent l'un et l'autre de cette attaque une affection mal définie, une sorte d'entérite chronique avec retentissement du côté du pancréas et du foie. Ils ne s'en relevèrent jamais d'une façon définitive, et c'est des suites de cette maladie qu'ils devaient mourir aussi l'un et l'autre, après une trêve d'une vingtaine d'années.

I

Claude-Bernard n'était plus très jeune quand il se maria, et il est certain que pendant sa jeunesse même l'amour ne tint pas beaucoup de place dans son existence. A la placidité du tempérament qu'il avait reçu avec la vie, il faut ajouter l'influence de l'éducation et du milieu dans lequel il vécut tout d'abord. Né dans le très petit village de Saint-Julien, le 12 juillet 1813, non loin de Villefranche, dans ce majestueux département où se fait l'union triomphante de la Saône et du Rhône, dans une humble maison de vignerons, qui lui resta toujours chère et où il revenait chaque année pour les vendanges, il perdit son père de bonne heure, et connut seulement sa mère, qu'il adorait et dont il était adoré.

Il n'eut pas d'émotion dans sa jeunesse, et ne ressentit jamais l'ébranlement d'une passion qui décide d'une carrière ou brise l'avenir. Il apprenait bien à l'école. Le curé du village lui fit commencer le latin et, le dimanche, il remplissait les fonctions d'enfant de chœur. Il entra à l'âge de douze ans au collège de Villefranche tenu par des ecclésiastiques. Il en sortit le plus tôt qu'il put pour gagner son pain quotidien et vint à Lyon, où il trouva chez un pharmacien de Vaise un emploi qui lui donnait la nourriture et le logement. Il n'avait pour toute distraction que le droit de sortir une fois par mois. Il en profitait pour passer la soirée au théâtre des Célestins. C'est là, au contact des pièces représentées, qu'il se crut destiné à devenir auteur dramatique. Rentré dans son officine, occupé la plupart du temps à plier de minuscules paquets de poudre purgative, ou à préparer la thériaque, ce fameux médicament universel de nos ancêtres, il prit sur ses nuits des loisirs pour composer une comédie-vaudeville. Elle fût jouée sous le titre de la *Rose du Rhône* sur un petit théâtre de Lyon, avec quelques succès, mais ne fut jamais imprimée. Elle rapporta une centaine de francs à son auteur qui les mit de côté, ayant rêvé de partir pour Paris et d'y conquérir la gloire littéraire avec un drame qu'il mit un an à composer. Il avait voulu écrire une tragédie ; mais son esprit fut toujours rebelle à la facture du vers. Sa pensée était déjà trop inquiète pour être emprisonnée dans les hémistiches et les rimes. Il convertit sa tragédie en drame. Il y laissait, dans le cinquième acte, un cantique à la Vierge Marie, réminiscence de son éducation première auprès du curé de Saint-Julien. Ayant obtenu une lettre de recommandation d'un membre de la Faculté des Lettres de Lyon pour M. Saint-Marc-Girardin, professeur de littérature française à la Sorbonne, il pliait bagage, roulait précieusement son manuscrit et il prenait la diligence pour la capitale, après avoir dit adieu à son patron, aux petits paquets de coloquinte et à la thériaque. Quand il arriva à Paris, il se rendit sans tarder auprès de son protecteur désigné. Saint-Marc Girardin était alors en pleine réputation. Il accueillit avec grande bienveillance le jeune homme. C'était au mois de novembre 1834, Claude-Bernard avait alors vingt et un ans. Il lut le drame, le trouva médiocre et il dit à son auteur : « Vous avez fait de la pharmacie. Faites de la médecine. Vous n'avez pas le tempérament dramatique. » Saint-Marc Girardin a rendu un signalé service à la science et à Claude-Bernard lui-même en décidant ainsi de sa vie et en lui indiquant le chemin de ses aptitudes. Mais il se trompait en croyant que son protégé était apte à être un médecin et en lui refusant l'accent ému et passionné du théâtre. Ce drame d'*Arthur de Bretagne*, qu'on ne lira pas sans intérêt ni sans émotion, à cause de son origine et du sujet même, décèle les qualités futures du grand chercheur. Le dialogue est emphatique, il est vrai ; mais il faut songer que son auteur avait vingt ans, quand il composa cette pièce, sous l'influence mitigée des lectures des œuvres de Népomucène Lemercier et de Victor Hugo. Combien de fois, plus tard, ayant abandonné la muse tragique, Claude Bernard, aux prises avec les secrets de la nature, se trouva être l'agent ou le spectateur d'évènements autrement émouvants que ceux que l'on met sur la scène. Lisez ses études sur le curare, ce terrible poison des Indiens de l'Amérique du Sud, qui amène l'insensibilité absolue de tous les organes en laissant dans l'homme empoisonné la pensée vivante, sans qu'elle ne trouve plus le moyen de se manifester. Vous irez jusqu'aux extrêmes limites de la terreur et de la pitié. Avant les expériences de Claude-Bernard, on croyait que la mort causée par le curare n'était qu'un doux sommeil. Au contraire, la victime conserve toute sa lucidité. Quel drame épouvantable on peut s'imaginer ! Quelle cruauté dans le sauvage qui a su dérober à la nature ce raffinement de vengeance ! Ecoutez Claude-Bernard : « Dans ce corps sans mouvement, derrière cet œil terne et avec toutes les apparences de la mort, la sensibilité et l'intelligence persisistent encore tout entières. Peut-on concevoir une souffrance plus horrible que celle d'une intelligence assistant ainsi à la soustraction successive de tous les organes qui, suivant l'expression de M. de Bonald, sont destinés à la servir et se trouvant en quelque sorte enfermée toute vive dans un cadavre ? Dans tous les temps, les fictions poétiques qui ont voulu émouvoir notre pitié nous ont représenté des êtres sensibles enfermés dans des corps immobiles. Le supplice que l'imagination des poètes a inventé se trouve produit dans la nature par l'action du poison américain. Nous pouvons même ajouter que la fiction est restée ici au-dessous de la réalité. Quand Le Tasse nous dépeint Clorinde incorporée vivante dans un majestueux cyprès, au moins lui a-t-il laissé des pleurs et des sanglots pour se plaindre et attendrir ceux qui la font souffrir en blessant sa sensible écorce. »

Avec de pareilles aptitudes d'écrivain, de penseur, de chercheur, d'expérimentateur, d'observateur, Claude Bernare ne pouvait pas être médecin. Il le fut, en effet, aussi peu que possible. Il fut sceptique à l'égard de l'autel qu'il desservit. Ainsi que l'a dit judicieusement M. Ernest Renan, son collègue au Collège de France et son successeur à l'Académie française, le médecin comme le magistrat applique des règles qu'il sait ne pas être parfaites et, de même que le meilleur magistrat fait souvent faire peu de progrès à la législation, même le meilleur praticien n'est pas toujours un savant. Sa tâche est presque aussi difficile que celle de l'horloger à qui on demanderait de corriger les irrégularités d'une montre qu'il lui serait défendu d'ouvrir. Or ce que cherchait Claude-Bernard, c'était le secret même des rouages intérieurs ; cette montre, il la brisait, l'ouvrait violemment, plutôt que d'admettre qu'il fut permis de la manier à l'aveugle et sans savoir clairement ce que l'on fait.

Claude Bernard est sans conteste un des grands génies du XIXe siècle, qui en compte un certain nombre dans le rayonnement de ses gloires de toutes sortes. Il a eu le don de l'invention ; il a fait des découvertes de premier ordre et il est parvenu à sonder efficacement ce qui est le mystère suprême, l'origine organique de la vie. Il avait le style, la noblesse de caractère, l'effusion du cœur. On peut le placer auprès des vrais grands hommes qui illuminent de temps en temps, comme des phares avancés, la route que suit l'humanité à travers l'espace et l'éternité : Homère, Aristote, Archimède, Galilée, Descartes, Shakespeare, Molière, Newton, Lavoisier, Laplace, Hugo.

II

S'il est donc une statue bien donnée, c'est à coup sûr celle que la pitié des amis, des disciples et des admirateurs de Claude Bernard a fait ériger sur le grand escalier extérieur du Collège de France. Elle est dressée non loin de celle du Dante, qui est venu passer à Paris quelques-

unes de ses sombres années, vers l'an 1300, dans cette partie déjà studieuse de la future capitale de la France. Elles sont placées à côté l'une de l'autre, ces deux statues de deux grands génies d'ordre différent, mais qui doivent tous les deux à des méditations profondes l'éclat et la durée de leur renommée. Ils furent tous les deux dans la vie intime, sombres, abandonnés des leurs. Le Dante dut imaginer pour se consoler l'inoubliable type de la Béatrix. Claude Bernard a eu une famille scientifique et tous ses disciples l'ont tendrement aimé. Ce sera l'éternel honneur de MM. Mathias Duval, Paul Bert, d'Arsonval, Jousset de Bellesme, Dastre, Armand Moreau, Augustin Galopin, Roger de la Coudraie, G. Malloizel, A. Ferrand, Raphaël Dubois, Paul Regnart, Raphaël Blanchart, Albert Hénocque, Jolyet, Lépine, Pozzi, Charles Richet, Th. Defresne, Dr. Bonnejoy, de ne l'avoir jamais négligé dans l'abandon cruel où le laissèrent un triste matin, en 1869, sa femme et ses deux filles.

Si, la nuit, ils se rapprochent, ces deux hommes de bronze sévère, les confidences qu'ils doivent se communiquer ne portent certainement pas sur les joyeusetés de la vie humaine.

Personne, moins que Claude Bernard ne songeait au monument qui serait consacré à ses découvertes identifiées dans sa personne. En effet, celui qu'on appelle avec raison le fondateur de la physiologie expérimentale était d'une simplicité et d'une modestie sans égales.

Tous les honneurs étaient venus le trouver dans le couloir étroit et humide qui sert de laboratoire de physiologie au Collège de France, sans qu'il en eût cherché, ni espéré aucun. C'est là, en effet, que pendant un tiers de son existence il a fait ses plus grandes découvertes, c'est là qu'il se faisait aimer et écouter de ses élèves émerveillés de l'habileté de sa main, de la fécondité de son imagination, de l'ampleur et de la justesse de ses vues. D'un aspect solennel et un peu froid, professeur assez terne dans une chaire, Claude Bernard se montrait incomparable dans le laboratoire, en face de la table de dissection. Debout, la tête couverte d'un large chapeau à haute forme d'où s'échappaient de longues mèches grisonnantes, le cou entouré d'un immense cache-nez gris et noir qui ne le quittait guère que pendant les grandes chaleurs de l'été, il fallait le voir, un peu courbé, plonger tranquillement les doigts dans l'abdomen ouvert d'un chien, expliquer le but de ses recherches. Il fallait le voir se dresser, faire courir ses mains dans les entrailles ensanglantées de l'animal, et fixer d'un geste net, d'une parole claire le point précis de la découverte. L'expérience terminée, il essuyait ses mains tranquillement et continuait à développer ses idées en citant souvent Descartes dont il avait profondément médité et appliqué les quatre règles fondamentales du *Discours de la méthode*.

Je suis de ceux qui pensent qu'on ne doit pas laisser périr les moindres épaves des grands hommes, et c'est pour celà que je publie aujourd'hui le manuscrit d'*Arthur de Bretagne* que Claude Bernard m'a donné le lundi 16 août 1876 vers midi, après avoir fait au Muséum d'histoire naturelle la dernière leçon de cette année sur le système de la respiration diurne et nocturne des plantes. En me le remettant, il me dit avec un doux sourire : « Je vous le donne en mémoire de notre séjour à Perpignan et d'Arago, l'ami de votre père, qui m'a rendu service en 1849. Vous pourrez le publier, si vous y tenez, mais plus tard, au moins cinq ans après ma mort. J'ai bien eu un vaudeville qui a été joué à Lyon en 1833 ; je puis bien laisser lire mon drame. Mais n'oubliez pas d'annoncer qu'il a été refusé et, avec beaucoup de corrections encore, par Saint-Marc Girardin ».

Claude Bernard se trouvait assez vigoureux et bien portant, à cette époque. Ce jour-là même il était joyeux, car il partait le lendemain pour son village de Saint-Julien. Il ne croyait pas que la mort viendrait le terrasser dix-huit mois après, en pleines découvertes scientifiques.

On va lire ce morceau dramatique que nous avons pris la résolution de faire imprimer au lendemain de l'inauguration de la statue de Claude Bernard, ainsi que nous l'avons annoncé dans une lettre adressée à M. le docteur Ernest Barrault publiée dans le feuilleton de la *Revue de thérapeutique medico-chirurgicale* du 15 février 1880. Il est curieux à plus d'un titre. Il marque d'une façon instructive l'évolution d'un esprit préparé à de profondes méditations ; le sujet même et la manière dont il a été traité sont bien d'accord avec les tendances intellectuelles et morales de toute la vie de son illustre auteur. Au reste, Claude Bernard ne parlait pas sans attendrissement de cette œuvre de sa jeunesse, avec laquelle il était parti, léger d'argent, lourd d'espérances pour tenter la fortune à Paris.

Nous en conservons pieusement le manuscrit jauni, dans une caisse de fer, comme une relique. Tout ce qui vient d'un homme de génie est saint comme sa mémoire est sacrée. De temps en temps, nous allons en pèlerinage dans ce vieux passage du Commerce Saint-André-des-Arts où Claude Bernard a habité pendant longtemps au n° 5.

Elle est encore bien curieuse cette vieille cour du Commerce que nous venons de citer, Claude Bernard qui en connaissait l'histoire, aimait à rappeler qu'elle sortait d'un fossé creusé pour la défense du pavillon de la porte de Buci et qu'elle avait été formée vers l'an 1852. Il nous a raconté que parmi les boutiques qui bordent le milieu du passage, au n° 8, il existait de son temps un cabinet de lecture assez suivi, fondé à l'époque de la Convention par la veuve de Brissot, qui avait pris un nom d'emprunt pour utiliser de cette façon le fond de la bibliothèque de son mari déjà monté sur l'échafaud. Dans la même maison était l'imprimerie de l'*Ami du Peuple* que Marat, qui habitait un peu plus loin, au n° 20 de la rue de l'Ecole-de-Médecine, aujourd'hui disparu, avait placé là en vertu d'une réquisition de la commune. Il fallait franchir deux grilles pour arriver aux ateliers de cet établissement. En face, furent faites sur des moutons une première expérience de la guillotine, le nouvel instrument de supplice, dont l'inventeur, l'infortuné docteur Guillotin, demeurait à la fois cour du Commerce et rue de l'Ancienne-Comédie, — là même ajoutait Claude Bernard avec un sourire mélancolique, où j'ai exécuté mes premières vivisections. Un peu plus loin, dans la triple cour de Rohan qui relie ce qui reste aujourd'hui de la rue du Jardinet à la cour du Commerce, à gauche en entrant dans la première partie, se trouve le socle d'une tourelle qui était comprise dans les fortifications de Paris de Philippe Auguste. Deux petits jardins suspendus et qui refleurissent toujours au printemps y dominent l'ancien rempart. Un pensionnat de petites filles prend ses ébattements sur les pierres dix fois séculaires devant lesquelles, disait Claude Bernard, bien des fois j'ai rêvé et trouvé le nœud des recherches qui obsédaient mon esprit.

Il existe peu de lettres de Claude Bernard. Il écrivait rarement. Les volumes même qu'il a publiés dans les dix dernières années de sa vie sont des improvisations recueillies à ses leçons, au courant de la parole et qu'il retouchait avec minutie. Nous croyons intéressant, dans cette publication tout à fait documentaire et suprême, d'offrir au lecteur curieux l'autographe suivant du maître.

Monsieur,

Je vous envoie le résumé de ma communication que vous m'avez demandé.

Je vous remercie du n° de l'Institut que vous m'avez envoyé. Lorsque je serai revenu de la campagne où je pars demain pour trois semaines, je vous demanderai peut-être de vouloir bien insérer un petit mot d'une réponse qui dissipera tous les doutes que pourraient faire naître les observations de MM. Gleige et Thiernesse. D'abord, ces Messieurs sont parfaitement d'accord avec moi pour ce qui concerne le rein. Ils ne diffèrent que pour la glande salivaire où l'observation, pour être faite, exige une dissection délicate et laborieuse. Or je puis assurer que MM. Gleige et Thiernesse n'ont pas agi convenable-

ment. Ils disent, par ex. : que pour ne pas épuiser l'animal (chien) ils n'ont pas introduit de tube dans le canal de Warthon. Or il est impossible de découvrir le nerf de la glande qu'ils disent avoir galvanisé, sans découvrir le canal salivaire, car ces deux organes sont intimement unis. Du reste, il faut bien qu'il y ait eu erreur, car il est impossible dans cette expérience de ne pas réussir quand on l'a fait bien, et les résultats sont si clairs, qu'il n'y a aucune espèce d'équivoque possible J'ai reproduit cette expérience plus de 50 fois devant des savants étrangers sans jamais trouver d'exception. Je l'ai répétée samedi dernier devant la Société de biologie avec un plein succès et je suis convaincu que MM. Thiernesse et Gleige, qui sont des savants que j'estime beaucoup seront d'accord avec moi quand ils auront regardé de plus près et qu'ils agiront bien exactement sur le nerf de la glande.

Je vous prierai peut-être aussi, à ce propos, si vous trouvez que cela en vaille la peine, de rectifier une petite incorrection. Vous dites que, par une circonstance fortuite, on faisait en même temps à Bruxelles des expériences semblables aux miennes. MM. Thiernesse et Gleige ont parfaitement eu l'idée de répéter mes expériences, par conséquent, ils les ont faites après moi.

Veuillez, Monsieur agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Claude Bernard.
7 sept. 1858.

Cette lettre est précieuse à divers titres, parce qu'elle montre à quel point Claude Bernard prenait de soin pour faire ses expériences et avec quelle conscience il prétendait qu'on en poursuivît le contrôle.

Desbarolles, mort récemment dans un âge avancé et très expert à juger le caractère d'un homme sur l'examen de son écriture, me fit l'observation suivante sur quelques lignes écrites de la main de Claude Bernard, sans qu'il sût, bien entendu, quel en était l'auteur : *Écriture d'un esprit profond, investigateur, déductif, intuitif, hésitant, chercheur : indiquant une imagination réglée ; signalant une grande bienveillance, du cœur, de la candeur.*

N'est-ce point là, Claude Bernard tout entier, tel que nous l'avons connu et aimé, tel que vous pouvez apprendre à le connaître et à l'aimer dans ses œuvres, vous qui venez de lire le plus reconnaissant et le plus attendri de ses disciples.

Georges Barral.

Paris, le 15 novembre 1886.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE

Muscle utérin et contraction utérine

Histologie du muscle utérin. — Grynfeltt (Étude histologique sur le muscle utérin de la femme. *C. R. Assoc. Anat.* Turin, 20e réun., 1925, p. 260) considère le tissu musculaire lisse comme une différenciation du tissu conjonctif : en particulier, dans l'utérus au cours de la gestation, il y a transformation de fibroblastes en fibres musculaires lisses. Grynfeltt n'a observé, chez la femme, ni division mitotique des noyaux musculaires, ni division amitotique et l'augmentation du nombre des fibres tient seulement à la différenciation de cellules conjonctives.

Stieve (Die Schwangerschaftsveränderungen der menschlichen Scheide. *Verh. d. Anat. Ges.*, XXXIV 1925, p. 80) a étudié les modifications gravidiques du vagin dans l'espèce humaine. Il a observé une hypertrophie des fibres musculaires ; une multiplication des cellules épithéliales et une néoformation de cellules embryonnaires du stroma.

***

Les ions et le tonus utérin. — Kochmann (Action des cations de la solution de Ringer sur la musculature lisse de l'utérus de cobaye. *Biochem. Zeitsch.* 1925, t. CLXI, p. 390), en employant au lieu de solution de Ringer, une solution de NaCl, a constaté une forte augmentation du tonus et en employant une solution de KCl ou une solution de $CaCl^2$ une diminution du tonus. La diminution de concentration de KCl ou sa suppression dans le liquide de Ringer causent toujours une augmentation du tonus, même si on augmente la concentration de $CaCl^2$; la diminution de concentration de $CaCl^2$ ou la suppression de $CaCl^2$ causent régulièrement une diminution du tonus même si on réalise en même temps augmentation de concentration de KCl.

***

Quinine. — Hoehne (*Zent. f. Gyn.*, 17 mars 19-8), ayant employé la quinine en injection intramusculaire chez une quartipare de 34 ans, réussit à provoquer le travail au bout d'une demi-heure et l'accouchement trois heures et demi plus tard. Deux heures après, il se produisit une éruption avec prurit, hyperthermie et dyspnée qui dura une semaine, se termina par desquamation et laissa des séquelles pendant un mois encore.

Gellhorn (*Amer. Journ. of Obst.*, juin 1927) essaya, sans succès, de provoquer l'accouchement par l huile de ricin et la quinine. On constata, peu après, la mort de l'enfant et, dix-sept jours plus tard, la femme accoucha.

Chopra, David et Dikshit (Action des alcaloïdes du quinquina sur l'utérus. *Indian Journ. f. Med. Research.* 1928, t XV, p. 571) ont étudié l'action ocytocique de la quinine, laquelle n'existerait qu'à terme.

***

Emploi de l'extrait hypophysaire en pratique obstétricale. — C. Delachaux (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1929, p. 22) rapporte deux cas de femmes normales, l'une multipare, l'autre primipare, chez qui l'emploi d'extrait hypophysaire (après la dilatation de cinq francs chez la multipare et à dilatation complète chez la primipare) eut pour résultat la mort du fœtus.

Bugbee et Kamm (Recent Progress in Investigation of Posterior Lobe of Pituitary Gland. *Endocrinology*, 7 oct. 1928, p. 671) ont séparé de l'extrait hypophysaire une substance qui fait contracter l'utérus et une autre qui agit sur la pression et sur le péristaltisme intestinal.

R. D. Lawrence et M.-P. Shackle. (Convulsions occasionnées par l'extrait hypophysaire après le travail. *British medical Journal*, 29 octobre 1927) ont vu des convulsions graves au quatrième jour du *post partum* chez une diabétique à qui ils injectaient de l'extrait hypophysaire pour sub-involution.

Hector Garcia San Martin (L'extrait hypophysaire dans l'étiologie des ruptures utérines. *Revista espanola de Obstetricia y Ginecologia*, décembre 1927) rapporte un cas mortel de rupture utérine chez une septième-pare qui avait reçu à dilatation de sept centimètres une injection d'hypophyse. L'auteur a traité trois cas de rupture et a eu connaissance de huit autres cas non publiés.

Lipkis (*Northwest Med.*, mars 1918) a publié une observation d'hémorragie par insertion basse du placenta, variété marginale, où l'extrait hypophysaire, à dilatation de cinq francs, donna un succès.

K. Hatzky (*Zentr. f. Gyn.*, 28 avril 1928) considère qu'il est possible de provoquer l'accouchement par le moyen d'extrait hypophysaire, soit quand la gestation dépasse le terme, soit quand il y a bassin rétréci.

Vidal (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, janvier 1928, p. 35) a rapporté un cas de tachycardie à 140 et angoisse grave consécutives à une injection d'extrait hypophysaire.

Hermann Knaust (Ueber die Bedeutung von Untersuchungen an der isolierten Gebärmutter fur das Gescheten in vivo. *Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 40, 6 octobre 1928,

tome III, p. 2566) rappelle que, pour plusieurs auteurs, l'utérus se contracte plus activement isolé qu'en place et que la contractilité de l'utérus augmente fortement dans la seconde moitié de la gestation.

Chez la lapine, il n'a eu aucun effet de l'extrait hypophysaire jusqu'au 17e jour de la gestation ; du 18e au 29e, il n'a pas provoqué l'accouchement, mais les fœtus sont morts par hémorragies rétroplacentaires ; du 28e au 32e jour, il a provoqué l'accouchement. Il croit à une augmentation de la contractilité qui est fonction de l'hypertrophie musculaire : le seuil de la parturition est atteint vers le 28e jour.

A. MATHIEU (*Amer. Journ. of Obst. and. Gyn.*, févr. 1927) a provoqué 91 cas d'accouchements provoqués par l'huile de ricin, la quinine et la pituitrine, sans mort maternelle ou fœtale. Terminaison : 33 accouchements naturels ; 51 forceps ; 5 versions ou extractions : 2 césariennes.

W.-A. SCOTT (*Am. J. of Obst.*, oct. 1926) considère que l'accouchement provoqué (ricin, quinine, pituitrine) n'est pas dangereux pour la mère, mais comporte un certain danger pour l'enfant de par les contractions tétaniques qui se produisent parfois. En tout cas, il ne faut pas confondre pituitrine provocatrice et pituitrine ocytocique. Si on a provoqué grâce à la pituitrine, il ne faut jamais accélérer avec la pituitrine.

A.-M. MENDENHALL, (Solution of pituitary and ruptured utérus. *Journ. of the Amer. med. Ass.* 20 avril 1929, p. 1341) a été frappé du nombre des accoucheurs qualifiés qui ont condamné l'extrait hypophysaire. Seuls, à sa connaissance, un petit nombre de Français l'ont défendu. Les solutions ont une activité très variable suivant la marque. Lorsque l'effet est très marqué, il est difficile d'employer des antidotes : l'éther, le chloroforme, le protoxyde d'azote peuvent être impuissants, de même que la morphine ou l'atropine : il n'y a parfois de salut que dans une rapide application de forceps, si elle est possible.

MENDENHALL, d'après la littérature, donne les indications suivantes : 1° pas de disproportion : 2° bassin normal ; 3° membranes rompues ; 4° col dilaté ; 5° segment inférieur mince ; 6° présentation et position normales ; 7° pas de tumeur prævia ; 8° douleurs faibles et en voie de diminution ; 9° pas de cicatrice utérine ; 10° pas d'athérome ; 11° pas d'éclampsie ; 12° pas de cardiopathie ; 13° tête engagée ; 14° muscle non affaibli par des gestations multiples ; 15° travail avancé ; 16° primipare [?] ; 17° inertie non complète ; 18° périnée non résistant. Il rapporte, ensuite, quelques-uns des cas publiés de rupture utérine et en public un de son service. MENDENHALL rapporte une observation de CAREY où l'on fit à une femme antérieurement césarisée une injection d'hypophyse et à qui on fit une laparotomie : on *vit* l'utérus se contracter follement, puis se rompre en expulsant un enfant d'ailleurs vivant. Il conclut que l'extrait hypophysaire est utile pour les hémorrhagies *post-partum*, qu'il n'est probablement pas dangereux pour la délivrance et pour provoquer le travail, qu'il est toujours dangereux pour la dilatation et rarement sans danger pour l'expulsion, et que sa principale indication est d'être utile à l'accoucheur plus qu'à la mère et au bébé.

Par ailleurs, en matière de rupture, MENDENHALL est partisan du conservatisme (tamponnement) plutôt que de la chirurgie.

Extrait hypophysaire et délivrance. — SCHRODER (*Zentr. f. Gyn.*, 7 avril 1928) a employé l'extrait hypophysaire par voie intraveineuse en cas d'atonie utérine et de rétention placentaire et, aussi, à titre prophylactique. A cet emploi systématique, il reproche la fréquence des rétentions de membranes et, également, la rétention du placenta décollé ; la rétention de fragments placentaires n'est pas rare. Par contre, Schröder reste partisan de l'extrait, 1° en cas d'hémorrhagie atonique, 2° de parti pris, après la délivrance pour éviter l'hémorrhagie.

R. A SCOTT (*Surgery, Gyn. and Obst*, nov. 1926) rapporte le résultat de trois ans d'emploi systématique de l'extrait hypophysaire pour la délivrance. La délivrance a été beaucoup plus courte. Les hémorragies n'ont pas été particulièrement nombreuses, par rapport aux témoins elles ont été moins nombreuses.

M. L. MULLER (Vijtien jaren pituitrine in de Verleskunde *Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde* 1926, p. 110) a vu beaucoup de rétention des membranes causées par un décollement trop rapide, consécutif à l'emploi de l'extrait hypophysaire.

***

Action des diverses substances sur la contraction utérine. — HOFBAUER (The effect of bile salts upon the automatic contractions of the uterus *The Amer. Journ. of. Obst.* août 1928, p. 245) a établi que l'action des sels biliaires diminue les contractions utérines jusqu'à les supprimer. L'extrait hypophysaire est impuissant à combattre cette action, sauf à de fortes doses.

Pour JOACHIMOVITS (Aetherische Ole in ihrer Wirkung auf den Uterus, *Zeitschrift für Geb. und. Gyn.*, volume XCI, cahier 1, 5 avril 1927, page 55), les injections intra-veineuses d'eucalyptol à petites doses stimulent l'utérus et augmentent son tonus. L'huile de sabine augmente légèrement le tonus. Mais rien ne permet d'expliquer, là, une action abortive. Cependant, JOACHIMOVITS a observé un avortement après ingestion de décoction de romarin sauvage. Peut-être y a-t-il eu une réaction anaphylactique de la muqueuse utérine du type de l'urticaire qui provoque des contractions et à leur suite l'avortement. On a décrit la dysménorrhée chez les ouvrières travaillant aux usines de térébenthine.

Le plus grand nombre des huiles éthérées sont éliminées par la muqueuse utérine d'où action antiseptique de ces substances sur la muqueuse utérine et influence sur la sécrétion.

SCHUBEL et TESCHENDORF (Action des médicaments sur l'utérus *in situ*. *Arch. f. exp. Patho. und Pharm.*, 1928, t. CXXVIII, p. 82) ont étudié *in situ* la contraction utérine et l'effet des médicaments chez les animaux de laboratoire par radiographie après injection d'huile iodée.

M. PIERCE RUCKER (*Amer. Journ. of Obst.*, févr. 1922) considère que l'hyoscine a une action ocytocique modérée pendant la dilatation et que l'action de la quinine varie suivant les sujets.

M. MULLER (*Zentr. f. Gyn.*, 28 janvier 1922) après avoir constaté qu'il y a hypoglycémie pendant le travail et que l'extrait hypophysaire détermine une hyperglycémie, a injecté dans les veines une solution de sucre à 10 % en dose de 10 cc. Ultérieurement, il a eu de meilleurs résultats par une solution à 50 %.

E.-M. ROBINSON (Uterine Spasm Caused by Orris Root *Med. Journ. and Record*, 6 févr. 1929, p. 139) a rapporté l'observation d'une femme atteinte d'une rhinite saisonnière due à la racine d'iris de Florence. Il essaya de la désensibiliser par des injections sous-cutanées d'un extrait dilué à un pour dix mille. Elle eut des réactions vives et en particulier, des douleurs ressemblant à celle de l'accouchement avec utérus dur comme une boule de billard. Les crises cédaient à une injection d'adrénaline. Le traitement vint à bout de la rhinite.

Adrénaline. — M. PIERCE RUCKER. (*Amer. J. of Obst. and Gyn.*, nov. 1927 pense que, contrairement à l'opinion courante, l'adrénaline n'augmente pas la contraction utérine et que l'injection sous-cutanée d'adrénaline vient à bout des anneaux de contractures. Elle aide à pratiquer la version.

CHARLES M. GRUBER (Effect of Epinephrin on Strips of Excised Pregnant Human Uterus. *Endocrinology* sept.-oct. 1925, p. 467), après avoir étudié l'action de l'adrénaline sur des lambeaux d'utérus humain prélevés par césarienne a confirmé l'opinion classique qu'elle augmente le tonus du muscle.

Gangrène ergotinique. — GOLDBERGER (Gangrène sy-

métrique des extrémités après emploi de préparations ergotées. *Zentralb. für Gyn.* 23 juin 1928, p. 1567) a observé une femme qui avait une menace d'avortement avec fièvre et à qui on ouvrit un abcès streptococcique du Douglas. Deux semaines plus tard, trouvant du placenta dans le col, on injecta 1 cc. de tartrate d'ergotamine et, les quatre jours suivants, douze gouttes de la même préparation par la bouche. Deux jours après, l'œuf était expulsé. La femme saignant, on lui donna encore douze gouttes. Deux taches livides apparaissent aux régions malléolaires. On fit une sympathectomie péri-artérielle à gauche sans résultat. Les lésions se guérirent lentement.

* * *

Anomalies de la dilatation. — VRANDEVIC (Dilatation manuelle du col. *Zentralbl. für Gyn.* 26 mai 1928, p. 1928, p. 1349) est partisan de la dilatation manuelle du col dans les cas où le travail traîne et il rapporte quatre cas de rigidité ainsi traités.

Henri VIGNES.

NOTES DE LABORATOIRE

Essai de chimie pathologique.

Méthode simple de dosage du sucre dans les urines.

Par le Dr E. MEYER
Médecin-capitaine de l'armée.

La réaction à la liqueur de Fehling pour déterminer qualitativement la présence de sucre dans les urines est bien connue et d'usage courant. Moins connue, et surtout moins répandue est une variante de cette réaction, si on peut s'exprimer ainsi ; car au fond elle n'est autre chose que cette réaction même — exécutée seulement de telle façon qu'elle nous permet, en même temps que la qualité, de déterminer aussi la quantité ou le pourcentage de sucre dans une urine. Il est bien entendu, qu'avant de pratiquer le dosage d'après cette méthode, nous nous sommes déjà renseigné sur la présence de sucre — dans l'urine par une des réactions suivantes : à la liqueur de Fehling, au réactif de Nylander etc.

Bien connues, mais d'exécution plus délicate et surtout nécessitant une instrumentation spéciale, sont les méthodes de dosage par fermentation au saccharimètre, par polarisation au polarimètre. Le clinicien, principalement le praticien de la campagne, n'a pas toujours cette instrumentation sous la main dans le petit laboratoire annexé à son cabinet, ou même s'il le possède, n'a pas le temps ou ne veut plus se donner la peine de manier des appareils dont il a perdu l'habitude depuis ses travaux pratiques de chimie physiologique et pathologique. Il préfère envoyer les urines à la pharmacie et faire revenir le malade le lendemain ou surlendemain pour chercher le résultat.

Nous ne changerons certainement pas l'habitude de beaucoup de nos lecteurs ; mais notre but est simplement de faire connaître ou plutôt de rappeler une méthode qui permet, avec une instrumentation toute simple que tout le monde possède, de doser très rapidement et d'une façon assez précise la quantité de sucre contenue dans une urine.

Voici donc les appareils nécessaires à ce dosage :

1° Un bec Bunsen
2° Un tube à essai.
3° Un compte-gouttes normal.

La manière de procéder est la suivante :

Nous prenons 2 cmc. de la liqueur de Fehling dans le tube à essai et nous les diluons par 20 cmc. d'eau distillée. La quantité d'oxyde de cuivre contenu dans ces 22 cmc de mélange est réduite par 0,01 gr. de sucre. Nous portons alors les 22 cmc. de mélange d'eau et de liqueur de Fehling à l'ébullition dans le tube à essai, et nous ajoutons goutte à goutte l'urine sucrée contenue dans le compte-gouttes de telle façon qu'après chaque goutte nous regardons à jour frisant s'il se produit un changement de teinte rouge-brique. Nous continuons ces manœuvres en comptant toujours le nombre de gouttes versées jusqu'à ce que nous constations une teinte nettement rouge-brique et que les bulles d'ébullition ne soient plus teintées en bleu. A ce moment, tout l'oxyde de cuivre est réduit en oxyde cuivreux.

Si par exemple nous avons pratiqué la réaction d'une façon artificielle, c'est-à-dire si nous avons fait dissoudre 1 gr. de glucose dans 100 cmc. d'urine (solution à 1 %), nous trouvons qu'il faudra verser 20 gouttes (= 1 cmc.) d'urine pour obtenir un changement de teinte en rouge-brique bien déterminée indiquant la réduction complète et la présence du précipité d'oxyde cuivreux. Nous pouvons donc dire que le pourcentage de sucre dans notre urine est de 1 %.

Nous faisons suivre, à titre d'indication, un tableau où nous avons calculé pour chaque nombre de gouttes d'urine le pourcentage en sucre.

Gouttes	Pourcentage	Gouttes	Pourcentage
100	0 2	14	1,4
90	0.21	13	1,5
80	0,25	12	1,6
70	0,28	11	1,8
60	0.3	10	2,0
50	0,4	9	2,2
40	0,5	8	2,5
30	0,6	7	2,8
25	0,8	6	3,3
20	1,0	5	4,0
19	1,05	4	5.0
18	1.1	3	6,6
17	1,15	2	10.0
16	1,2	1	20,0
15	1,3		

Il est facile de voir que ceci est une manipulation très simple et à la portée de tout le monde sans aucun calcul à faire, le tableau ci-dessus indiquant tout de suite le pourcentage en sucre.

Nous insistons seulement sur trois points un peu délicats en cours de réaction :

1° Continuer l'ébullition tout en versant les gouttes d'urine, mais se méfier qu'en cours d'ébullition une quantité du mélange d'eau et de liqueur de Fehling ne soit projetée hors du tube à essai ; la réaction serait faussée à la suite.

2° Compter rigoureusement le nombre exact de gouttes d'urine versées.

3° Regarder après chaque goutte versée à jour frisant si le changement de teinte en rouge-brique est bien net et si les bulles d'ébullition ne sont plus colorées en bleu ; à ce moment la réduction est complète.

Il nous reste encore à dire un mot des cas dans lesquels la réaction peut être faussée : Ce sont en principe les mêmes que ceux où nous obtenons une réaction fausse ou douteuse en cherchant qualitativement la présence de sucre par la liqueur de Fehling :

1° Une liqueur de Fehling altérée se réduisant d'elle-même à l'ébullition (commander le Fehling en deux solutions).

2° Certaines substances contenues déjà normalement dans l'urine, telles que la créatinine qui possède la propriété de maintenir en solution une petite quantité d'oxyde cuivreux, la liqueur passant au jaune-rouge ; ou l'ammoniaque qui, sous l'influence de la soude, à l'ébullition est capable de dissoudre également l'oxyde cuivreux ; ou enfin l'acide urique et de nouveau la créatinine qui, suivant leurs proportions et les conditions de l'ébullition,

réduisent la liqueur de Fehling en donnant des précipités blanchâtres ou même bruns rougeâtres (voir Artus, *Chimie physiologique*).

Cependant nous resterons moins souvent dans le doute par suite d'une réaction faussée que dans les cas de recherche qualitative de sucre ; car en appliquant, suivant cette méthode, la réaction de Fehling au dosage de sucre, nous avons déjà la certitude de la présence de sucre dans une urine par des réactions pratiquées antérieurement.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Tube digestif.

L'ictère régional ne touche qu'une partie limitée des téguments ; il est extrêmement rare, car il est peu probable qu'un même tissu, comme la peau, présente des différences d'affinité pour les pigments biliaires ; les différents tissus en présentent au contraire, qui sont en rapport avec la constitution anatomique et les propriétés physiologiques des cellules.

Corbini (*Policlino*, 3 juin 1929) a observé trois malades, atteints à la fois d'œdèmes et d'ictère ; il a reproduit le même phénomène par expérimentation sur le lapin. Il ne s'agit pas en pareil cas d'un véritable ictère régional ; l'œdème empêche simplement l'absorption de la bilirubine par la peau.

L'ictère suit du reste une marche régionale ; il atteint d'abord les sclérotiques, puis la tête et le cou, ensuite la partie supérieure du thorax et les bras, la partie inférieure du thorax et les cuisses, enfin l'abdomen et les membres. La régression suit une marche inverse.

Pédiatrie.

Le diagnostic des affections cardiaques de l'enfant, quoique difficile à préciser, est cependant moins important que celui du degré de compensation des lésions (Hamberger, *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1929, n°s 13 et 14).

On peut établir quatre degrés : 1° décompensation grave, avec dyspnée, cyanose, œdème même après un repos prolongé ; 2° décompensation moyenne, avec dyspnée et œdème disparaissant par le repos ; 3° décompensation légère, permettant une activité physique réduite ; 4° compensation parfaite. Le degré de compensation est déterminé moins par l'examen physique que par l'examen fonctionnel (accélération du pouls et de la respiration après l'effort).

Dans tous les cas aigus, il faut mettre le petit malade au repos moral et physique absolu et prolongé et n'autoriser plus tard l'exercice que très lentement et progressivement ; on évitera la sous-estimation du degré de compensation des lésions. Les myocardites, bien que plus graves que les affections valvulaires, ont une meilleure compensation.

Les troubles fonctionnels, plus rares que chez l'adulte, sont assez fréquents (palpitations, souffle cardio-pulmonaire, souffle anémique) ; ils relèvent surtout du traitement psychique et de l'administration des calmants

Gynécologie.

Cinq cents cas d'hémorragies utérines compliquant des affections bénignes, ont été observés depuis 20 ans par Polak (*Lancet*, 18 mai 1929).

Le radium est particulièrement indiqué pour leur traitement, mais les résultats dépendent de leur technique.

Le curettage, l'ablation des myomes sous-muqueux et de polypes et la biopsie doivent être pratiqués préalablement. Le radium, appliqué immédiatement après le curettage, provoque une réaction plus intense que si on laisse un intervalle de quelques jours entre les deux interventions.

Sur deux cent six cas, traités par des irradiations de 1.800 à 2.000 milligrammes-heure, deux cents ont été radicalement guéris.

Dans ces cas, la cessation des hémorragies est accompagnée d'une involution utérine, qui hâte la ménopause.

Il faut éviter l'application basse de radium qui déterminerait de la sténose du col utérin.

Chirurgie.

La sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire doit être considérée séparément au point de vue anatomique et au point de vue pathologique (R. Ingebrigtsen, *Acta chirurgica scandinavica*, 14 août 1929).

Le 1er et le 2e degrés de Le Double sont des formes normales, existant chez 75 % des sujets examinés ; les 4e, 5e et 6e degrés déterminent des déviations de la colonne vertébrale, des contractures et des douleurs.

Radiologiquement, la sacralisation pathologique est caractérisée par l'élargissement de l'apophyse transverse, qui prend un contact anatomique, soit avec le sacrum, soit avec l'os iliaque ; la sacralisation unilatérale est souvent une cause de scoliose.

Le tableau clinique classique est exact sauf sur les deux points suivants : il n'y a pas d'atrophie musculaire et la sensibilité cutanée est intacte. La fixation asymétrique de la colonne vertébrale au bassin entraine des douleurs et des contractures.

Les déviations de la colonne, les douleurs et les contractures, dues à la sacralisation unilatérale, disparaissent par la résection de l'apophyse transverse asymétrique et hypertrophique.

Vaccination.

La complication de la vaccination antivariolique qui a causé le plus d'ennuis aux Etats-Unis est le tétanos (*Boletin de la Oficina sanitaria panamericana*, juin 1929).

Ce tétanos post-vaccinal, typique et de caractère grave, donne une mortalité de 75 à 80 %. Tous les cas étudiés étaient consécutifs à une première vaccination positive ; le début s'était produit de 18 à 24 jours après la vaccination.

Des recherches récentes prouvent que l'habitude, commune aux Etats-Unis, de fixer, un tissu protecteur ou un pansement sur la région vaccinée joue un rôle déterminant dans cette complication, permettant à une infection accidentelle de la plaie de produire le tétanos.

L'expérimentation a montré que les pansements favorisent nettement le développement du tétanos chez les singes et les lapins vaccinés avec un vaccin souillé de virus tétanique.

Thérapeutique.

L'optochine basique est le médicament spécifique de la pneumonie fibreuse à pneumocoques (M. Ehinger, *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juillet 1929) ; son emploi est également indiqué dans les broncho-pneumonies et la bronchite à pneumocoques infantile, et, à titre prophylactique, au cours des bronchites graves avec menace de broncho-pneumonie.

La moindre toxicité de l'optochine basique la fait préférer au chlorhydrate d'optochine, qui a souvent des effets secondaires nuisibles (atteinte du nerf optique et troubles auditifs) ; il est, malgré tout, prudent de fractionner les doses et de limiter à trois jours la durée du traitement.

Varia.

C'est un fait depuis longtemps connu que la scarlatine peut évoluer avec des formes très variables, depuis les plus malignes aboutissant en quelques jours à une issue fatale, jusqu'aux plus discrètes, où les symptômes subjectifs sont tellement insignifiants que le patient lui-même ou, s'il s'agit d'enfants, les parents ne se doutent pas de la maladie et que le médecin n'est pas mandé (médecin-major S. Hesser, de Solleftea).

Les colloïdes, en tant que colloïdes, n'ont pas de spécificité chimique, mais possèdent une spécificité physique et agissent par choc humoral (Umberto Bonoli, de Milan).

J. LAFONT.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Une urine trouble à l'émission est-elle toujours une urine purulente ?

Par le Dr L. BOULANGER,
Assistant à l'hopital d'Urologie.

L'inspection des urines faite au moment même de leur émission permettant d'en percevoir les caractères objectifs, (limpidité, coloration, brillant, trouble etc...), a, en urologie une très grande importance ; car, de l'appréciation de ces caractères objectifs et de leur interprétation découlent de précieux renseignements sur l'état des organes urinaires : aussi ne doit-elle jamais être négligée et dans la pratique y procède-t-on toujours.

Les indications ainsi fournies sont en général très sûres ; une cause d'erreur pourtant existe qu'il ne me parait pas inutile de signaler, ainsi que les erreurs d'interprétation qu'elle entraine, les erreurs de diagnostic qui en résultent, de même que les moyens de l'éviter.

Quand on se trouve en présence d'une urine trouble à l'émission on pense que le trouble en est dû à la présence du pus et on fait le diagnostic de pyurie.

Dans la très grande majorité des cas, ce diagnostic est exact, mais il n'en est pas toujours ainsi et il est des circonstances dans lesquelles une urine trouble à l'émission l'est seulement que parce qu'elle contient des phosphates en excès.

L'erreur est, semble-t-il, grossière ; en réalité il en est tout autrement, car l'aspect d'une telle urine est absolument identique à celle d'une urine purulente à ce point qu'un œil exercé peut facilement s'y tromper, et d'autant plus aisément que le dépòt que, par le repos, une telle urine abandonne au fond du verre est, lui aussi, tout à fait semblable à celui qu'une urine purulente laisse se former dans les mêmes conditions.

Les aspects d'une phosphaturie et celle d'une pyrurie sont donc depuis le moment de leur émission, jusqu'à et y compris celui de la formation de leur dépôt, absolument identiques, la similitude entre elles est complète, aucun caractère, aucun signe objectifs ne les différencie, et cela, il faut le reconnaitre, est bien fait pour induire en erreur quand on se borne à la seule inspection.

Et l'ignorance dans laquelle on se trouve de la nature de ce trouble conduit à une double erreur d'interprétation de sa cause, puis ensuite, conséquemment, à une erreur de diagnostic de la maladie productrice.

Voici comment : presque toujours, la malade phosphaturique, à moins d'une coïncidence de la coexistence d'un autre état pathologique, ne présente ni les symptômes d'une affection urétrale, ni ceux d'une maladie vésicale ; on pense alors à une localisation rénale et le diagnostic de pyélo-néphrite est posé.

Or, il n'en est rien, le phosphaturique est surtout un nerveux, purement et simplement un nerveux dont l'état est facilement reconnaissable par la constatation très aisée à faire de certaines tares telles que le rétrécissement du champ visuel et l'existence de l'anesthésie pharyngée..

Mais, sans recourrir à l'examen du malade, dont les urines troubles ne semblent pas devoir être symptomatiques d'une lésion d'un segment quelconque de l'arbre urinaire, un moyen très simple existe d'en reconnaitre la nature par l'analyse de cette urine faite extemporanément au moyen de l'addition que l'on y fait d'une petite quantité d'acide acétique, lequel, en dissolvant instantanément les phosphates, rend sa limpidité naturelle à l'urine à moins que celle-ci ne soit rendue trouble par la présence du pus, auquel cas elle reste ce qu'elle doit avant l'addition d'acide acétique lequel n'a aucune action dissolvante sur le pus.



CORRESPONDANCE

En souvenir de Jean Lahor. — Le *Progrès Médical* a publié dans un de ses derniers numéros (1929, p. 1370) une intéressante note sur le poète médecin Jean Lahor, à propos d'un récent anniversaire.

J'ai beaucoup fréquenté Jean Lahor, quand j'étais secrétaire de la Rédaction de ce Journal. Je l'ai bien connu. Sous ma signature, il y a plus de trente ans déjà, ont paru deux notices biographiques sur cet admirable artiste dans le *Progrès Médical*.

On peut s'y reporter, car je doute fort que Mlle Howyan, en ait eu connaissance et les ai mentionnées dans sa thèse. En voici les indications bibliographiques précises : 1895, n° 38, p. 184-185 ; 1896, n° 36, p. 166-7. — En 1897, j'ai, en outre, insisté sur Jean Lahor, *littérateur*, et non plus poète dans le *Correspondant médical* (1897, n° 61, p. 5) !

Je serais heureux que ces notes sincères sur un tel poète ne demeurent pas enfouies, dans les *in-folio* de nos bibliothèques. Je reconnais qu'à l'heure présente, on a bien peu de temps pour revenir en arrière, pour relire des pages écrites à la hâte, il y a déjà 34 ans ! Mais quand il s'agit de poètes, et de philosophes de l'envergure de J. Lahor, il faudrait tout de même, dans le corps médical, ne pas oublier de si belles intelligences.

Le centenaire de la naissance de Jean Lahor ne se présentera qu'en 1940. — Je souhaite que dans onze ans, on se souvienne de ces quelques lignes du poème magnifique, l'*Illusion* !

« Des vers retentissants valent-ils le silence ? »......
Souvenons-nous :

« L'œuvre d'Art la plus haute est la vertu des Forts. »

MARCEL BAUDOIN.

GLANURES

Les eaux minérales de Passy-Auteuil. — *Nous reproduisons un article du* Journal des Débats (*18 août 1929*), *consacré aux eaux minérales de Passy-Auteuil, qui eurent une grande vogue à la fin du XVII siècle et pendant le XVIII*e *siècle.*

« Dans le *Précis de thérapeutique et de pharmacologie* de Richaud, écrit M. C. Villame, on lit « Les eaux ferrugineuses sulfatées sont surtout abondantes dans le bassin de Paris. Les plus connues sont celles de Passy Auteuil, connues depuis fort longtemps. L'une des sources d'Auteuil renferme 0 gr. 40 de sulfate de fer.

Elles eurent cependant une grande vogue à la fin du XVIIe siècle et pendant le XVIIIe siècle. C'est qu'alors les voyages étaient coûteux, longs et incommodes, surtout pour des malades ; et ceux qui ne croyaient point à la médecine jugeaient, comme Montaigne, que l'usage des eaux minérales en bain, en douche, en boisson, était le remède le plus simple et le plus sûr.

Peu fréquentées jusqu'en 1650 parce qu'on leur préfère la Royale de Forges, les eaux de Provins ou d'Abécourt, elles deviennent à la mode en 1658 : elles sont alors le rendez-vous « de la cour et de la ville », de toute la belle société de l'époque, des jolies femmes et des « courtisanes ». Puis leur vogue diminue, surtout durant les années malheureuses du règne de Louis XIV ; mais aux environs de 1720, elle reparaît grâce « au génie, à la générosité, aux soins, au crédit, aux poursuites, aux dépenses de M. l'abbé Le Pagois auquel on doit cette source de guérison et de santé ».

Pendant six années « médecins et physiciens » constatent l'efficacité de ces eaux ferrugineuses « qui rendent si célèbre le village de Passy, près de Paris », et dans les *Mémoires de Trévoux* (juillet 1726) on annonce qu'elles ont la force des eaux de Spa » et l'on énumère les propriétés curatives et les modes d'emploi de ces eaux merveilleuses :

« Outre les six propriétés plus générales d'humecter et rafraîchir ; d'atténuer et de dépurer le sang ; de lever les embarras et les obstructions des viscères ; de faciliter les sécrétions ; de fortifier l'estomac et de rétablir les ressorts des parties affaiblies, les Eaux de Passy ont une vertu spécifique pour

guérir les maladies invétérées, les maux de tête, les affections mélancoliques, les vapeurs, les vertiges, les palpitations de cœur, l'appétit dépravé, la plus grande partie des maladies des reins et de la vessie et quantité d'autres qu'il serait difficile de rapporter.

On les emploie de toutes les manières : en boisson, en gargarisme, en bains, en douche, en friction ou « en bassinant ». Le temps de les prendre est celui du besoin et elles sont de toutes les saisons, car soit en hiver, soit en été, elles sont également limpides, médicinales et salutaires. »

Pour appuyer cette réclame, on fit analyser ces eaux de Passy par un chimiste illustre du temps, M. Boulduc qui, le 13 novembre 1916, lut à l'Assemblée publique de l'Académie royales des Sciences, un « Essai d'analyse ou Mémoire sur les nouvelles eaux minérales de Passy près Paris. »

« Si ces eaux n'étaient pas déjà aussi célèbres qu'elles le sont par le grand nombre de personnes de la première qualité et de toutes conditions qui en ont pris avec succès, rien ne serait plus capable de les faire estimer et rechercher que l'analyse qu'en a faite cet habile chimiste ».

Malgré toutes leurs qualités et leurs vertus, et bien que « l'une des sources d'Auteuil renferme encore 0 gr. 40 de sulfate de fer » (Richaud), les eaux minérales de Passy ont perdu leur célébrité. *Sic transit* ».

Sait on que ces eaux, dit l'*Œuvre*, qui ont perdu leur ancien prestige au point que peu de gens savent maintenant où en étaient les sources, sont encore débitées par une modeste borne fontaine et conservent de fervents amateurs ?

Cette fontaine est placée à l'extrémité du square Lamartine, du côté qui fait face à l'avenue Victor-Hugo.

Les mamans connaissent bien les qualités de l'eau qui sort de son robinet, car elles autorisent leurs enfants à en boire et de nombreuses ménagères du quartier, munies de cruches et de bouteilles, viennent chaque jour s'approvisionner à cette fontaine qui, à elle seule, représente aujourd'hui l'établissement thermal d'autrefois.

La répartition territoriale des hôpitaux. — De l'*Œuvre* (5 septembre 1929) :

L'*Office international d'hygiène publique* publie les très intéressants résultats d'une enquête poursuivie dans tous les pays sur la répartition territoriale des hôpitaux.

La France est loin d'y tenir la première place : c'est un des pays où le public montre le moins d'empressement à faire usage de l'hôpital. C'est également un pays où les hôpitaux sont les plus mal distribués.

D'abord il y a, dans les départements, une véritable « *poussière* » d'hôpitaux...

111 petits hôpitaux ont moins de dix lits.

Certains Puiseaux (Loiret,), Liré (Maine-et-Loire), Sainte-Suzanne (Mayenne), Lucenet-Levesque (Saône-et-Loire), Marly-la-Ville (Seine-et-Oise) n'ont qu'*un lit* !...

Et, encore, ce lit n'est-il pas toujours occupé ! Il serait intéressant d'évaluer à quel taux revient, par jour, ce malade unique...

Quant à la répartition des hôpitaux, elle atteint, pour 1.000 kilomètres carrés, son maximum dans le Bas-Rhin : 6,5.

Le record du minimum appartient à la Haute-Garonne : 0,15.

Ce département ne possède, en effet, qu'un hôpital : celui de Toulouse.

C'est la Corse qui détient le minimum de lits : 0,6 pour 1.000 habitants.

Dans ce domaine, le Tarn-et-Grronne bat le record du maximum : 8,2 pour 1.000. La moyenne est de 3,04.

Dans la plupart des autres pays, et surtout aux Etats-Unis, la tendance est à la concentration des malades dans de puissants hôpitaux-building et à la disparition des minuscules hôpitaux où un, deux, trois malades mobilisent un personnel équivalent ou supérieur. — P. A.

Le traitement des professeurs des facultés de médecine inscrits au rôle des patentes. — Nous reproduisons la lettre suivante, parue dans le *Journal des Débats* (12 septembre 1929) :

A la veille de la grande guerre, le traitement des professeurs des facultés de médecine s'étageait, pour la province, sur quatre paliers passant de 6.000 fr. pour la quatrième classe aux chiffres de 8.000, 10.000 et 12.000 fr. pour les suivantes. Aucune disposition restrictive opposée aux bénéficiaires. Et même, certains d'entre eux, médecins militaires de carrière, avaient-ils le droit de cumuler leur traitement et leur solde, prérogative qu'ils ont encore conservée aujourd'hui.

Par la suite, ces traitements n'étant plus en harmonie avec le prix de la vie, ont été relevés à 39, 44, 49 et 54.000 fr.

Mais ces dispositions s'appliquent à tous autres fonctionnaires de même étiage, et la question n'est pas là. La voici.

L'article 67, introduit dans la loi de finances de 1921 par un amendement de M. Herriot, spécifie que, désormais, seuls accèdent effectivement à la deuxième et à la première classe les professeurs non inscrits au rôle des patentes, les promotions de ces derniers devenant désormais purement honorifiques.

Une telle disposition surprend par sa nouveauté. L'argument est le suivant : ces professeurs sont moins des fonctionnaires que des praticiens, tirant de leur vie professionnelle, dont témoigne leur inscription au rôle des patentes, de très gros revenus. Il n'est donc pas légitime de les traiter sur le même pied que ceux qui donnent tout leur temps à leur fonction.

Voici donc un nouveau critère de la rémunération d'un fonctionnaire : ses ressources latérales, supposées l'essentiel du budget privé d'un patenté. Vrai sans doute pour quelques-uns, plus peut-être à Paris qu'en province, il est cruellement inexact dans tel ou tel cas d'espèce, la réussite professionnelle d'un praticien n'ayant aucun rapport avec les qualités d'un professeur. Il en est assurément dont les gains privés n'atteignent pas le traitement officiel.

Mais même à soutenir cet indéfendable argument, on se demande pourquoi seuls seraient touchés les professeurs de médecine patentés, alors que les autres ressources de certains fonctionnaires ne sont point visées. De nombreux instituteurs sont secrétaires appointés de mairie. Le budget de beaucoup de membres de l'enseignement secondaire est très heureusement amélioré par des leçons payantes. Des expertises rétribuées de certains professeurs de facultés, de discipline plus spécialement scientifique, peuvent être le plus gros de leurs revenus. Pour tous, la possibilité d'une activité indépendante lucrative, tel ce fonctionnaire de l'administration centrale, romancier réputé, dont les droits d'auteur décuplent, et au-delà, le modeste traitement du ministère de l'instruction publique.

On dira que la profession limite le rendement pour l'Etat du fonctionnaire. Au contraire, une telle activité est pleinement désirable, dans l'intérêt de la fonction. La profession accroît le bagage clinique ; les élèves et l'enseignement en bénéficient sans conteste. La seule médecine d'hôpital ferait des maîtres incomplets pour de futurs praticiens, tant comme guides, dans la vie professionnelle que pour toute une pathologie spéciale, celle de la goutte par exemple, que l'on n'observe guère que dans les milieux fortunés.

Cette pratique privée, aucun règlement ne l'interdit ; il n'a jamais été spécifié que le professorat fût incompatible avec elle. A supposer même qu'une réglementation nouvelle intervînt sur ce point, se trouverait-il beaucoup d'hommes disposés à aborder des études aussi longues et dispendieuses, à tenter la chance de concours incertains et d'aléatoires vacances de chaire jusqu'à la cinquantaine, pour se voir confiner dans la situation matérielle d'un chef de bureau débutant, tandis que de simples docteurs, installés dès le lendemain de la plus hâtive des scolarités, peuvent prétendre à des revenus bien supérieurs ?

Que l'on n'objecte pas le peu de temps donné à l'Etat par les professeurs cliniciens. En fait, ils lui donnent non point autant mais plus que quiconque. Ce n'est pas pendant un semestre qu'ils lui donnent trois cours d'une heure par semaine, c'est l'année entière durant l'enseignement donné au lit du malade pendant la plus grande partie de la matinée, quand des urgences ne les rappellent pas, même de nuit, pour des interventions dont bénéficie leur enseignement. Comme leurs collègues de laboratoire, et en dehors des heures de leçons, leur activité n'est pas moindre à se tenir au courant et à produire : travaux de cabinet et de bibliothèque, sociétés savantes, congrès, publications, rapports, etc.

Frapper d'une retenue indirecte (en empêchant l'accès des titulaires aux chiffres normaux de leur traitement) la juste rémunération d'un service effectivement rendu constitue une mesure injustifiable.

Les intéressés n'ont jamais cessé d'en réclamer l'abrogation. L'association des membres du corps enseignant des facultés de médecine de l'Etat en a été saisie à chacune des séances de son comité ou de ses assemblées générales. Entre autres, un vœu dans ce sens a été voté à l'unanimité le 5 octobre 1926 sur la proposition du professeur Courmont, et plus récemment à l'assemblée du 12 octobre 1928. Les répercussions financières sur l'ensemble du budget de la France ne peuvent être tenues pour négligeables car le débours n'atteindrait pas le million pour moins d'une centaine d'intéressés. La valeur d'un service rendu est et demeure indépendante de la situation de fortune, hypothétique ou réelle, de celui qui en réclame la juste rémunération. A travail égal, salaire égal.

CONCLUSIONS

« Les professeurs patentés des facultés de médecine de l'Etat :

« Considérant que la mesure législative par laquelle ils ne peuvent accéder effectivement à la deuxième et à la première classe constitue une exception injustifiable au statut des fonctionnaires,

« Qu'en effet la patente ne constitue pas une présomption de gains élevés,

« Que, le fût-elle, ceux-ci n'ont rien d'illicite,

« Qu'au surplus leurs traitements sont intégralement payés aux fonctionnaires intéressés, quel que soit par ailleurs leur état de fortune privée.

« Qu'il est intolérable de toucher ainsi indirectement aux revenus du travail, alors que ceux du capital ne le sont pas,

« Demander l'abrogation de l'article 67 de la loi de finances de 1921 ».

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostics biologiques, par Noël FIESSINGER, H. R. OLIVIER et Maurice HERBAIN. 1 volume, in-8°, 144 figures, 9 planches couleurs. Prix : 90 fr. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6ᵉ.

Cette troisième édition considérablement augmentée est en réalité un livre tout nouveau. Il n'a conservé de sa forme primitive que son exposition schématique qui a justifié son succès : « ce qu'il faut » : « ce qu'il faut faire » : « ce qu'il faut dire »

Technique, concis, exempt de toute surcharge, le texte n'instruit pas seulement le biologiste, mais dirige le médecin dans le dédale des renseignements de laboratoire. Le chapitre de bactériologie fixe d'abord tout ce qui touche à l'installation et au matériel nécessaire, précise le mode d'examen des pus, des crachats, des ulcérations, des exsudats et des matières. Ces techniques sont complétées dans un deuxième chapitre pour ce qui touche à la mycologie et à la parasitologie. Un chapitre tout nouveau aborde le sujet des cuti et intradermo-réactions ; cuti-réaction de von Pirquet, réaction de Schick, de Dick, de Schultz et Charlton, cuti-réaction à la mélitine de Burnet, réaction de Casoni, épreuve d'anaphylaxie. Dans le chapitre IV, les techniques d'hématologie ont été entièrement revues et un paragraphe spécial étudie la technique des groupes sanguins.

La note toute nouvelle de ce livre se rapporte aux explorations fonctionnelles. Pour le tube digestif, mise au point complète des explorations gastrique, pancréatique ou intestinale Pour la fonction respiratoire, la technique d'analyse des gaz et des tensions partielles est mise au premier plan. Pour l'appareil cardiovasculaire, la mesure du débit cardiaque et la mesure de la pression veineuse. Les fonctions de nutrition conduisent les auteurs à l'étude du métabolisme de base, à l'étude du syndrome d'acidose, du métabolisme des hydrates de carbone, des graisses et des protéiques. Un chapitre s'attache à l'étude des métabolismes partiels : nucléo-protéides calcium, soufre, etc.

Les auteurs font ensuite un exposé détaillé de leurs techniques presque toutes personnelles d'exploration hépatique. Puis viennent l'exploration des fonctions spléniques, rénales, de reproduction et du système nerveux. Ce livre possède, fait rare, une table des constantes organiques et un chapitre technique de préparation des solutions titrées et réactifs. Et il se termine par un chapitre : Quand doit-on consulter le laboratoire et que peut-il dire ?

On voit que cette troisième édition constitue un livre tout nouveau. Très au courant des recherches modernes, les auteurs se sont efforcés de choisir les techniques les plus simples, les plus rigoureuses et les plus employées. C'est le livre indispensable autant au laboratoire qu'au cabinet médical. Les succès antérieurs des deux éditions françaises et de l'édition espagnole d'une part, le soin mis à ce complet remaniement dans une note toute moderne de l'autre, assurent le succès rapide et certain de ce livre. La présentation en est parfaite, 114 figures et 9 planches en couleurs illustrent le texte.

« La Pratique de l'Accoucheur en clientèle », par le Dʳ L. DEMELIN ex-Professeur à la Maternité de Paris. Collection « Comment guérir ». in-8°, 469 pages. Prix : 35 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6ᵉ.

Voici un nouveau volume de la Collection « Comment Guérir » ? Il s'agit cette fois de la « Pratique de l'accoucheur en clientèle » par M. le Dʳ L. Demelin, accoucheur honoraire des hôpitaux, ex-professeur à la Maternité de Paris.

Ce livre suit les principes adoptés par ses prédécesseurs de la série. Il a pour but d'offrir au médecin praticien, — comme à l'étudiant préoccupé de répondre avec succès aux examens de doctorat — un guide simple, mais au courant de l'actualité, sans oublier les précieux enseignements d'une clinique éprouvée et sûre.

La forme employée par l'auteur est celle de la classification alphabétique, déjà suivie par lui il y a plus de vingt ans dans l'aide mémoire annexé au formulaire d'Yvon et Gilbert, aux multiples et incessantes éditions. Ce plan permet d'éviter les redites et d'échapper aux embarras de la division habituelle : les périodes de « grossesse, accouchement, suite de couches » se prêtent bien à la description si l'on traite de l'état physiologique. Mais dès qu'on aborde les complications, maladies, anomalies diverses, les difficultés surgissent et s'accumulent. Les fibromes utérins par exemple reconnus chez la femme enceinte, en travail, ou accouchée depuis peu, gagnent à être présentés en une monographie, au lieu d'être disséminés dans trois chapitres différents. C'est ainsi qu'à la lettre E, se rangent l'éclampsie, les endométrites, l'épaule (présentations de) les épilepsies, les escarres vulvaires, les excès de volume du fœtus. Sans préjudice d'un index alphabétique qui renvoie aux pages où les mêmes sujets sont incidemment abordés dans d'autres monographies.

M. le Dʳ Demelin a donné toute l'importance qu'ils méritent aux troubles de la contraction utérine qu'il dénomme « dyscinésies », et dont il s'est occupé à maintes reprises : ces troubles commandent tous les modes de la dystocie. Les anciens termes d'« inertie » de « contracture » sont loin de suffire et de répondre aux besoins du pronostic et de la thérapeutique. Les indications et contre-indications des médicaments dits ecboliques et antispasmodiques, l'opportunité ou les risques des opérations d'extraction dépendent de la manière dont le muscle utérin se comporte. C'est ici une analyse détaillée qui complète un paragraphe beaucoup trop restreint dans la plupart des livres antérieurement connus.

Signalons encore les articles forceps, syphilis, tuberculose pulmonaire, entre beaucoup d'autres, qui montreront au lecteur le chemin parcouru à ce jour dans ces diverses voies.

Cet ouvrage répond fidèlement à son titre et à sa date.

NOUVELLES

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — *Hôpital Laennec.* (Service d'oto-rhino-laryngologie.) — Le Dr Henri BOURGEOIS et les Drs FOUQUET, LEMOINE et MARION commenceront, le lundi 21 octobre 1929, une série de huit leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie. Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures ; en outre, les 21 et 22 octobre, à 16 heures.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Principes électriques. — 2° Appareils de diathermie. — 3° Physiopathologie. Techniques. — 4° Application de l'étincelle de tension en oto-rhino-laryngologie. — 5° Tumeurs bénignes et tumeurs malignes. — 6° Amygdalites cryptiques. Mycoses. — 7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens. — 8° Sténoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr FOUQUET, service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laennec.

— *Hôpital Boucicaut* (72, rue de la Convention). — Un cours de technique élémentaire médico-chirurgicale aura lieu du jeudi 3 octobre au mercredi 30 octobre inclus.

Ce cours exclusivement réservé aux étudiants en médecine de première année avant le début de leur stage hospitalier, aura lieu chaque matin, à 10 heures, à l'hôpital Boucicaut, sauf le dimanche, sous la direction de MM. COURCOUX et TRÉMOLIÈRES, médecins de l'hôpital Boucicaut, de M. DUJARRIER, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, avec la collaboration de M. GUILBERT, radiologiste de l'hôpital Boucicaut, et de M. ROUHIER, chirurgien des hôpitaux, de MM. BIDERMANN et TARDIEU, assistants à l'hôpital Boucicaut. Après un court exposé théorique, les auditeurs seront exercés individuellement aux méthodes d'exploration clinique des malades.

PROGRAMME DU COURS. — Le 3 octobre : Exploration des articulations. — 4 : Tube digestif. Notions générales. — 5 : Tube digestif. Méthodes d'exploration. — 7 : Exploration des os longs. Fractures. — 8 : Voies respiratoires supérieures. — 9 : Examen radiologique du tube digestif et des voies biliaires. — 10 : Poumons et plèvre. — 11 : Examen des abcès et des tumeurs. — 12 : Poumons et plèvre. — 14 : Examen du péritoine. — 15 : Chirurgie du poumon et des plèvres. Affections du sein. — 16 : Système nerveux. Notions générales. — 17 : Système nerveux. — 18 : Examen chirurgical de l'abdomen. — 19 : Examen chirurgical des organes génito-urinaires. — 21 : Examen radiologique de l'appareil respiratoire. — 22 : Examen du cœur. — 23 : Examen du cœur. — 24 : Examen d'un blessé du crâne. — 25 : Exploration des fonctions du rein. — 26 : Maladie des reins. — 28 : Maladies contagieuses. — 29 : Hygiène générale hospitalière. — 30 : Appareils plâtrés.

Association de la presse médicale française. — *Deuxième Congrès international de pédiatrie.* (Stockholm, 17-20 août 1930.) — Après avoir consulté un certain nombre d'éminents pédiatres de différents pays et sur leur avis favorable, les pédiatres suédois ont résolu d'organiser à Stockholm, du 17 au 20 août 1930, un Congrès international de pédiatrie.

Les communications à présenter au Congrès doivent être annoncées au plus tard le 1er mars 1930.

Les travaux du Congrès seront répartis, s'il y a lieu, entre un nombre approprié de sections.

Il est désirable que les adhésions soient envoyées le plus tôt possible au Comité du Congrès, afin que celui-ci puisse évaluer le nombre approximatif des participants et prendre en temps utile les dispositions nécessaires pour leur logement et leur agrément. Cette recommandation s'impose d'autant plus que, dans l'été de 1930, une exposition des arts décoratifs et industrielle suédoise aura lieu à Stockholm.

La cotisation est fixée à 20 couronnes suédoises.

On est prié d'adresser les adhésions et toute correspondance relative au Congrès au Deuxième congrès international de pédiatrie. Stockholm (Suède). Adresse télégraphique : Pédiatrie, Stockholm.

En même temps que les adhésions, il est recommandé d'envoyer, par mandat-poste ou par chèque, le montant de la cotisation.

Afin d'éviter les erreurs, il est indispensable que tous noms et adresses soient écrits en caractères d'imprimerie ou dactylographiés.

Des renseignements complémentaires seront fournis ultérieurement.

Le Comité suédois du Deuxième congrès international de pédiatrie :

I. JUNDELL, professeur de pédiatrie, Stockhlom, président du Comité ; Kj. O. AF KLERCKER, professeur de pédiatrie Lund ; R. NORDGREN, médecin-chef, président de la section de pédiatrie, de l'Association suédoise des médecins, Stockholm ; I. THORLING, professeur de pédiatrie, Upsal ; WILH. WERNSTEDT, professeur de pédiatrie, Stockholm ; Nils MALMBERG, professeur agrégé de pédiatrie, secrétaire du Comité, Stockholm.

Avis de concours. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Haute-Saône.

Les candidats à cet emploi devront être Français, âgés de moins de 50 ans, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Leur demande rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (Cabinet), avant le 1er novembre 1929, et être accompagnée des pièces suivantes :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ; 2° acte de naissance sur timbre ; 3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; 4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; 6° Certificat délivré par un médecin assermenté constatant que le candidat

n'est atteint d'aucune infirmité ni maladie chronique incompatible avec l'exercice de fonctions très actives : 7° Exposé des titres, travaux, états de service et références en matière de phtisiologie ; 8° Principales publications ; 9° Engagement, en cas de nomination :

a) De se consacrer uniquement à ses fonctions ; *b)* de renoncer à faire de la clientèle (toutefois, il pourra aller en consultation avec un médecin qui l'aura appelé pour examen de malades, création ou entretien de pneumothorax artificiel) ; *c)* de rester en fonctions dans le département de la Haute-Saône pendant une durée minimum de trois ans ; *d)* en cas de démission ou de nomination à un autre poste, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département de la Haute-Saône pendant trois mois au minimum ; *e)* en cas de cessation de ses fonctions, pour quelque motif que ce soit, de ne pas s'installer, comme médecin praticien, dans le département de la Haute-Saône, avant un délai de cinq ans.

Pour être admis à prendre part au concours sur titres les candidats devront être agréés par le Comité national de défense contre la tuberculose.

Traitement. — Le traitement attaché à la fonction de médecin spécialisé des dispensaires est fixé à 30.000 francs par an et peut atteindre 40.000 francs par échelons successifs de 2.000 francs.

A ce traitement s'ajouteront : 1° Une indemnité de résidence et, le cas échéant, une indemnité pour charges de famille, égales aux indemnités de même nature servies au personnel de la Préfecture ; 2° Une indemnité forfaitaire annuelle pour frais de déplacement fixée à 10.000 francs et susceptible de relèvement lors de la création éventuelle de nouveaux dispensaires (Dispensaire antivénérien d'Héricourt).

Pose de la première pierre du village sanatorium de Plaine-Jaloux. — A l'occasion de la présence à Passy des 150 médecins français et étrangers faisant partie du 22e voyage d'études médicales, le professeur Carnot a procédé à la pose de la première pierre du village-sanatorium de Plaine-Jaloux, qu'édifie, en face du Mont-Blanc, à 1.400 mètres d'altitude, la société des villages climatiques de haute altitude.

Le docteur A. Bruno, qui fut le directeur adjoint de la mission Rockfeller, a fait ressortir que ce sanatorium, destiné surtout aux classes peu fortunées, serait unique en Europe par sa conception architecturale et ses installations des plus modernes.

Le professeur Carnot a rendu hommage aux efforts persévérants du docteur A. Bruno qui n'a pas cessé de contribuer à l'amélioration de l'armement antituberculeux français.

Rouen. — En vue de la lutte contre le cancer l'Administration des hospices a créé un laboratoire d'anatomie pathologique.

Elle a reçu de la ville, sur le legs Givon, une somme de 250.000 francs en vue de l'achat de radium.

La France et la réglementation de la fabrication et du commerce des stupéfiants. — *M. Georges Pernot, député du Doubs, a exposé devant la cinquième commission de la S. D. N. les nouvelles mesures prises ou à la veille de l'être par le gouvernement français au sujet de la fabrication et du commerce des stupéfiants.*

Voici quelles sont les nouvelles mesures arrêtées en France au sujet de l'application de la Convention de Genève du 19 février 1925.

1° Création à Paris d'un organisme administratif entièrement spécialisé, dénommé Bureau des stupéfiants, qui a pour mission de centraliser tout ce qui concerne le contrôle du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles.

2° Substitution d'une autorisation à une simple déclaration pour être admis à importer ou exporter des stupéfiants. Cette autorisation ne peut être accordée que par décret, rendu sur avis d'une commission interministérielle spécialement créée à cet effet. Cette procédure est l'application rigoureuse des recommandations de la Commission consultative, dont le rapporteur insistait une fois de plus sur « la nécessité qui s'impose aux gouvernements de procéder à des enquêtes spéciales avant de délivrer des licences aux maisons qui les demandent, afin de s'assurer de la bonne réputation de ces maisons ».

3° Organisation du système des « Avis de livraison », vis-à-vis des pays qui n'ont pas encore adopté la procédure des « Certificats d'importation ». Conformément à ce système, le Bureau des stupéfiants, saisi d'une demande d'exportation à destination de l'un de ces pays, adresse aux autorités compétentes du pays importateur un « avis de livraison » indiquant le nom du destinataire, celui de l'expéditeur, ainsi que la nature et la quantité des produits expédiés. Le décret du 12 décembre 1928

ajoute même que l'exportateur devra produire à l'appui de sa demande tous documents de nature à établir «que l'exportation est destinée à des fins licites ».

4° La fabrication et le commerce des stupéfiants, qui ne sont subordonnés actuellement qu'à une simple déclaration, seront soumis désormais, comme l'importation et l'exportation, à une autorisation préalable, donnée par décret ministériel sur avis d'une commission interministérielle.

5° Cette autorisation ne pourra être accordée à quiconque aura été condamné en France ou à l'étranger pour trafic illicite ou aura été l'objet d'un retrait de licence. Je constate avec satisfaction que cette mesure est précisément l'une de celles que préconise l'honorable rapporteur.

6° Tout un système de contrôle est minutieusement prévu et organisé. Il comporte, notamment, un double étiquetage destiné à faciliter la recherche de la provenance de la marchandise et la tenue de registres de fabrication et de vente, dont la communication trimestrielle doit être faite aux autorités administratives.

7° Enfin et surtout les industriels ne pourront désormais traiter et fabriquer annuellement, sur le territoire français, que la quantité de substances ou de produits fixés par arrêté ministériel. Pour fixer ces quantités, le gouvernement français dispose dès maintenant de l'importante documentation rassemblée par la Commission consultative de l'opium. Il s'inspirera, en outre, notamment en ce qui concerne l'exportation, des renseignements qui lui auront été fournis par le Comité central de l'opium.

Les Journées médicales d'Evian. — Six cents médecins, sous la présidence du professeur Carnot, viennent de tenir un congrès à Evian. MM. les professeurs Lemierre, de Paris, et Roch, de Genève, ont fait des conférences sur l'azotémie, et les professeurs Pic, de Lyon; Laubry, de Paris, sur l'hypertension artérielle, indications principales de la cure d'Evian. Des communications ont été faites par les professeurs Merklen, de Strasbourg; Langeron, de Lille; Harvier, et les docteurs Cotter, Barthe, de Sandfor, Uzan.

L'Académie de médecine avait délégué le docteur Le Noir.

La Société des eaux a réservé aux congressistes le plus cordial accueil trois jours durant, à la plage, au casino, etc.

Centre régional anticancéreux de Marseille. — M. le professeur Imbert, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé directeur du centre régional anticancéreux de Marseille, en remplacement de M. le professeur Reynès, décédé.

Congrès international de microbiologie. — Le Congrès international de microbiologie, qui devait avoir lieu en octobre 1929, est remis, sur la demande des biologistes américains, au 20 juillet 1930.

BIBLIOGRAPHIE

L'enfant. (Sa préparation à la vie), par le Dr Victor PAUCHET. Un volume in-8° couronne, 15 fr. Editions J. Oliven, 65, Avenue de La Bourdonnais, Paris 7e.

Voici un nouveau livre du Dr Victor Pauchet qui continue le cycle inauguré par *Le Chemin du Bonheur* (La Rééducation de soi-même) que l'Académie française vient de couronner.

L'auteur a remarqué que 97 % des individus ont une vie de *moyen rendement*, si l'on considère leur santé, leur succès matériel, leur vie sociale. Pourquoi cette destinée incomplète ?... Parce que dès leur enfance, ils ont été élevés suivant les idées routinières de leurs parents et de leurs éducateurs ; ceux-ci ont vu plutôt chez eux un vase à remplir qu'un foyer à allumer. C'est chez l'enfant qu'il faut commencer à développer cet *ensemble harmonieux* de qualités utiles et élevées qui constitue *l'éducation intégrale*, celle qui leur permettra, devenus hommes, de conquérir et de garder ces trois choses précieuses : la santé, le succès et le bonheur.

« Le lecteur, écrit le Dr Victor Pauchet en tête de son travail, ne m'accusera pas d'envisager l'éducation moderne avec les yeux d'un médecin exclusivement fixés sur l'éducation physique. Ma conviction est que l'éducation bien comprise doit être intégrale, c'est-à-dire qu'elle doit s'efforcer de former des sujets *complets*... » Et il indique ensuite en des pages vivantes et claires quels sont les bons matériaux qui seuls doivent rentrer dans l'éducation « efficiente » actuelle. Ces matériaux varient légèrement suivant les aptitudes qu'on doit d'abord s'efforcer de déterminer. Quelques-uns pourtant sont indispensables à tous ; et, dans le cas où leur assimilation ne se ferait pas normalement, il montre comment il faut en rechercher les causes.

Tous les parents, tous les éducateurs, tous ceux qui ont charge d'âme, doivent lire *L'Enfant* (Sa préparation à la vie). La haute personnalité de l'auteur de *Restez jeunes* est un sûr garant qu'ils y trouveront quelque chose de nouveau et de réalisable.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

Les réactions du globe oculaire aux arsénobenzols

Par M. le Prof. F. TERRIEN.

Messieurs,

Je voudrais étudier aujourd'hui avec vous une question très importante : les réactions de l'œil après emploi des arsénobenzols.

Vous savez que cet emploi est fait sur une très large échelle à l'heure actuelle et qu'un certain nombre d'auteurs ont prétendu que ces arsénobenzols pouvaient déterminer du côté de l'œil des complications assez sérieuses. Cela n'est pas douteux.

On a vu en effet des lésions très graves après l'emploi des sels arsenicaux. Il y a plus de 20 ans, j'ai publié dans les *Annales des maladies vénériennes*, en 1907, une observation d'atrophie optique à la suite de l'emploi d'atoxyl. Il s'agissait d'un sujet qui avait eu un chancre induré, avec paralysie bilatérale de l'accommodation, une parésie de la pupille à la lumière et qui fut traité par la pilocarpine et des injections de cyanure d'hydrargyre. L'acuité visuelle, le champ visuel étaient normaux, lorsque deux mois plus tard survint, trois semaines après une injection d'atoxyl, une atrophie du nerf optique avec abaissement considérable de la vision.

D'autres observations semblables d'atrophie optique ont été rapportées à la suite d'injections d'atoxyl ou même d'hectine.

J'ai suivi dernièrement une observation fort intéressante d'amblyopie, amaurose avec perte totale de la vision des deux yeux à la suite d'injection d'acétylarsan. Il s'agissait d'une femme de 30 ans environ assez chétive. On lui avait donné une dose peut-être un peu forte d'arsenic en raison de son poids de 94 livres. Son médecin lui avait fait 6 injections d'acétylarsan de 2 cc. chaque fois pour un psoriasis généralisé ; cinq jours après la 6e injection survint une diminution très accentuée de la vision qui alla en s'exagérant, si bien que 4 ou 5 jours plus tard la malade ne voyait plus rien des deux yeux. Le Dr Scrini consulté porta le diagnostic de névrite rétrobulbaire, et à ce moment je fus appelé en consultation par mon ami le Dr Landowski et constatai tous les symptômes d'une névrite rétro bulbaire bilatérale : douleur à la pression, suppression presque complète de la vision (la malade voyait seulement la lumière), pupilles presque immobiles et fonds d'yeux normaux. Le pronostic semblait assez sévère ; cependant, me basant sur le pronostic généralement favorable des névrites rétro-bulbaires, j'avais laissé entrevoir une amélioration possible.

Le traitement, sur les conseils de M. Ravaut, également consulté, consista en injections intra-veineuses d'hyposulfite de soude. M. Ravaut a, en effet, rapporté un certain nombre de névrites à la suite d'injections d'acétylarsan ou d'arsénobenzol, heureusement influencées par les injections d'hyposulfite de soude. On fit donc ce traitement chez cette malade, en utilisant une solution à 20 % à raison de 10 cc. par injection. Trois semaines plus tard, l'acuité visuelle était améliorée. C'est là, évidemment, un cas très favorable et j'ajoute que nous avions malgré tout porté un pronostic assez réservé, car la vision des deux yeux était presque totalement perdue et la pupille très paresseuse. Or, malgré l'intensité de l'amblyopie et sans doute grâce au traitement par l'hyposulfite de soude institué par le Dr Ravaut, l'amélioration a été très accusée.

Ces cas montrent bien que les injections d'acétylarsan et d'arsénobenzol peuvent quelquefois provoquer des troubles oculaires assez sérieux et soulignent l'intérêt de telles observations.

A la faveur de celle ci je veux insister sur les réactions du globe oculaire après les injections d'arsénobenzol.

Ces réactions sont de trois ordres :

1) Des réactions purement toxiques, dues au poison lui-même.

2) Des réactions qui rentrent dans le cadre de la réaction d'Herxheimer.

3) Des réactions ressortant aux neuro-récidives.

1° RÉACTIONS TOXIQUES. — La première se manifeste du côté des conjonctives. Il est bien rare de ne pas noter, après une injection de salvarsan, un peu de vaso-dilatation, car le salvarsan est, vous le savez, un vaso-dilatateur. On peut donc noter un peu de congestion de la muqueuse conjonctivale qui peut aller jusqu'à une véritable conjonctivite.

Il faut insister sur ces faits, car c'est peut-être la seule réaction toxique pure observée après l'emploi du salvarsan ; dans toutes les autres réactions, il s'agit de lésions qui existaient déjà avant l'injection et qui sont exacerbées par l'injection. Tandis qu'ici, sur la conjonctive normale on peut voir apparaître une vaso-dilatation assez intense avec conjonctivite et œdème des paupières.

Et cette réaction peut nous renseigner dans une certaine mesure sur l'extrême sensibilité du malade et nous inciter à une grande prudence chez ces sujets dans l'emploi du médicament, car ces réactions de la conjonctive, comme l'a montré Milian, réapparaissent à chaque nouvelle injection : ce sont donc de véritables conjonctivites toxiques dues à une vaso-dilatation de la muqueuse, qui témoignent bien de l'action spéciale du médicament sur le système vasculaire et en particulier sur la conjonctive. On peut voir même un chémosis, toujours plus marqué à la partie inférieure, c'est-à-dire aux parties découvertes et accessibles, s'accompagnant même quelquefois d'œdème. Assez souvent aussi, en même temps que la réaction conjonctivale on constate une légère injection péricornéenne.

On a noté aussi sur la peau de véritables érythèmes, tout à fait comparables aux éruptions observées après l'emploi de l'antipyrine ou autres toxiques, et dus uniquement à l'action des arsénobenzols.

Il s'agit en somme de réactions peu sérieuses, se traduisant principalement par un peu de conjonctivite, mais intéressantes car elles montrent la sensibilité du sujet à un élément toxique dont il faut tenir compte.

2° RÉACTIONS RENTRANT DANS LE CADRE DE LA RÉACTION D'HERXHEIMER. — Ces altérations sont presque toutes des exacerbations et il est exceptionnel de les voir apparaître sur une région tout à fait saine à la suite d'une injection d'arsénobenzol. Mais s'il existe déjà une lésion antérieure, un peu d'atrophie, de névrite optique, d'iritis ou de kératite, on peut voir une aggravation considérable de ces lésions.

Ces réactions s'observent du côté de la cornée, de l'iris, du nerf optique.

Du côté de la cornée. — Ces lésions cornéennes, je viens de le dire, ne sont pas déterminées par la seule injection d'arsénobenzol : une cornée normale n'est jamais

adultérée Mais s'il y a déjà une kératite, on peut observer des réactions assez sérieuses.

A ce propos, je rappellerai une observation, entre plusieurs que j'ai relevées, parue dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1917 : il s'agissait d'un sujet atteint de kératite profonde avec dépôts sur la membrane de Descemet, chez qui une première injection d'arsénobenzol détermina un hypopyon considérable qui disparut sous l'influence de nouvelles injections, ce qui montre bien le type de ces réactions de récidives ou d'exacerbation.

Hegner, en 1917, a rapporté un cas de nécrose maligne de la cornée chez un sujet spécifique, chez qui la 2e injection avait été suivie d'un érythème diffus et à la 3e injection, d'une dermatite exfoliatrice suivie de mort. Et j'ai vu ici il y a 7 ou 8 ans un cas de mort à la suite d'une injection de 12 cgr. d'arsénobenzol.

Dans cette observation, le sujet était mort avec une dermatite exfoliatrice après la 3e injection ; avec la dermatite était apparue une infiltration de toute la moitié inférieure de la cornée qui s'était nécrosée.

Il est un trouble moins grave, mais non moins intéressant, c'est la *myopie transitoire* qu'on peut observer à la suite d'injections d'arsénobenzol. Et l'attention sur ce sujet a été attirée récemment par MM. Dupuy-Dutemps et Périn qui ont rapporté dans les *Bull. et Mém. de la Société Française de Dermatologie* en 1925, t. XXXII, une observation de myopie légère.

Voici une observation de M. Milian, publiée dans le *Paris Médical* du 12 novembre 1921. Elle a trait à un sujet de 27 ans (il s'agit en général de sujets jeunes) entré dans le service de M. Milian pour une roséole généralisée. Il fut mis au traitement arsenical ; une première série fut faite de 9 injections. Puis 4 mois plus tard, on commença une seconde série de novarsénobenzol associée à l'ingestion de pilules de Dupuytren. Cette seconde série fut moins bien supportée que la première. La troisième injection de 60 cgr. fut suivie de vomissements ; puis une quatrième injection de 45 cgr. laisse un état nauséeux avec diarrhée qui dura deux jours. Le traitement est néanmoins continué, associé à l'adrénaline pour les trois dernières injections.

On recommença une troisième série d'arsénobenzol le 7 janvier, c'est-à-dire 6 mois plus tard. La 4e injection de 60 cgr. est suivie d'une crise nitritoïde avec des troubles visuels très accentués.

Le 15 février, 3 semaines après, la vue du malade a baissé de telle sorte qu'il a peine à venir seul à l'hôpital. Néanmoins on fait, 6 jours plus tard, une nouvelle injection d'arsénobenzol de 60 cgr. avec adrénaline.

A l'examen de l'œil on constate que le fond est normal mais il existe une myopie de 3 D. de chaque côté, myopie due à un spasme accommodatif.

Le 18 février nouvelle injection de 60 cgr.

Le 19, de nouveau le malade accuse des troubles de la vue, avec un brouillard, et une myopie qui peu à peu disparaît les jours suivants. Un mois plus tard, nouvelle injection de 60 cgr. mais sans adrénaline. Deux heures après apparaissent une céphalée, des frissons, des nausées, sensation de brouillard devant les yeux, avec une myopie qui disparut de nouveau quelques jours après.

Toutes ces observations sont superposables. Je n'insiste pas davantage ; ce sont en somme des myopies légères, puisque dans l'ensemble elles ne dépassent pas 3 à 4 dioptries, apparaissent après 1, 2, 3 ou 4 injections d'arsénobenzol et ne durent que quelques jours.

Ces troubles visuels, essentiellement passagers, sont d'autant plus intéressants qu'ils nous permettent en quelque sorte de tâter la sensibilité des sujets à l'arsénobenzol.

On a recherché le mécanisme de ces myopies et dans cette observation on a invoqué un spasme. Mais j'aurais voulu la vérification de ce spasme. Nous connaissons très bien la myopie spasmodique, dont le type le plus courant est la myopie traumatique ; elle s'observe à la suite de contusions du globe oculaire et ne dépasse guère 3 ou 4 dioptries. Cette myopie est due à un spasme du muscle ciliaire ; et on peut la faire disparaître par l'atropine qui paralyse, on le sait, le sphincter de la pupille et aussi le muscle ciliaire. Dans tous ces cas-là la myopie disparait à la suite de cette instillation.

J'aurais voulu dans ces observations, voir instiller de l'atropine et en constater le résultat sur la myopie. Peut-être s'agit-il d'une inhibition du sympathique car tous ces accidents peuvent être en partie atténués par l'emploi de l'adrénaline.

La contraction du sphincter et du muscle ciliaire est, vous le savez, sous la dépendance du nerf moteur oculaire commun, tandis que la dilatation est sous la dépendance du sympathique. L'excitation du moteur oculaire commun contracte la pupille et l'excitation du sympathique donne une dilatation de la pupille. C'est l'expérience classique de Claude Bernard. Si on fait une résection du sympathique, le moteur oculaire commun devient prédominant et la pupille se contracte. Peut-être s'agit-il ici d'un phénomène de cet ordre par inhibition du sympathique.

C'est l'explication la plus vraisemblable puisque l'adrénaline semble conjurer les accidents en agissant sur le sympathique.

Voilà pour cette myopie transitoire, intéressante à considérer comme témoignage de la sensibilité particulière de l'œil chez ces individus et qui doit rendre très prudent dans l'emploi du salvarsan.

Lésions rétiniennes. Elles se traduisent par des hémorragies et ont été observées après la 2e ou la 3e injection, mais il s'agissait toujours de sujets âgés. Et j'attire votre attention sur la prudence qu'il faut apporter dans l'emploi de l'arsénobenzol chez les sujets âgés. Car l'arsénobenzol est un vaso-dilatateur et chez les hypertendus ou artério-scléreux, la vaso-dilatation pourra provoquer des hémorragies.

Audry a rapporté un cas d'hémorragie de la rétine, processus qui détermina une hémorragie de tout le corps vitré chez un tabétique ; c'est pourquoi il faut toujours se méfier de l'emploi des arsénobenzols chez des sujets âgés et donner des petites doses.

Mais à côté de ces hémorragies chez des sujets âgés qui peuvent être rapportées simplement à des poussées d'hypertension on en a observé chez des sujets jeunes ainsi que le montre une observation du Dr Van Lint, de Bruxelles, rapportée à la Société française d'ophtalmologie l'année dernière.

Déjà Uhthoff, en 1926, avait noté l'oblitération de la branche temporale de l'artère rétinienne chez un homme de 33 ans. M. Van Lint rapporte une même observation d'un homme de 30 ans, dont voici, brièvement résumée l'histoire. Ce jeune homme prend la syphilis à 25 ans, il est immédiatement soigné par une série de 12 injections de novarsénobenzol à la dose maximum de 90 cgr.

Rentré à Bruxelles l'année suivante il reçoit des injections de métarsénobenzol. A la 5e injection (75 cgr.) il éprouve immédiatement une forte céphalée, des picotements aux mains et aux pieds. Une demi-heure après, la vue de l'œil droit se trouble ; le malade croit voir des

éclairs, un véritable feu d'artifice et remarque bientôt qu'un voile paraît cacher la partie supérieure des objets.

Le lendemain, à l'examen, on voit un œdème de la rétine limité au secteur inféro-externe (domaine de l'artère temporale inférieure) partant de la papille et s'étendant jusqu'à la périphérie, mais en s'amoindrissant progressivement. Le champ visuel présente un scotome supéro-interne nettement délimité. L'aspect laiteux de la rétine disparut graduellement et l'on aperçut une lésion vasculaire et un trouble du côté de la rétine.

Enfin, on a signalé des *névro-rétinites*. Entre autres, voici l'observation d'un malade parue dans l'*Americ. Journal of Ophtalmology* de 1921, où il s'agit d'une névrite optique unilatérale qui apparut après 5 injections d'arsénobenzol chez un sujet qui avait un chancre de la verge. L'acuité visuelle était de 1/10, la papille faisait saillie, était surélevée de 4 D avec arborisations veineuses, distendues et tortueuses.

D'autres observations de névro-rétinites ont été décrites avec opacité du vitré chez des jeunes sujets.

Enfin on a signalé des *chorio-rétinites*, entre autres un cas de Harding publié, dans l'*Amer. Journal of Ophtalmology* de 1921. Il s'agissait d'un jeune sujet de 24 ans traité pour un accident primitif par 40 à 50 cgr. d'arsénobenzol avec 8 injections. Après la 4e injection, la vision commence à décliner. Après la 7e l'acuité visuelle était de 3/10 à droite et de 1/60 à gauche, avec vitré trouble. On abandonne les injections d'arsénobenzol et le malade fut soumis au traitement mercuriel ; peu à peu le vitré redevient plus clair et l'acuité visuelle remonte à 6/10 et 6/20.

Voilà donc toute une série de troubles visuels du côté de la conjonctive, du côté de la cornée, du côté de l'iris, de la rétine, des vaisseaux et de la papille survenus à la suite d'injections d'arsénobenzol, qui semblent bien la conséquence d'une intoxication déterminée par le poison.

A côté de ces troubles d'origine toxique, il faut citer les accidents qu'on peut assimiler à ce qu'on désigne sous le nom de réaction d'Herxheimer.

Troubles rentrant dans le cadre de la réaction d'Herxheimer. Quel que soit le mécanisme de cette réaction, qu'elle soit due à la mise en liberté de toxines de tréponèmes au moment de leur destruction, ou à une exagération de leur virulence au moment de l'attaque médicamenteuse, la réaction d'Herxheimer n'est pas douteuse et l'on voit souvent les lésions s'exagérer à la suite des injections. Car il s'agit toujours ici d'exagération de lésions existantes, soit de lésions appréciables, soit de lésions latentes qui avaient passé inaperçues.

On peut observer, dans ces cas, des troubles du côté de l'iris, de la rétine ou du côté du nerf optique.

On a noté par exemple l'exacerbation d'iritis ou d'irido-cyclite. On a vu parfois, 24 heures après une injection d'arsénobenzol, une aggravation des phénomènes subjectifs avec réaction périkératique intense, voire même iritis, hyphéma et accroissement considérable des précipités sur la membrane de Descemet.

M. Toulant en avril 1923 a rapporté, dans les *Archives d'Ophtalmologie* des observations de rechutes d'iritis à la suite d'injections d'arsénobenzol :

Un sujet, qui avait souffert autrefois de deux poussées d'iritis aiguë, présentait à la 3e injection une récidive suivie, à la 4e injection, d'hyphéma et de glaucome secondaire. C'est dire que ces injections sont loin d'être inoffensives, puisqu'on peut même noter l'apparition d'une irido-cyclite, sur un œil présentant des lésions des membranes voisines ou inversement.

Avec, M. Prélat, en 1914 nous avons rapporté des observations de troubles oculaires survenus à la suite de l'emploi de salvarsan. Nous avons noté entre autres un cas de surdité et d'irido-cyclite survenues quatre semaines après la 3e injection de néosalvarsan. (*Archives d'Ophtalm*, 1914, p. 23).

Je vous rappelle rapidement cette observation (c'était un sujet de 28 ans qui se présentait à notre consultation d'ophtalmologie parce qu'il avait été traité auparavant par une série d'injections intra-veineuses pour un accident primitif. A la fin de cette période, se développa une iritis aiguë sur l'œil gauche après une première injection d'arsénobenzol de 30 cgr. Une seconde injection de 40 cgr. deux jours plus tard, provoqua non seulement une aggravation de l'iritis mais une papillo-rétinite. Les suites immédiates avaient été normales, mais trois semaines plus tard apparurent des céphalées et les accidents que je viens de vous indiquer, avec une diminution de l'acuité visuelle et de l'ouïe qui disparurent, sauf la surdité qui persistait encore trois mois après la dernière injection.

S'agissait-il là d'une réaction d'Herxheimer où le salvarsan était-il seul en cause ? Nous y reviendrons plus loin, mais dans notre cas, dans les semaines qui suivirent, l'iritis s'améliorait, laissant simplement quelques synéchies et l'acuité visuelle était remontée à 3/10.

Stoewer a publié un cas du même ordre : à la suite d'injections de salvarsan, survint une iritis violente avec exsudats considérables dans l'humeur aqueuse chez un sujet présentant un syphilome juxta-papillaire, alors que le tractus uvéal était absolument normal. Sans doute s'agissait-il d'une iritis latente, demeurée ignorée, que l'injection de salvarsan avait réveillée d'une façon assez intense. On pourrait citer d'autres exemples, et ceci montre bien que la localisation des spirochètes dans les tissus oculaires peut être beaucoup plus étendue que la clinique ne permet de le supposer.

A côté des iritis, il faut placer les *kératites*. De même qu'on n'observe pas beaucoup de lésions purement toxiques à la suite de l'emploi de l'arsénobenzol, de même on n'observe guère de kératites à la faveur de la réaction d'Herxheimer. Nous savons d'ailleurs que l'arsénobenzol paraît assez inoffensif pour la cornée. Déjà la kératite interstitielle ne paraît pas très modifiée.

On a vu semblables kératites apparaître au cours ou à la fin du traitement spécifique et il ne semble pas que quel que soit le mode de traitement employé on obtienne des résultats rapides sur l'évolution de la kératite interstitielle.

A ce propos je citerai une thèse de Lacombe sur les « Réactions oculaires au cours du traitement anti-syphilitique (Thèse Paris, 1924), dans laquelle est rapportée une observation assez suggestive. C'est un sujet de 9 ans, hérédo-spécifique, ne présentant d'autre symptôme qu'une réaction de Wassermann positive. Il reçoit 6 injections d'arsénobenzol du 2 au 20 octobre. Le 22 octobre, c'est-à-dire deux jours après, se développe une kératite interstitielle sur l'œil gauche, puis sur l'œil droit. A supposer que les injections d'arsénobenzol n'aient pas eu d'influence sur le développement de la kératite — quoiqu'elle soit apparue 2 jours après l'injection — il semble bien en tous cas n'avoir aucunement agi sur la prophylaxie de la kératite et ne semble pas capable de la prévenir. Nous avons observé un cas de même ordre avec le Dr Queyrat.

Enfin cette réaction d'Herxheimer peut entraîner des *névrites*, voire même des *atrophies optiques*. Il en a quelques observations : Hirschberg a rapporté un cas de cécité subite à la suite d'injection d'arsénobenzol chez un

sujet atteint de névrite optique. On ne saurait donc être trop prudent quand le nerf optique est touché.

Dans un autre cas de Zimmermann, il s'agit d'un nègre avec syphilis secondaire précoce qui après 6 injections hebdomadaires d'arsénobenzol présenta une amaurose complète, alors qu'avant le traitement il avait une vision absolument normale.

Dans le cas précédent au contraire le nerf optique était déjà touché avant l'injection. Ce n'est donc pas tout à fait la même chose. Mais ceci montre, je le répète, combien il faut être prudent dans l'emploi de l'arsénobenzol chez un sujet qui a une altération du nerf optique.

A ce propos, M. Abadie a, je crois, raison en attirant l'attention sur les dangers de l'emploi sans mesure de cet arsénobenzol chez des malades présentant déjà une névrite optique. M. Abadie dit avoir observé des cas d'aggravation à la suite de ces injections et pour ma part j'ai eu l'occasion de voir également des résultats désastreux.

Il faut être prudent, surtout quand il s'agit d'atrophies tabétiques. Quel que soit le traitement employé ici, nous ne sommes pas certains d'agir sur l'atrophie optique, mais tout au moins ne devons-nous pas l'aggraver. Et il faut se montrer prudent aussi bien dans l'emploi du traitement que dans l'interprétation de sa valeur, car rien n'est plus variable que la marche d'une atrophie optique et nous ne pouvons pas en prévoir l'évolution.

Je vois depuis 18 ans un malade atteint d'atrophie optique ; c'est un tabétique syphilitique qui avait une atrophie optique à marche rapide. Quand il est venu consulter il avait à l'œil gauche une atrophie à peu près complète, il voyait simplement les mouvements de la main en dehors ; l'œil droit avait une acuité visuelle de 1/2, avec perte de toute la moitié supérieure du champ visuel ; la papille était un peu décolorée et à gauche papille blanche, atrophique et cécité presque complète de ce côté, le sujet distinguant seulement les mouvements de la main en haut et en dehors. Les phénomènes avaient évolué rapidement. On avait employé l'arsénobenzol et les sels mercuriels de façon très intensive. Ces traitements très intensifs ayant semblé précipiter l'évolution des lésions, je supprimai toute injection, me contentant de traitements mercuriels très espacés et très modérés, joints à l'hygiène générale et au lipiodol. Je suis ce malade depuis 18 ans. Les lésions n'ont guère progressé ; le champ visuel est toujours le même ou à peu près, l'acuité visuelle a peu diminué à droite, l'œil gauche conserve toujours le peu de vision qu'il avait lors de mon premier examen et l'atrophie optique demeure sensiblement identique.

Pourquoi cette atrophie est-elle stationnaire ? Ce n'est pas sans doute a cause du traitement très léger que nous avons institué. Mais en tous cas la cessation du traitement intensif qui précipitait les lésions a permis de maintenir un état stationnaire.

3e *Les neuro-récidives.* — C'est le troisième type de lésion qu'on peut observer, conséquence, semble t-il, d'un traitement insuffisant par les arsénobenzols lors des périodes primaire et secondaire de l'affection. Ces neurorécidives témoignent nettement de l'action des arsénobenzols sur les spirochètes. La stérilisation de la syphilis au début par des doses assez considérables entraine la destruction rapide des spirochètes, particulièrement exposés à l'action du médicament pendant les périodes de début. D'autres, localisés en des points de l'organisme où ils sont protégés, ont pu résister et si on tue la plupart des spirochètes, on a diminué en même temps la résistance de l'organisme, on a supprimé les réactions humorales et le développement des anticorps. Plus tard les spirochètes respectés reprennent leur activité et, rencontrant des tissus sans défense, donnent lieu à des neuro-récidives.

Elles s'observent dans les maladies du système nerveux du globe oculaire. Avec M. Prélat, nous avons rapporté des observations de paralysies des muscles oculaires et de névrite oculaire après une injection de salvarsan qui semblaient bien devoir être rapportées à une neuro-récidive.

Vous trouverez ces observations dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1914. Voici la première ; Paralysie du moteur oculaire externe droit, surdité gauche, paralysie faciale gauche survenue trois semaines après trois injections de salvarsan. C'était un sujet âgé de 28 ans qui se plaignait de voir double. On trouve un chancre. On avait institué le traitement mercuriel par injections de sels mercuriels. On fit trois injections de salvarsan et c'est à la suite de ces trois injections que le malade présenta une paralysie du droit externe et une surdité gauche. La ponction lombaire avait donné issue à un liquide céphalo-rachidien hypertendu ; lymphocytose assez notable.

On abandonna les injections d'arsénobenzol et on fit un traitement mercuriel ; peu à peu la diplopie disparut en même temps que les troubles de l'ouïe diminuaient ; il y eut également une amélioration appréciable de la vision.

Nous avons encore une observation de paralysie à la suite de trois injections d'arsénobenzol : voici le cas. Il s'agissait d'une névrite optique bilatérale survenue six jours après la 2e injection de salvarsan, je passe sur le détail du traitement. Là encore le sujet vit tous ses symptômes fonctionnels s'améliorer. A l'examen, le lendemain, l'acuité visuelle était de 2/10 à droite, de 4/10 à gauche et le champ visuel est rétréci.

Le malade fut soumis à une série d'injections mercurielles. Le 9 avril, c'est-à-dire 6 mois après le début des injections, l'acuité visuelle était redevenue normale ou à peu près à droite, mais à gauche elle avait encore diminué, et le champ visuel restait rétréci. En même temps la papille était atrophiée.

Ces neuro-récidives s'observent du côté du nerf optique, du côté de l'iris, et du côté des nerfs crâniens, peut-être un peu moins aujourd'hui qu'au début quand on cherchait à stériliser par des injections massives de salvarsan qui ont donné de gros déboires, car si, à la suite d'injections massives on détruit une grande quantité de spirochètes, on diminue les réactions humorales capables de lutter contre l'infection spirochétienne.

On a noté encore dans certains cas la présence de *syphilomes*. M. Rochon-Duvigneaud et Monbrun ont rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1911, deux observations de sujets atteints de syphilis oculaires très graves survenues quelques semaines après les injections d'arsénobenzol. C'étaient deux observations d'iritis avec papillite et papillo-rétinite.

Voici parmi les statistiques relevées la statistique de Fehr qui est intéressante car elle remonte à une époque (1912) où on espérait enrayer les syphilis précoces par une seule dose massive de sels arsenicaux.

Sur 340 observations de syphilis précoce traitée par une injection massive, et dans lesquelles l'œil était normal avant le traitement, il y eut 32 oculo-récidives dont :

12 iritis (dont 9 très intenses) ;
2 chorio-rétinites ;
11 névrites optiques ;
6 paralysies oculaires.

Je ne donne pas d'autres détails ; mais dans l'ensem-

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène sociale, par L. MARCH, LESAGE, SCHNERB, LAUBRY, JACQUET, CAHEN, SICARD DE PLAUZOLES, VAUDREMER, FAIVRE, GODARD, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. Volumes XXII et XXIII du *Traité d'Hygiène* publié sous la direction de L. MARTIN et G. BROUARDEL, Paris 1929. 2 vol. de 435 et 594 pages : 160 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris VIe.

La parution dans le *Traité d'Hygiène* de Martin et Brouardel de deux volumes consacrés à l'hygiène sociale était attendue avec impatience par tous les spécialistes en la matière. Cette publication remplit heureusement une lacune jusque-là existante dans la littérature française, qui était restée bien en arrière des publications étrangères consacrées à ce problème, et affirme l'intérêt que l'on accorde actuellement en France aux problèmes de médecine sociale.

Le premier volume débute par une étude approfondie des divers domaines de la démographie (L. March). Morbidité et mortalité, natalité, nuptialité, divorces et fertilité des mariages, sont autant de problèmes traités en détail.

La puériculture sociale a été confiée à la plume experte du Dr Lesage. Mortalité infantile et protection sociale de la première enfance sont les deux grosses questions traitées. Protection de l'enfant avant sa naissance, de l'enfant abandonné, de l'enfant en nourrice, de l'enfant en crèche, de l'enfant dans sa famille, protection de l'enfant élevé en commun, vulgarisation des notions de puériculture : cette énumération des principaux sujets traités suffit à montrer le souci d'être complet qui a inspiré l'auteur. Celui-ci termine son exposé par une étude sur les tendances nouvelles de la puériculture sociale et sur un tableau récapitulatif des œuvres d'assistance (pendant la grossesse, pendant l'accouchement, pour les mères nourrices, pour les nourrissons au biberon).

Ce premier volume est complété par deux études, l'une sur la participation des pouvoirs publics à l'hygiène sociale (Schnerb) et l'autre sur la salubrité de l'habitation (P. Juillerat), cette dernière examinant tour à tour le logement insalubre et le logement salubre.

Le second volume contient deux études relatives, l'une au but social de l'enseignement de l'hygiène sociale (Ch. Laubry et P. Jacquet), l'autre au rôle de l'initiative privée en matière d'hygiène sociale (G. Cahen).

L'alcoolisme est étudié dans ses répercussions sociales (Sicard de Plauzolles), mais la majeure partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de la tuberculose et des maladies vénériennes.

La section consacrée à l'étude de la tuberculose au point de vue social et prophylactique (A. Vaudremer) examine successivement la clinique de la maladie, les problèmes de la tuberculose et de la guerre, la déclaration obligatoire, la législation antituberculeuse, l'armement antituberculeux, la grosse question enfin des sanatoriums et de la climatothérapie. Je n'aurai garde d'oublier le chapitre consacré à la vaccination antituberculeuse par le vaccin B. C. G. (Dujarric de la Rivière).

La prophylaxie des maladies vénériennes exposée par le Dr Faivre reçoit tous les développements exigés, notamment en ce qui concerne les mesures à opposer aux maladies vénériennes, prophylaxie individuelle, dispensaires, prophylaxie dans les collectivités (armée, marine, etc.), mesures sociales ou législatives à prendre. La prostitution est également étudiée en détail dans ses principaux points.

Tel est rapidement énuméré le contenu de cette importante publication. Il convient de souligner que l'expert en médecine du travail y trouve une foule de renseignements. C'est ainsi que dans le premier volume les différents auteurs ont eu soin de donner des indications fort intéressantes en ce qui concerne l'influence des professions sur la morbidité et la mortalité, la natalité, la nuptialité, la fertilité des mariages. Des chapitres ont été consacrés également à la loi sur le repos des femmes en couches et sur la protection de l'enfant d'ouvrière d'usine.

Le second volume contient également des données sur l'influence de la profession sur la tuberculose, sur les mesures prises contre les maladies vénériennes chez les marins du commerce.

Mais il faut citer surtout le chapitre écrit par M. Justin Godart sur les lois ouvrières et l'hygiène sociale. Les rapports de l'hygiène sociale et de la législation du travail, la législation de l'hygiène du travail au sens strict du mot, sont successivement abordés dans cette étude, qui se termine par quelques pages sur le « Bureau international du travail, laboratoire d'hygiène du travail », où l'auteur a su résumer l'essentiel de l'œuvre accomplie dans ce domaine par l'Organisation internationale du travail créée par la partie XIII, du traité de Versailles.



ble ces observations montrent que ces lésions étaient assez intenses, allant quelquefois jusqu'à la formation de syphilomes.

Voici encore une observation de Jacoby intéressante, car il s'agissait simplement d'un sujet atteint de roséole qui reçut douze injections intra-musculaires de salicylate de mercure et six injections intra-veineuses d'arsénobenzol ; en tout 3 gr. 50 d'arsénobenzol.

Trois semaines après la dernière injection, se développa une iritis avec hypopyon avec nombreux exsudats pupillaires, hémorragies rétiniennes et hyperhémie de l'iris. Le traitement spécifique étant demeuré sans résultat, l'œil dut être énucléé en raison des douleurs persistantes et parce qu'on craignait une tumeur.

L'examen histologique montra une panophtalmie avec lésions d'endo et de péri-vasculite, inflammation cellulaire considérable et leucocytose. Au contact de la papille, était un syphilome, englobant la choroïde et la rétine.

L'ensemble de ces faits suffit à montrer la série d'accidents qu'on peut observer à la suite d'injections d'arsénobenzol et du traitement arsenical, il faut donc être prudent.

Notre malade qui, pour un psoriasis, avait reçu six injections d'acétylarsan et présentait ensuite une perte complète de la vision des deux yeux, eut la chance de récupérer sa vision. Mais il est des cas où les injections d'arsénobenzol ont déterminé une atrophie optique définitive. Il ne faut pas abandonner l'emploi de l'arsénobenzol, mais nous devons nous montrer très prudents. Au moment de l'apparition des arsénobenzols et du 606 on examinait toujours le fond de l'œil avant de commencer le traitement arsenical et je crois que cette précaution est bonne. Chez un individu qui a une névrite optique, il faut user davantage encore de prudence et suspendre l'arsénobenzol en présence la moindre lésion du nerf optique.

Sans doute il s'agira le plus souvent d'une réaction d'Herxheimer ou de neuro-récidives et la continuation du traitement fera souvent disparaître ces phénomènes. Mais si en présence d'une iritis ou d'une irido-cyclite il est permis de poursuivre le traitement au risque d'aggraver l'iritis (qui pourrait être utilement combattue par l'atropine), quand il s'agit d'une atrophie optique ou d'un tabétique avec une acuité visuelle réduite et qui diminue tous les jours davantage sous l'influence du traitement, il paraît téméraire d'augmenter les doses et de poursuivre le traitement.

Que faire donc en présence d'une atrophie optique tabétique ? Faut-il en dernier recours s'adresser à la malariathérapie et injecter le sérum de sujets atteints de fièvre paludéenne et en période d'accès de fièvre tierce. C'est là une sorte de pyréthérapie qui semble donner des résultats sur l'élément douleur, surtout dans la paralysie générale ; elle en a moins chez les tabétiques et agit surtout chez les paralytiques généraux. D'ailleurs déjà, chez les anciens auteurs, on avait noté que les sujets atteints de paralysie générale étaient ordinairement améliorés, s'ils prenaient la malaria. L'atrophie optique au contraire ne semble guère modifiée. Je n'ai aucune expérience personnelle sur ce sujet, mais les travaux que j'ai lus à ce propos (ce sont surtout des travaux allemands dont les auteurs n'ont pas craint de tenter de semblables expériences,) et les résultats indiqués ne sont pas encourageants. Le plus souvent le traitement semble avoir sensiblement accéléré la marche de l'atrophie optique ou quelquefois même sa recrudescence. Remarquons toutefois que l'inoculation de la malaria ne rend pas le sujet paludéen de façon définitive ; car par un traitement à base de quinine on arrête rapidement et quand on veut la malaria ; même en présence de réactions très vives, un traitement par la quinine suffit pour en arrêter l'évolution.

Peut-être aurons nous le droit chez certains sujets d'essayer ce traitement de la malariathérapie, en présence d'atrophies optiques devant lesquelles nous sommes absolument désarmés. On pourrait aussi, au besoin, employer l'arsénobenzol à condition de se montrer extrêmement prudent. Car M. Abadie a raison, l'emploi du mercure en injections intra-veineuses peut donner dans les cas d'atrophie optique les mêmes résultats que l'arsénobenzol sans en avoir les inconvénients. Il faudra donc toujours commencer par elles.

CHRONIQUE

Le rôle pathogène des vers intestinaux.

Nos anciens et, depuis eux, pas mal de commères inclinaient à incriminer les vers intestinaux dans nombre d'états morbides Puis, une réaction s'était produite dans les milieux médicaux, telle que la pathogénie parasitaire n'était plus admise que pour un petit nombre de maladies bien déterminées.

C'est de cette opinion que M. Léo en appelle (1). Pour lui, la parasitose est fréquente et elle prend les masques les plus divers. Il en a vu des cas graves qu'un simple vermifuge a guéri et lui, chirurgien d'une habileté consommée et reconnue, en est venu à rayer du domaine chirurgical certaines affections locales parce qu'il a pu les guérir avec un peu de thymol.

***

Le rôle des toxines vermineuses, acquisition récente de ces dernières années, lui apparaît comme d'une importance capitale. Cette notion apporte à l'interprétation des faits cliniques un appui nécessaire. La totalité des auteurs considèrent l'existence des toxines venimeuses comme prouvée. Evidemment, il manque à la toxicologie des parasites la possibilité de définir les substances toxiques, d'en donner la formule chimique, exacte.

Dans l'attente d'une définition précise de ce genre, les chercheurs ont pu cependant étudier les effets biologiques de ces toxines, soit chez l'être humain, soit chez l'animal, sur les éléments figurés du sang, sur le sérum sanguin, sur les propriétés des humeurs.

Éléments figurés du sang. — 1° La constatation de l'*éosinophilie* sanguine exagérée est un des meilleurs arguments en faveur de la toxicité des produits des parasites : Elle existe dans la plupart des cas. Elle est proportionnelle à la gravité des accidents généraux provoqués par les vers. Son absence ne donne, en aucune façon, le droit de conclure à l'absence de toute infestation : elle est plus forte dans les cas où le parasite pénètre les tissus du sujet, moins forte dans les cas où le parasite est hébergé seulement dans la lumière intestinale, avec une muqueuse intestinale qu'il attaque par sa cavité buccale, mais sous laquelle il ne se faufile pas, dans laquelle il ne s'incruste pas.

Le taux de l'éosinophilie a été trouvé par Simonin de 18 % dans l'ascaridiose, de 11 % dans l'oxyurose, de 16 % chez le porteur de tænias ; il est de 40 à 50 % dans l'ankylostomiase, très faible dans la bothriocéphalose.

(1) Léo. — *Helminthes et protozoaires les plus fréquents.* L'Expansion scientifique française, éd., Paris, 1929, 20 fr.

Les toxines de la mère peuvent traverser le placenta et les glandes mammaires. Dans un cas observé par GAGNONI, une femme qui portait un tænia présentait une forte éosinophilie de 8 % et nourrissait son enfant. Celui-ci avait 12 % d'éosinophiles, taux supérieur à celui de la mère. Après expulsion du tænia maternel, la formule leucocytaire de la mère et celle de l'enfant redevinrent normales.

2° *Globules rouges.* — Les expérimentateurs ont noté l'hypoglobulie, l'apparition d'hématies granuleuses.

ACCOUTUMANCE. *Accoutumance rapide* (Réactions immédiates). — Lorsque, chez un animal, on fait pénétrer dans la circulation des liquides de sécrétion ou des extraits d'origine vermineuse, capables d'exercer une action toxique manifeste, on constate qu'après la première injection de ce produit, il est possible, au bout de quelques instants, d'en injecter de nouvelles doses mortelles sans qu'apparaissent aucun des troubles habituellement observés : il s'est donc établi en un temps très court, une « accoutumance rapide ». Elle rend inoffensive la pénétration des substances capables de provoquer même la mort, et en tous cas, des accidents graves dans des conditions ordinaires. Elle est transitoire.

Réactions tardives. — Le passage dans l'économie de certains produits d'origine vermineuse, agissant à titre d'antigènes, provoque dans les humeurs l'apparition « d'anticorps spécifiques ».

Ceux qui ont été mis en évidence déjà, appartiennent surtout par leurs propriétés aux groupes des « précipitines » et des « sensibilisatrices » que l'on peut mettre en évidence par les réactions de fixation de complément de BORDET-GENGOU.

La préparation et le titrage des antigènes sont, d'ailleurs, des opérations très délicates et pour un même produit vermineux, antigènes alcooliques ou acétoniques peuvent manifester des différences d'activité considérables.

Anaphylaxie vermineuse. — Etudiée pour la première fois par CHAUFFARD, les travaux sur l'anaphylaxie vermineuse se sont multipliés.

L'*intra-dermo-réaction* permet d'en tirer une application au diagnostic. GASBARRINI a appliqué les notions de l'anaphylaxie au diagnostic de l'échinococcose. Il injecte un demi-cc de liquide hydatique dans le derme de l'avant-bras : en cas de réaction positive, apparaît, en trois ou douze heures, une tache érythémateuse, ovalaire plus ou moins intense du derme, avec prurit, et augmentation de température locale.

CONCLUSIONS. — Les vers intestinaux sont susceptibles d'agir par leurs toxines.

Il est évident, du reste, que les vers tout en intoxiquant par eux mêmes, peuvent devenir, de plus, des inoculateurs de germes microbiens. GUIART et JOYEUX ont été les initiateurs de cette opinion, que les parasites sont des agents d'inoculation de la muqueuse intestinale.

Pour BÉCART, le coli-bacille ne disparaît par vaccination, que si on a expulsé les parasites intestinaux : les vers ouvrent la porte aux bacilles et la rouvrent sans cesse.

* * *

Caractères généraux de la symptomatologie. — 1° L'intensité des signes est très variable d'un sujet à l'autre.

2° Le nombre des signes est variable d'un sujet à l'autre. Si nombreux soient-ils, les symptômes ne se rencontrent pas au complet chez un seul porteur.

Tel porteur du trichocéphale a de l'asthme, qui disparaît entièrement par le vermifuge. Tel oxyurique aura de la méningite, telle autre de la vulvo-vaginite, tel autre de la pharyngolaryngite. Cette variabilité de la symptomatologie pourrait finalement faire douter de sa légitimité, si elle n avait pas deux caractères d'authenticité : 1° la précision des signes de parasitose est réelle ; elle est précise quoique vaste ; il y a en clinique une liste de symptômes liés aux parasites ; tous les autres symptômes en sont indépendants ; 2° la disparition des signes coïncide avec la disparition des parasites.

* * *

Symptômes propres aux helminthes (oxyures, ascaris, trichocéphales.) EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE ET SYSTÈME NERVEUX. 1° *Masque de l'helminthiase.* — Taches jaunes, irrégulières sur la peau de la face.

Ce signe, péremptoire, consiste en une coloration jaune sale, tantôt claire, tantôt foncée, en placards, à limites souvent indécises, quelquefois très nettes, qui siègent autour des lèvres, aux tempes, sur le front entier, ou bien à droite et à gauche sur les bosses frontales, parallèlement aux sourcils, en une bande unique ou en deux bandes séparées, l'une à droite, l'autre à gauche, au menton, à cheval sur le nez en lunettes, au cou, aux joues. Il évoque l'idée d'une peau mal tenue qu'un savonnage pourrait remettre en état de propreté. Il n'en est rien.

2° *Méningite vermineuse.*— La réaction méningée est créée par des toxines vermineuses qui peuvent pénétrer dans le liquide céphalo-rachidien par la voie des plexus choroïdes, et qui sont capables d'amener non seulement des symptômes méningés cliniques, mais encore des modifications chimiques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien.

3° *Irritabilité du caractère*, neurasthénie, misanthropie, idées de déchéance ou de suicide. Rien n'attire, *a priori*, l'attention vers l'helminthiase, sauf l'expérience de cas analogues. Cependant parmi les seuls signes qui peuvent faire penser à l'infestation par les vers, on a signalé la prédominance nocturne des accidents.

4° *Terreurs nocturnes des enfants.* — Les parasites intestinaux ont souvent joué un rôle dans la pathogénie de ce syndrome. D'autres facteurs peuvent être mis en jeu et, parfois, la parasitose ne joue aucun rôle. Il suffit qu'elle ne soit pas toujours innocente pour qu'il soit utile de rappeler l'opportunité d'un traitement vermifuge d'épreuve en cas de terreur nocturne infantile.

5° *Grincements de dents.* — Chez les enfants, les grincements de dents la nuit sont un excellent signe avertisseur de la présence de parasites intestinaux.

6° *Muqueuse des fosses nasales.* — Prurit nasal. Ce prurit nasal a pour caractère principal d'être léger et de ne pas toujours devenir conscient chez le porteur. Cette légèreté de sensation est pourtant suffisante pour provoquer le geste de se toucher le nez qui devient, d'abord, une habitude, puis un tic, grâce auquel ce geste passe inaperçu pour celui qui l'accomplit.

7° *Muqueuse du pharynx.* — L'irritation de la muqueuse du pharynx est un peu moins fréquente que celle des fosses nasales. Elle s'observe assez souvent et amène une sensation de sécheresse très semblable à celle que ressentent les grands fumeurs. Elle est difficile à isoler de l'ensemble des irritations muqueuses des cavités bucco-nasales.

8° *Muqueuse linguale.* — Les anciens auteurs avaient remarqué chez les porteurs de parasites, le développement et l'hypertrophie des papilles de la langue. Il leur arrivait souvent de faire le diagnostic des vers intestinaux par le simple aspect de cet organe. L'exactitude de ce signe n'est pas absolue. Des porteurs ont été reconnus, dont la langue était parfaitement normale.

RÉGION DU COU. — *Tic laryngé. Toux vermineuse.* — L'organe de la voix, de la toux, de la respiration, que représente le larynx, est très souvent influencé dans son fonc-

tionnement par les parasites du tube digestif. Le « tic laryngé » en constitue l'exemple le plus fréquent, le plus caractéristique et le plus pathognomonique. La sensation de prurit qui portait le sujet à toucher le lobule de son nez lorsqu'il s'agissait de la muqueuse nasale, le porte à émettre brusquement de l'air par le larynx pour balayer sa muqueuse laryngée. Ce tic a pour origine une sensation de sécheresse au niveau des terminaisons nerveuses de la muqueuse laryngée ou pharyngée, et non pas une sensation de mucosités trop abondantes. L'intensité du bruit produit par ce tic est très variable. Il revêt parfois l'apparence d'une petite toux sèche incessante (cause de bien des consultations chez les spécialistes de phtisie et de bien des radiographies des sommets), parfois la forme d'une sorte de rugissement, susceptible d'incommoder tout l'entourage.

LE TUBE DIGESTIF ET SES ANNEXES. — 1° *Sialorrhée* diurne et nocturne : se traduit finalement au réveil par des taches de salive sur la taie.

2° Un individu qui souffre de l'*estomac* peut voir disparaître ses douleurs en même temps que ses helminthes.

3° *Intestin grêle*. Il est très difficile de faire la part de ce qui revient à l'intestin grêle, et de ce qui revient aux côlons, dans les « coliques vermineuses », assez fréquentes mais nullement de règle dans la parasitose.

4° *Appendicite*. L'appendicite vermineuse est, pour LÉO, plus fréquente que ne pensent généralement les cliniciens, et plus rare que ne l'ont dit certains parasitologues.

D'une part, les vers intestinaux, par leur seule présence dans le segment iléo-cæcal, peuvent provoquer le syndrome fonctionnel de la typhlite, ou de l'appendicite chronique d'emblée. La recherche des œufs de parasites dans les selles contribue à établir le diagnostic.

D'autre part, les vers intestinaux sont capables de déterminer trois catégories de lésions au niveau de l'appendice.

a) soit de simples érosions de la muqueuse, moins graves par elles-mêmes que par les inoculations microbiennes qu'elles entraînent dans les follicules lymphatiques et dans leur voisinage (oxyures et trichocéphales) ;

b) soit des perforations totales de l'appendice (ascaris) ;

c) soit des oblitérations de lumière, en formant de véritables corps étrangers.

Par ailleurs, BLANCHARD et GUIART ont insisté sur la possibilité pour les nématodes parasites du cæcum et de la fin de l'iléon, sans pénétrer dans l'appendice, d'inoculer des germes pathogènes dans les lymphatiques qui communiquent avec l'appendice. On peut, ainsi, en arriver à mettre sur le compte des « infections d'origine vermineuse », la plupart des appendicites observées chez des sujets porteurs de vers dont les selles renferment des œufs de trichocéphales, d'ascaris ou d'oxyures. LÉO ne répugne pas à supposer que les intestins lésés par les vers provoquent par voisinage ou essaimage microbien, par voie sanguine ou par voie lymphatique, la majorité des appendicites chroniques ou aiguës. On peut laisser un pourcentage d'au moins 20 % et peut-être davantage aux appendicites indépendantes de l'helminthiase.

5° *Muqueuse du cæcum et du côlon*. Les cavités cæcales et coliques constituent l'habitat principal et normal des espèces parasitaires qui sont l'objet du livre de LÉO.

Ces parasites provoquent une irritation de la muqueuse, d'où colite, entérite, typhlite.

Les signes cliniques sur lesquels se traduisent ces différentes lésions parasitaires du cæcum et du côlon seraient les suivantes :

1° Les selles molles, pâteuses, surtout fétides, constituent un symptôme très fréquent. Ces selles exigent une recherche attentive pour découvrir les oxyures, les lamblias les trichocéphales, les ascaris qui entretiennent cet état, quand bien même ils ne l'auraient pas créé.

2° Les selles glaireuses, les diarrhées fréquentes, ont la même signification.

3° Les douleurs abdominales de l'entéro-colite, les spasmes, signes associés aux selles morbides, pâteuses et fétides, appellent les mêmes remarques sur leur pathogénie parasitaire fréquente.

6° *Lésions péritonéales et sous-péritonéales. Péricolites. Mésentérites*. Les lésions secondaires de l'entéro-colite, telles que les brides péritonéales, mésentérites, rétractions de mésos, péricolites, elles-mêmes créatrices de stase intestinale chronique, d'occlusions intestinales, de torsions, peuvent faire figure de conséquences de la parasitose qui a créé la lésion primordiale.

7° *Rectum*. Cette région est surtout le domaine des oxyures. Ils y viennent déposer leurs œufs ; on peut les y voir par rectoscopie. C'est à la surface des fèces que les œufs sont le plus nombreux. Ils sont entraînés comme les pierres des berges par le courant d'une rivière. Cette circonstance est de grande utilité pour le diagnostic de la présence des parasites.

8° *Région anale*. Le prurit anal signale la présence d'oxyures femelles, en grand nombre, venues pondre dans le rectum des œufs qui deviendront, trois mois plus tard des vers adultes.

La ponte effectuée, les femelles meurent et s'il n'y a pas eu une nouvelle infestation, l'intestin reste indemne de vers ; il se passe ainsi un temps assez variable suivant les individus et qui oscille, d'après l'expérience de LÉO, entre deux ou trois mois ; après quoi, les œufs déposés dans l'intestin qui, avec sa température de 38°-40°, présente un optimum pour leur développement, viennent à l'éclosion. Un synchronisme parfait existe naturellement entre le dépôt des œufs et l'apparition du prurit anal ; mais nous ignorons pourquoi ce symptôme se manifeste toujours de préférence vers le soir, et avec une telle régularité qu'il a été souvent comparé à la fièvre de la malaria quotidienne. LÉO considère inexacte l'opinion souvent formulée que la chaleur du lit et la position horizontale sont la cause du prurit anal, qui, au contraire, dans la plupart des cas, commence avant le coucher.

VOIES URINAIRES. — La coli-bacillurie est souvent liée à l'existence de parasites intestinaux ; leur passage est favorisé par les lésions de la muqueuse dues aux parasites.

« L'oxyure qui a son corps dans la cavité intestinale, se nourrit de sang, en se fixant à la muqueuse par son orifice buccal, en ventouse. Un clinicien considérerait-il comme inoffensif pour sa muqueuse à lui d'être piqué un nombre illimité de fois par quelque élément offensant, qui ne serait pas une oxyure ? »

ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME. DYSMÉNORRHÉE DOULOUREUSE. — La présence des parasites, oxyures, ascaris trichocéphales dans le tube digestif, est capable, pour LÉO, de devenir la cause de douleurs au moment des règles. Quand on a diagnostiqué et traité les variétés si nombreuses de maladies gynécologiques, un résidu de malades subsiste : c'est parmi ces malades que l'on rencontrerait la parasitose. Un simple traitement vermifuge supprimera leurs douleurs, et fera ce qu'aucun autre traitemenr n'aura fait pour elles, antérieurement.

Les espèces de parasites constatés chez 16 malades avec règles douloureuses furent les suivantes :

oxyures, dix cas ; ascaris, trois cas (associés une fois avec les oxyures) ; lamblias, deux fois (dont une fois avec trichomonas) ; trichomonas, deux fois (mais jamais seuls) ; trichocéphales, deux fois (dont une fois avec les trichomonas).

Relations pathogéniques entre la dysménorrhée douloureuse et l'helminthiase. — En présence de la constatation inattendue d'une corrélation entre un état aussi fréquent et aussi banal que la dysménorrhée douloureuse et le parasitisme intestinal encore si peu admis comme nocif par le corps médical, il y a lieu de chercher à comprendre si possible, la nature de cette action pathogène ;

1° les parasites déterminent des entérites et des entéro-colites, celles-ci sont capables à elles seules de troubler la fonction menstruelle :

2° les cas sans entérites concomitantes inclinent Léo à admettre que les parasites sont capables d'émettre des toxines qui auraient une action directe et nocive sur l'organisme.

***

Symptômes propres aux protozoaires.— *Lamblias* (giardia intestinalis). Ce qui concerne les lamblies date de ces toutes dernières années.

Cette infestation est capable d'engendrer des troubles digestifs les plus variés, et en particulier, des duodénites et périduodénites. Le diagnostic étiologique se renforce de diverses constatations :

1° l'épreuve de Meltzer-Lyon fait découvrir les lamblias dans le duodénum :

2° l'examen des selles fait découvrir les kystes de lamblias dans les matières fécales ; (ceux-ci peuvent être absents dans les selles, malgré la présence des protozoaires du type « lamblias » dans le duodénum ou la bile).

Il y a donc lieu, en présence de troubles digestifs ou biliaires inexplicables de faire un examen coprologique. S'il est négatif, un tubage duodénal sera pratiqué.

Trichomonas intestinalis. Les symptômes notés furent : une colite avec diarrhée de quatre à six selles par jour, des coliques généralement localisées au niveau de l'S iliaque, une corde colique gauche, de l'amaigrissement sans fièvre. L'examen coprologique révèle des selles molles ou liquides du type « putréfaction ».

Dans les stries du mucus et dans la partie liquide des selles, les flagellés pullulent.

***

Signes propres à chaque variété de vers. — (Ascaris, oxyures, trichocéphales). Peut-on actuellement reconnaitre par la clinique seule, quelle variété de vers est en question chez chaque malade ? Il semble qu'il n'en soit rien, et, tout au plus, peut-on se contenter de faire les ciscrimations suivantes.

Les ascaris sont à l'origine de divers syndromes intestinaux, de diverses complications post-opératoires et post-partum. Léo veut bien rappeler, qu'ainsi, j'ai signalé comme possible que les ascaris soient l'« épine pathologique » qui s'ajoutant à divers facteurs psychiques, nerveux et humoraux, conditionne et entretienne les vomissements gravidiques, d'autant mieux qu'en dehors de toute gestation, l'ascaridiose est une intoxication émétisante et hypotensive.

Oxyures. Le caractère principal de l'oxyurose réside dans la présence constante du signe « prurit anal ». Le masque est très fréquent, mais n'est pas obligatoire. L'association : prurit anal et masque éveille de suite l'idée d'oxyurose.

Trichocephales. La trichocéphalose a des caractères propres et Léo décrit un syndrome phrénique, thoracique, entéritique lié à la présence des trichocéphales intestinaux. Le trichocéphale devenu actif, soit par le nombre de ses éléments vivants, soit par une sécrétion, provoque une diarrhée, qui ouvre la scène. Cette diarrhée s'accompagne d'une excitation intense du nerf phrénique, d'où une contracture diaphragmatique avec paroxysmes qui créent des troubles fonctionnels respiratoires, non dangereux, mais impressionnants pour le malade et pour les assistants, avec douleur et même avec hoquet incessant. Cet état survient par crises, et tend à la chronicité. Les antispasmodiques calment parfois ces manifestations, sans les faire disparaître totalement. En même temps, les nerfs laryngés et ceux de la pituitaire sont atteints ; ils peuvent même jouer le rôle de précurseurs en créant : rhinite rebelle et modifications de la voix par dysphonie, plusieurs semaines avant l'éclosion des crises de névralgie phrénique, et avant l'excitation de la motricité phrénique.

***

Rôle du laboratoire dans le diagnostic des parasitoses. — Le laboratoire, dont Léo indique les techniques, permet de rechercher dans les selles d'un sujet les œufs des parasites dont il est infesté, ou bien les parasites eux-mêmes :

1° les examens de selles positifs, examens qui montrent des œufs de parasites ou les parasites eux-mêmes sont péremptoires, décisifs et probants ;

2° un examen négatif au cours duquel on ne découvre aucun œuf de parasite, ni parasite d'aucune sorte, est sans valeur aucune, car il y a des périodes négatives, où le ver ne pond pas, ou bien, ou le ver pond mais où la selle n'entraîne rien : les œufs entraînés peuvent être peu nombreux.

Au total, le laboratoire est muet dans bien des cas où la clinique ne l'est pas. C'est elle qui doit guider, conseiller et diriger.

***

Traitement. — *Vermifuges indiqués pour plusieurs variétés de parasites.*— 1° Le thymol.

Ce vermifuge le plus actif, et le plus constant, impose des précautions d'alimentation et de boisson, dont la méconnaissance peut avoir les plus graves conséquences, et même provoquer la mort, dit-on. Le thymol a un autre inconvénient, beaucoup plus léger : celui de pouvoir provoquer des sensations de brûlures gastriques, variables suivant les sujets, et quelquefois accentuées.

Des spécialités ont été constituées depuis peu qui enrobent le thymol dans des capsules insolubles dans le suc gastrique, et qui ne laisse le thymol s'échapper qu'en aval de l'estomac. Ainsi les sensations de brûlure sont évitées. L'incompatibilité du thymol avec l'alcool, les graisses, et la glycérine persiste même avec ces préparations pharmaceutiques spéciales.

La dose totale pour vingt-quatre heures est de deux à trois grammes, divisés en doses fractionnées de 0 gr. 60, en cachets, et beaucoup mieux en capsules glutinisées.

Cette dose de 4 à 6 capsules de 0 gr. 60 chacune, est à renouveler 2, 3, 4 jours de suite, suivant le degré d'infestation prévu, suivant l'état général du porteur, et suivant la variété des vers à expulser.

Pendant ces jours d'aborption du thymol en capsules, le sujet ne doit boire absolument que de l'eau, et s'abstenir, non seulement, des boissons alcoolisées de table, mais encore des vins pharmaceutiques qui pourraient conteuir de l'alcool (eau de mélisse, etc.) et s'abstenir aussi de bonbons à liqueur, des gâteaux au rhum, des plats alcoolisés.

De même, il devra s'abstenir d'absorber des corps gras, surtout s'abstenir d'huile, qui se trouve dans la sauce mayonnaise, les sardines à l'huile, le thon à l'huile, la salade assaisonnée, etc...

Le dernier jour des prises de thymol, il devra prendre une purgation saline (pas d'huile de ricin), une heure après l'absorption de la dernière prise de thymol.

Cette purgation destinée à chasser le médicament (et non pas les vers) doit être absorbée réellement, sans négligence de la part du porteur; afin qu'il puisse reprendre son alimentation normale. De la sorte, il n'aura plus de crainte.

Les parasites contre lesquels le thymol est fortement indiqué sont les oxyures (traitement de choix), les ascaris (traitement de choix), les trichocéphales (traitement efficace).

2° Le carbonate de bismuth. Ce produit est entré depuis peu dans la thérapeutique vermifuge. Loeper remarqua que, souvent, des malades traités au carbonate de bis

muth pour affections gastriques, déclaraient avoir rendu des vers avec leurs selles. A la suite Le Noir et Deschiens montrèrent un fait très précis et très instructif. Les petits animaux qu'ils infestèrent de parasites pour les traiter, ensuite, par le carbonate de bismuth étaient débarrassés de leurs parasites lorsque ceux-ci avaient eux-mêmes un tube digestif tels que les nématodes (ascaris, oxyures), mais le traitement était inefficace contre les cestodes (tœnias par exemple) qui ne possèdent pas de tube digestif.

Il est commode d'ordonner le carbonate de bismuth par séries de cinq jours d'absorption, suivies de cinq jours de repos, à trois reprises différentes.

3° La pelletiérine est peu toxique pour les animaux à sang chaud, toxique pour les animaux à sang froid, extrêmement toxique, aux doses les plus faibles, pour les animaux inférieurs, insectes et vers.

Ce médicament a plutôt un effet laxatif qu'un effet constipant. Parfois son emploi s'accompagne de malaises, nausées, inappétence, ou même vertiges, qui sont aussi souvent le fait des toxines vermineuses émises par les parasites tués, que le fait d'une action de la pellétiérine absorbée.

Le grand avantage de ce produit vermifuge est la simplicité de son emploi. Il n'y a pas de précaution de régime à prendre comme l'exige le thymol. Il n'y a pas un volume notable de médicament à déglutir comme le nécessite l'usage du carbonate de bismuth. Il n'y a pas de purgation à donner à la fin du régime.

Il suffit de donner à jeun, pendant quelques jours, un certain nombre de gouttes de la spécialité choisie, sans autre précaution.

Traitement particulier à chaque variété de parasites. — 1° Les oxyures sont tués aussi bien par le thymol que par le carbonate de bismuth. D'autre part, le carbonate de bismuth destiné à remplir le tube digestif des oxyures eux-mêmes, pour les faire périr en désorganisant leurs fonctions, n'agit pas sur les œufs des oxyures. Or, ces œufs se trouvent dans le rectum principalement où les femelles viennent les pondre périodiquement et où ils deviennent des vers adultes au bout de quelque temps et réinfestent l'intestin. Il y a donc lieu de détruire les œufs d'oxyures dans le rectum : le moyen le plus efficace est de baigner ces œufs dans de l'eau sulfureuse.

Le soir, au coucher, l'infesté réchauffe cette eau au bain marie, à la température de 37 à 38°, et la prend en lavement « à garder ». Le mot lavement est employé pour préciser l'emploi à faire de l'eau sulfureuse. Il n'est pas pris dans son sens habituel, car il ne s'agit nullement de faire contracter l'intestin ni de provoquer une selle. Il s'agit au contraire, de respecter le repos du muscle intestinal afin de permettre à l'intéressé de prendre un véritable bain rectal d'eau sulfureuse, grâce auquel les œufs d'oxyures seront détruits.

2° *Trichocéphales.* — Cette variété de nématodes est moins accessible que les autres à l'action du carbonate de bismuth. C'est le thymol qui est l'agent de choix.

Un traitement des anciens, très efficace contre les trichocéphales, est constitué par les grands lavements additionnés de 7 à 10 gouttes de benzine ordinaire du commerce. On les ordonne pour trois jours par exemple, renouvelables, souvent tous les quinze jours si l'on veut, ou tous les mois.

Ces lavements doivent être grands, c'est-à-dire représentés par un fort volume d'eau, d'un litre (et même deux litres en cas de dolichocôlon) pour atteindre la « région cæcale » ou siègent par prédilection les trichocéphales.

Aucune expérience n'est connue pour le mode d'action de cette benzine si diluée. L'efficacité de ce moyen résulte pour l'auteur de constatations cliniques.

Un jeune garçon de 10 ans, atteint de péritonite tuberculeuse miliaire, généralisée, constatée au cours d'une opération d'appendicectomie, conservait depuis l'opération deux fistules iléo-cutanées qui duraient sans changement pendant six mois. La

peau de la fosse iliaque droite ressemblait à une petite écumoire à petits orifices par lesquels passaient des matières fécales liquides. Les éléments solides suivaient les côlons et donnaient des selles normales.

Après six mois d'état stationnaire, des œufs de trichocéphales furent constatés dans les selles de l'enfant. Les grands lavements d'eau bouillie avec six gouttes de benzine ordinaire du commerce furent instituées.

Quatre jours après, les fistules se fermaient pour ne plus jamais reparaître. On ne peut guère parler de « coïncidence ».

3° *Ascaris.*—Le carbonate de bismuth est efficace contre les ascaris. Comme ce ver est de volume important, il faut une plus grande quantité de produit pour le tuer qu'il n'en faut pour intoxiquer les oxyures.

Le thymol sera employé pour les personnes qui préfèrent trois jours de traitement attentif aux vingt-cinq jours qu'exige le carbonate de bismuth. Aucune variété de nématode n'est mieux combattue par le thymol.

L'huile de chénopode a été préconisée par Riff (de Strasbourg). Il a montré son efficacité, et aussi son inconvénient qui est de pouvoir provoquer des troubles auditifs chez les malades déjà atteints de troubles de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne.

4° *Lamblias.* — Le stovarsol provoque une diminution notable, mais momentanée du parasite.

Une injection de sulfate de magnésie dans le duodénum par la technique de Meltzer Lyon Chiray, provoque l'afflux des giardia dans le duodénum avec la bile B.

E. Hollander a employé ces injections de sulfate de magnésie dans deux cas et n'a plus retrouvé de lamblias dans le duodénum pendant 15 jours de recherches consécutives.

Le tréparsol et le néosalvarsan, par voie intraveineuse ou par voie rectale ont été employés.

5° *Trichomonas.* — Potion gommeuse à l'essence de térébenthine.

Tout ce qui concerne le trichomonas est encore incertain et fait contraste avec les notions solidement acquises sur ce qui touche les helminthes.

***

Telles sont sommairement résumées les principales idées qui se dégagent de l'intéressant ouvrage de Léo. J'en conseille vivement la lecture détaillée à nos confrères.

Henri Vignes.

VARIÉTÉS

Les amitiés de salle de garde.

Pendant toute leur vie, médecins et pharmaciens parlent de leur existence en salle de garde. Lorsque, après la dispersion imposée par les obligations professionnelles, deux camarades se retrouvent, leur conversation ne se déroule que sur les souvenirs évoqués en commun. Ils sont intarissables sur ce sujet : « Te rappelles-tu cette bonne blague faite au Directeur ? Et « notre patron ? quel phénomène ! Te souviens-tu du jour où...? Et la petite X... ? Et la petite Z ? Et un tel ? Tu te souviens « qu'il nous disait, un jour, — et, ainsi, pendant des heures.

Comme on se remémore avec joie cette époque où, sans préoccupations immédiates, avec l'enthousiasme et la certitude du succès que donnent la jeunesse, on envisageait l'avenir avec une confiance absolue. Et quelle franchise d'allures ! Quel mépris de ce que le monde appelle « le souci des convenances » ! Entre collègues réunis dans le même hôpital par le concours, on se disait tout, on discutait, on s'injuriait même, sans souci de ménager les susceptibilités. C'est ainsi que, dans notre salle

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Paris-Interlaken, par le P.-L.-M.

Du 1er juillet au 10 septembre, des trains express de toutes classes circulent entre Paris et Interlaken, via Pontarlier. C'est la voie la plus courte, la plus rapide et la moins onéreuse.

Relation de nuit avec places de lits-salon : Départ de Paris-P.-L.-M. 22 h. 08. Arrivée à Neuchâtel, 7 h. 20 ; à Berne, 8 h. 19 ; à Interlaken, 9 h. 59. Au retour : Départ d'Interlaken, 18 h. 10 ; de Berne, 19 h. 40 ; de Neuchâtel 20 h. 30. Arrivée à Paris-P.-L.-M., 5 h. 35.

Relation de jour : Départ de Paris-P.-L.-M. : 8 h. 05. Arrivée à Neuchâtel 16 h. 59 ; à Berne, 17 h. 55 ; à Interlaken, 19 h. 26. Wagon-restaurant entre Paris et Frasne. Au retour : Départ d'Interlaken, 11 h. 50 ; de Berne, 13 h. 14 ; de Neuchâtel, 14 h. 05. Arrivée à Paris-P.-L.-M., 22 h. 18. Wagon-restaurant de Frasne à Paris.

de garde, il était défendu de se vanter et de commencer une phrase par le haïssable : « Moi ». C'est ainsi, du reste que se dévoilaient les véritables caractères et les tempéraments de chacun d'entre nous avec leurs aspirations et leurs ambitions. Un de mes collègues s'est vu condamner à l'amende, formidable à l'époque, d'un panier de champagne et d'une boîte de cigares, pour avoir déclaré, un jour, en développant sa haute taille, et en bombant la poitrine avec suffisance : « Moi, je vaux un million, et je ne me marie pas à moins ». Il a épousé son million, agrémenté d'une femme charmante, qui lui a fait une vie douce, un intérieur agréable, et s'est démontrée la compagne idéale de ses travaux et du poste élevé qu'il occupe. Un autre, moins sympathique, débarquant de province à Paris, expose, dès sa réception à la salle de garde, peut-être parce qu'il avait un peu bu (« *in vino veritas* »). Me voilà interne des hôpitaux de Paris ! « mes enfants, je pars à la conquête de la capitale. Je serai « médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté, commandeur « de la Légion d'honneur. — Et puis quoi encore ? lui dit un « camarade ; il y a les autres. — Quels autres ? — Mais nous, « tes copains, tes égaux. — Les autres, je m'en fous ; je leur sou- « haite de ne pas se trouver sur ma route ; j'écraserai impi- « toyablement tout ce qui pourrait me gêner.)

Il a fait comme il l'a dit. C'est maintenant un homme célèbre. Sous des apparences d'humanitarisme et de philanthropie, il a toujours dissimulé un cœur sec, une sensibilité émoussée, un égoïsme profond et un arrivisme féroce. Cependant, au cours de sa carrière, par ses paroles et ses écrits, il a su tromper le public, obtenir des places et des honneurs, et, en utilisant les capacités de ses élèves et de ses collègues, gagner une situation privilégiée. Mais, dans son entourage, il est connu, démasqué, peu apprécié et redouté. On ne l'aime pas, et, si des revers l'atteignent, il ne trouvera auprès de lui que des indifférents. Cet autre, par ailleurs bon camarade et toujours prêt à rendre service, à la condition qu'on ne le dérange pas trop, nous laissait monter ses gardes et frappait inlassablement à notre bourse, pour jouer aux cartes ou aux courses. C'était aussi un utilitaire, mais avec le sourire. Il est resté le même qu'au temps de sa jeunesse. Homme politique, influent et médecin renommé, pour obtenir des autres l'effort dont il a besoin, afin de se hisser à la première place, il est prodigue de protestations, de louanges et de promesses. Il est naturellement affable et doux, et on ne le voit jamais irrité et brusque, mais on se demande toujours si, lorsqu'on lui rappelle ses engagements, il a oublié la promesse faite, ou négligé de s'en occuper. Il est surtout indifférent à tout ce qui n'est pas lui-même, et son ambition est insatiable. Cet autre est un grand maître, détaché des honneurs et des avantages matériels, avant tout soucieux de ses malades, de son service et de la science. Scrupuleux et désintéressé, il s'est élevé par son propre mérite, une conscience professionnelle indiscutable, un caractère loyal et droit, une intelligence cultivée sans arrêt, depuis l'enfance, par ses parents, ses maîtres, et lui-même. Il n'a pas d'amis. Pour ses collègues, ses élèves, son personnel, il n'a jamais une parole accueillante, un geste aimable ; il est distant et correct et ne fait jamais de promesses qu'il ne tienne aussitôt. Sans doute, il rend volontiers les services qu'on lui demande, mais il semble que son orgueil lui interdise de s'émouvoir et de s'abaisser jusqu'à l'indulgence et l'affection pour ceux qu'il aimait, étant plus jeune, et qui sont restés ses inférieurs dans l'échelle sociale. Il est estimé ; il ne se soucie pas d'être aimé. Si on lui rappelle les souvenirs de son temps de salle de garde, de l'époque où il était l'animateur des bonnes blagues et des tours pendables joués au directeur et au « patron », il coupe aussitôt : « Tout ça, c'est du passé. Aucun intérêt. Excusez « moi ; j'ai encore une opération ce soir et une expertise ; je « n'ai pas une minute à perdre avec toutes ces histoires ».

On croirait que, de sa jeunesse, il veut avoir tout oublié, même les souvenirs qui, à nous autres profanes, sont les plus agréables.

Enfin, voici un homme, favorisé du destin et parti d'une condition très modeste, arrivé à une haute situation et à la fortune. Il n'est entouré que d'amis. Au collège, il était déjà, en même temps que le meilleur élève de sa classe et le plus brillant, le bon camarade toujours prêt à défendre les plus faibles, à mener le jeu des récréations, à rendre service, et à partager avec les

autres les envois de la famille. Plus tard, interne, il était l'animateur de nos réunions et de nos discussions, et, malgré ses succès dans les concours, camarade courtois, soucieux de ne jamais se mettre en valeur. Chef de clinique, ses patrons le prennent en amitié, le guident au cours de son travail. et l'un d'eux, lorsque l'heure est venue et l'avenir assuré, lui trouve la femme que lui. pauvre, et sans relations, il n'osait souhaiter. Dès lors, voilà une clientèle et la fortune. Il aurait pu se laisser griser par le succès et négliger les relations inutiles à son avancement. Il n'a pas changé. et, dans sa luxueuse demeure, il est resté, à cinquante ans, l'homme aimable et accueillant qu'il était à vingt-cinq ans. Dans son cadre brillant, nous retrouvons l'étudiant souriant à qui, autrefois, ses ressources modestes ne permettaient aucun luxe. et qui ne portait, été comme hiver, qu'un seul costume de velours très usagé. Serviable autant que pendant sa jeunesse, dévoué aux intérêts de ses camarades, il n'est pas. toutefois, le défenseur des mauvaises causes et a fait sienne la maxime *Amicus Plato, sed magis amica veritas*. Il ne fait pas de promesses qu'il sait ne pas pouvoir tenir, et sa bienveillance n'est jamais de la faiblesse. Il sait refuser, et, cependant, même parmi ceux qu'il n'a pas satisfaits, il n'a pas d'ennemis. Au cours de son existence, il a suscité, comme tous ceux qui sont arrivés, jalousie et envie, mais le nombre de ses amis est tel que les voix hostiles se taisent. De ceux qui le connaissent, les moins indulgents disent : « Il a eu de la chance : il est né sous une bonne étoile ». Ceux qui savent ses efforts et l'ont accompagné dans la vie, reconnaissent que son heureux sort est mérité par son caractère, son travail. et la persévérance inlassable dont il a fait preuve, loyalement, courageusement, et sans jamais nuire à autrui. Celui-là n'a jamais hésité à traverser toute la France pour rendre visite à un ancien camarade malade ou dans l'embarras.

Cette franche camaraderie qui persiste après le temps des études, n'est pas rare. Elle est fréquente, au contraire, chez les médecins qui ont vécu ensemble leurs années d'internat. J'ai rencontré récemment un médecin de Paris qui est à la tête d'une importante clientèle de quartier : « Je dois ma situation, « me dit-il, à notre camarade, le prof. X... qui, sachant ce poste « vacant, alors que j'avais une très faible clientèle dans un pays « perdu, en province, m'a littéralement pris par la main, et « poussé, en m'aidant de ses conseils et de son argent, à me « faire ma place à Paris ».

En vieillissant, certains hommes, il est vrai, se démontrent jaloux de la réussite d'autrui. mais le plus souvent, ils méritent l'indulgence, car ce sont des malades. Tel était le cas dans le fait suivant : Deux anciens camarades d'internat se promènent à bicyclette ; après déjeuner, ils se reposent dans un bois. Brusquement. l'un d'eux se lève et, agressif, dit à l'autre : « J'en ai « assez de tes airs de supériorité, et de te savoir heureux. Je te

«haïs». L'interpellé se tait. Il se rappelle que son ami a présenté, en salle de garde, quatre ans auparavant, une crise d'épilepsie, après le repas. Que de rencontres se terminent froidement, après les questions habituelles : « Qu'es-tu devenu depuis « la salle de garde ? — Médecin à Z... ! mon pauvre ami, tu dois « te morfondre dans ce trou. Moi, mon cher, je fais de grosses « affaires, j'ai épousé une femme riche, etc. ». Ou encore, tel médecin se refuse à revoir ce pharmacien qui était son voisin de table et son compagnon des bonnes soirées en salle de garde, même s'il a gagné une grosse fortune en exploitant une spécialité.

Mais les jaloux et les prétentieux sont la minorité. D'ordinaire, on se réjouit des succès de ceux dont on a partagé les ambitions et les espoirs.

Il est vrai qu'il faut compter avec les femmes. Parfois, c'est là qu'on doit chercher l'élément de discorde entre amis. Nous avons tous connu des camarades qui se sont diminués par leur mariage. Ils ont épousé une femme acariâtre, ou coquette, ou prétentieuse, ou vulgaire, qu'ils dissimulent le plus possible. A cause d'elle, ils éloignent de leur foyer ceux qu'ils ont connus autrefois. Plus nombreux, au contraire, sont ceux qui ont su choisir une compagne ménageant leurs amitiés et les aidant à se hausser, depuis le mariage, en ne créant pas le vide autour de leur mari.

Il importe, en effet, afin de maintenir l'amitié entretenue en salle de garde, de continuer à se voir, après la séparation obligée aux débuts de carrière. Un vieux proverbe enseigne : « Ne lais- « sez pas croître l'herbe sur le chemin de l'amitié », c'est-à-dire, ne négligez pas vos amis. Or, trop nombreux sont-ils ceux qui, l'internat terminé, ne recherchent que les amitiés utiles, les relations puissantes, justifiant l'axiome : *Donc erix felix, multos numerabis amicos*. Ils s'abstiennent de visiter ceux de leurs camarades qui sont pauvres, humbles, malades ou malheureux.

Je sais bien qu'il faut, pour pouvoir leur rester fidèles, bien choisir ses amis. En termes excellents, et qu'on ne saurait imiter, Cicéron, dans son dialogue philosophique : *Lalius, sive de Amicitia*, définit l'amitié : *verum humanum rerum divinumque consensus*, c'est-à-dire l'accord en toutes choses divines et humaines, et il examine l'origine des amitiés, leurs lois et leurs devoirs, et par quels moyens les conserver. Il n'est pas douteux qu'il faut savoir choisir ses amis et ne pas les recruter parmi les flatteurs, les paresseux ou les égoïstes. On ne doit se lier qu'à bon escient, avec ceux des camarades dont on aura apprécié la valeur morale, la loyauté, et l'ambition légitime. Dès lors, avec eux, la confiance est permise, et moins à redouter la jalousie et l'envie, ces deux sentiments destructeurs de l'amitié. Lorsque, entre camarades, ces sentiments existent, l'accord n'est plus possible.

Il persiste, au contraire, cet accord, jusqu'à la fin de l'existence, lorsque la camaraderie s'est prolongée pendant l'âge mûr et la vieillesse, jusqu'à cette heure où, suivant les belles expressions du prof. Bouchard : (1) « nos jours deviennent « courts ; les ombres s'allongent. Ce n'est plus le printemps de « la vie que nous avons vécu ensemble ; ce ne sont plus les ardeurs « et les clartés du midi de notre existence, mais il reste encore « assez de clarté pour que les contemperains se cherchent et se « regardent ».

Le meilleur moyen de se retrouver, c'est de s'inscrire dans les associations d'anciens internes, dans les groupements corporatifs de médecins et de pharmaciens, et de se visiter les uns les autres, même si les déplacements sont longs et coûteux. C'est aussi de ne pas négliger une occasion de se rencontrer.

Ainsi, se poursuivront les amitiés de salle de garde. Ainsi se prolongera la belle union des heures joyeuses passées en parfait accord. Pourquoi aussi ne pas s'écrire le plus souvent possible dès que les circonstances s'y prêtent ? C'est la certitude de ne pas oublier les jours de cette vie en communauté heureuse, réalisés pendant les années les plus belles de l'existence.

Dr A. RODIET,
Médecin de l'Asile de Ville-Evrard.

(1) Prof. BOUCHARD. — Discours au jubilé du Dr Magnan, 15 mars 1908.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des Etudes Napoléoniennes. Mensuelle. Abt. : France 60 fr. Administration : 28, rue de Versailles. Le Chesnay, (S.-et-O.)

Sommaire du n° de juin 1929 : Henri Hense ; Deux épisodes du régime français en Wallonie.

I. Les plébiscites de l'an X et de l'an XII. — II. Monge, comte de Péluse sénateur de l'Ourte (planche hors texte). — III. Edouard Driault ; Les enseignements de Napoléon : IV. La leçon de Rome à Napoléon (planche hors-texte). — E. Le Gallo : Le duc de Bourbon dans l'Ouest en mars 1815, deuxième et dernière partie.

Chronique de Waterloo (Lucien Landy) : Les Belges aux Quatre-Bras, p. 368. — Le quartier général de Napoléon à Waterloo. p. 271. *Lectures Napoléoniennes.*

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Agences P.L.M. à Ajaccio.

La Compagnie des Chemins de fer P.L.M. vient d'ouvrir une Agence à Ajaccio, dans le local de la Compagnie de Navigation Fraissinet, rue du roi Jérome, à proximité du port.

Cette Agence délivre des billets directs (au départ d'Ajaccio pour les principales gares P.L.M.) comprenant le passage sur les paquebots de la Compagnie Fraissinet et le trajet en chemin de fer sur le continent.

Elle délivre également des billets de toutes catégories, au départ de Nice, Toulon ou Marseille, pour toutes destinations sur les grands réseaux français : billets simples, d'aller et retour, de familles nombreuses : billets combinés chemins de fer et autocar ; billets des tarifs spéciaux, etc...

Elle assure la location des places en chemin de fer, au départ de Nice, Toulon ou Marseille.

Une autre Agence, ayant les mêmes attributions, sera incessamment installée dans le local des autocars P.L.M., 1, Cours Grandval à Ajaccio.

NOUVELLES

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. (Armée active). — Mutations :

Médecin colonel. — M. Guignot, de l'hôpital militaire Villemin à Paris, est désigné comme médecin chef dudit hôpital.

Médecin lieutenant-colonel — M. Morisson, chirurgien des hôpitaux militaires de l'hôpital Bégin, à Saint-Mandé, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours, médecin chef (service).

Médecins commandants. — MM. Bertaux, du 163e d'artillerie à Metz, est affecté au 18e génie à Nancy (service) ; Chaineaux, de l'Ecole militaire d'infanterie et des chars de combat de Saint-Maixent, est affecté au 16e d'artillerie à Metz (service) ; Petit, du gouvernement militaire de Paris, pour ordre, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre, est affecté à l'Ecole supérieure de guerre, Paris.

Médecins capitaines. — MM. Zimmermann, du 134e d'infanterie à Chalon-sur-Saône, est affecté à l'Ecole d'application de l'artillerie à Fontainebleau (service) ; Tarayre, du 19e corps d'armée, est affecté au bataillon de la Légion étrangère au Tonkin (ratification) ; Julienne, des troupes du Maroc, est affecté au 19e corps d'armée (service) ; Le Carbont, du 129e d'infanterie au Havre, est affecté à l'école militaire préparatoire de Rambouillet (service) ; Chaviale, du 3e d'aviation à Châteauroux, est affecté à l'ecole militaire d'infanterie et des chars de combat, Saint-Maixent (service) ; Lieux, du 34e d'aviation au Bourget, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, médecin adjoint (service) ; Robin, assistant des hôpitaux militaires du 19e corps d'armée, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, médecin adjoint (service) ; Bizen, du 28e tirailleurs tunisiens à Bonifacio, est affecté aux troupes du Levant (volontaire, service) ; Friess, assistant des hôpitaux militaires du 19e corps d'armée, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, médecin adjoint (service) ; Lombart, du 8e d'art. à Toul, est affecté aux troupes du Maroc (service).

— Liste de classement de sortie, par ordre de mérite, de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales des médecins et pharmaciens lieutenants, élèves en 1929 :

Médecins. — 1. Rivoalen, Raboisson, Vernier, Maze, Odru, Montalieu, Cavalade, Beaudiment, Lotté, Moustadier.

11. Léger, Brouste, Duron, Broch, Beautes. Chabrelle, Hostier, Berny, Bernard, Crenn.

2s. Perramond, Castets, Uemion, Orly, Dias, Cavarpni, Ceccaldi, Eséudier, Gauzy, Camenen, Meyer.

31. Charot, Conjard, Leitner, Boulnois, David, Russaouen, Rabaud, Raymond, Morelet, Bernard Lapommeray.

Pharmaciens. — 1. Trenous, Woltz, Dantec, Deniel, Le Querec, Feissolle, Coader.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Liste d'admissibilité par ordre alphabétique :

1. MM. Aboulker (R.), Aboulker (P.). Albeaux, Alpern, André, Arnal, Aubrun, Auzipy, Bachmann.

11. Mlle Baquette, M. Bargeton, Mlle Barnaud, MM. Barrier, Barthélemy, Bausson, Beruchesne, Beaufils, (René), Béchet, Belètre.

21. Bénech, Benzaquen, Bernard, Bézier, Bilbert (Jean), Bissery, Bloch, Boidat, Bons, Boquet,

31. Bosquet, Boudin, Boudreaux, Boulet, Bourdial, Bourgeois, Bousser, Boussoulade, Braillon, Brandy,

41. Bréhant, Bréhier, Bridgman, Bridat, Brincourt, Brizard, Brunel, Bruneton, Mlle Cachera (née Magra), M. Cachin (L),

51. Cachin (M.), Cacuira, Cain, Calvet (J.-E.-P.), Capandji, Carlotti, Carteret, Casalis, Catalette, Mlle Cathier,

61. MM. Catonné, Challiol, Chevallier (R.) Chigot, Chômet, Mlle Cligny, MM. Coen (Alb.), Cohen (Adriel), Conte, Coste,

71. Couder Courtial, Cuvillier, Damon, Mlle Delahaye, MM. Delamare, Delinotte, Mlle Delon, MM. Demaldent, Demirleau.

81. Demoulin, Deparis, Dreyfus (André), Dubois (J.-L.), Mlle Ducosté, MM. Dulot, Durel (Pierre), Durieux, Ellenberger, Fabre (G.),

91. Facquet, Mlle Fagnière-Genevi, MM. Feuillastre, Fichet, Fichrer, Filloux, Font Réaulx (de), Fort (R.), Fourestier, Fresnais,

101. Friedmann, Gabriel, Gallot, Gaudin, Gillon, Mlle Girardeau, MM. Goldsztajn, Gorecki, Goutallier, Guillemin,

111. Guilly, Guyon, Mlles Hahn, Hallard, MM. Hauert, Hécart, Herbert, Hermann, Hornus, Huret,

121. Hurez, Hutin, Mlles Jacob, Jannet (M.-L.), MM. Janvier, Jarrousse, Joly (Fr.), Joly (H.), Jomain, Joseph,

131. Jouffroy, Kaplan, Klotz, Kreiss, Kreyts, Mlle Kritchewsky, MM. Labesse, Lachter-Pachter, Laflotte, Lance,

141. Landrieu, Langre (de), Lardennois, MMlles Lassery, Lavit, MM. Lazard, Lecadre, Mlle Le Diouron, MM. Legry, Lehmann,

151. Lejeune, Lellouch, Lemaître, Lemarit, Lemelletier, Lemoine, Lepart, Leroux-Robert, Leroy (Louis), Levaditi,

161. Levannier, Mlle L'Hoir, MM. Lieftring, Limoge, Loiseau, Loisel, Lucas, Mahoudeau, Malgras, Mariau,

171. Marie, Martel, Martin (J.-T.) Marx, Masson (G.), Meillaud, Ménétrel, Messimy, Mialaret, Minet,

181. Mokine, Moreau (J.) Mortier, Motz, Naulleau, Nicolas, Nomblot, Ollivier-Henry, Ortega,

191. Palma (de), Parent (J.), Parienté (de), Patey, Paul, Pérachon, Pergola (J.) Perier, Perreau, Pescarolo,

201. Mlle Picandet, MM. Postel, Pouey, Poupault, Prost, Prunet, Pyt, Raymond, Reboul (H.), Regaud,

211. Reix, Relier, Robert (P.-J.-M.-L.) Rouher, Roulin, Rousseau (G.), Rousset, Roy (L.) Royer de Véricourt, Thorel,

221. Sabourin, Mlle Sainton, MM. Salles, Sallet (Jean), Salomon, Sanz, Scheid, Schwartz, Sidi, Simon (Roger).

231. Soleil, Soria (de), Soubrane, Soyer, Sterne, Strée, Tavennec, Terrasse, Thiboumery, Toulemonde,

241. Tran-Quang-Dé, Vaidie, Valensi, Mlle Valentin, M. Vautrin (René), Mlle Verlier, MM. Viala, Villechaise, Werner, Willat.

Une menace de grève des médecins de Strasbourg. — Le contrat entre le Syndicat des médecins et la caisse locale des malades de Strasbourg ayant expiré le 1er septembre, le syndicat avait demandé une augmentation des honoraires. Après de longs pourparlers, le syndicat vient de rejeter les dernières propositions de la caisse des malades qui demandait un arbitrage.

La grève des médecins semble donc inévitable pour le 1er octobre. Toutefois, ils continueront à soigner, conformément à la loi, les malades de la caisse, celle-ci indemnisant les ayants droit dans une certaine mesure.

Mort d'un médecin centenaire. — Le docteur Adelward, ancien médecin de l'impératrice Eugénie et compagnon de Livingstone, est décédé à l'âge de cent deux ans.

Le mouvement de la population en France. — La Direction de la statistique générale de la France communique le mouvement suivant de la population en France (90 départements), au cours des deuxièmes trimestres 1929 et 1928 :

	(Nombres provisoires) 2e trimestre 1929	2e trimestre 1928
	—	—
Mariages	98.050	100.660
Divorces	4.997	4.995
Naissances d'enfants vivants	185.398	190.437
Morts-nés	7.176	7.425
Décès de moins d'un an	14.906	15.648
Décès d'un an et plus	161.076	152.788
Décès au total	175.982	168.436
Excédent des naissances	+9.416	+22.001

Un don de 100.000 francs à l'Assistance publique. — M. Lucius Littauer, de New-York, vient de verser pour la troisième fois, à la caisse de l'Assistance publique, une somme de 100.000 francs au profit du service du docteur Bensaude, à l'hôpital Saint-Antoine.

Curieux procès. — Selon un message de la British United Press, de Constantinople, le docteur Sabit Pepy, spécialiste de la greffe de glandes, a attaqué pour diffamation le journal *Akcham*, en lui réclamant 20.000 livres pour dommages et intérêts.

Un article annonçant que le chirurgien avait fait sur un bélier une opération défectueuse, suffit, dit le docteur Sabit Pepy, pour lui faire perdre une partie de sa clientèle.

Le tribunal a chargé un vétérinaire d'examiner le bélier en question et de dire si l'opération l'a rajeuni.

(*Journal des Débats.*)

Un prix pour encourager la lutte contre la tuberculose et le cancer. — Le *Journal Officiel* a publié le décret suivant :

Instruction publique. — Par décret, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est autorisé à accepter, au nom de l'Etat, le legs fait par Mlle Haber, suivant son testament, consistant en une somme de 100.000 francs, pour les arrérages en être affectés à la fondation d'un prix destiné à récompenser les médecins, pharmaciens ou chimistes de nationalité française pour leurs recherches scientifiques tendant à combattre les maladies, notamment le cancer, la tuberculose et autres affections qui déciment le genre humain.

Ce prix portera le nom de « Prix d'encouragement Pierre-Cléophas-Paultre ».

Amphithéâtre d'anatomie. — *Avis.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie optalmologique) en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, optalmologiste de l'hôpital Lariboisière, Magitot et Bollack, ophtalmologistes des hôpitaux, et M. le docteur Hartmann, commencera, les lundi 7 janvier 1929 et mardi 15 octobre, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal. Droit d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e)

Programme du cours. — 1° Opérations sur les muscles oculaires. — 2° Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3° Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4° Opérations sur les voies lacrymales. — 5° Opérations antiglaucomateuses. — 6° Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7° Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8° Opérations sur les paupières. — Marginoplasties. — 9° Opérations sur le cristallin. — 10° Opérations sur l'orbite.

Le voyage d'études de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, à Vichy. — La clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris a effectué, comme chaque année, sa visite à Vichy, sous la direction de MM. les professeurs agrégés E. Chabrol et Benard et du docteur Deval.

Ce voyage d'études fut, pendant trois jours, l'occasion d'une véritable manifestation scientifique, dont il convient de souligner l'importance.

70 médecins, internes et externes y prenaient part : dix-huit nationalités s'y trouvaient représentées : Anglais, Américains des Etats-Unis, du Canada, des Philippines, de l'Equateur, du Honduras, de la Colombie, de la République Argentine, de la République Dominicaine, Australiens, Bulgares, Espagnols, Hellènes, Roumains, Syriens, Yougoslaves.

Arrivés à Vichy le 21 septembre, ils ont visité d'abord le laboratoire de Recherches Hydrologiques, créé l'an dernier par la Compagnie Fermière de Vichy pour répondre aux demandes du Corps médical de Vichy et de tout le Corps médical français, ainsi qu'au vœu du Gouvernement. Cette création, qui fait partie des nombreuses améliorations réalisées par la Compagnie Fermière, revêt la plus grande importance au point de vue de l'étude scientifique des effets de la cure à Vichy. Elle constitue, d'autre part, pour la première fois en France, un énorme progrès, notre pays n'ayant plus désormais rien à envier aux plus grandes stations thermales étrangères. Ce laboratoire doté de tout le matériel le plus moderne a produit une grande impression sur les visiteurs.

Le lendemain, de fort intéressantes conférences ont été faites par M. le docteur Charnaux, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, par M. le professeur agrégé Etienne Chabrol et par le docteur Kohn-Abrest, directeur du laboratoire de toxicologie de la Préfecture de police de Paris.

Dans l'après-midi, eut lieu la visite de l'Etablissement Thermal, muni également d'installations des plus modernes, et des sources, dont les aménagements sont parfaitement conçus.

A vingt heures, un banquet a été offert aux membres du voyage d'Etudes médicales, à l'hôtel Carlton. Il était présidé par M. Normand, Directeur de la Compagnie Fermière, plusieurs discours furent prononcés : par MM. Normand, le docteur Charnaux, le professeur agrégé Etienne Chabrol, le docteur Barjeton, au nom des internes, Mlle Margueron, au nom des externes, Dr Gelle, au nom de l'Angleterre, des Etats-Unis et des colonies anglaises, Dr Fuller, au nom de l'Amérique du Sud, Dr Bodard, au nom de la Belgique, Dr Eustradier, au nom de l'Espagne, Dr Aravautinos, au nom de la Grèce, Dr Ramon de Santos, au nom des Philippines, et Dr Jelin, au nom de la Roumanie.

Dans la matinée du lundi, eut lieu la visite des ateliers d'embouteillage et d'expédition nouvellement transformés, de la Pastillerie, et dans l'après-midi la visite des sources hyperthermales du Dôme, récemment acquises au nom de l'Etat.

Puis les membres du voyage d'études médicales de la clinique de l'Hôtel-Dieu regagnèrent Paris se déclarant ravis du merveilleux cours pratique d'hydrologie qu'ils avaient suivi à Vichy pendant trois jours.

Concours de l'internat des hôpitaux de Lyon. — Voici la liste des internes reçus au concours ouvert pour l'année 1929-1930 :

1. Palluel. — 2. Dargent. — 3. Charpy. — 4. Weigert. — 5. Magniard. — 6. Perron. — 7. Chapuis. — 8. Pichat. — 9. Josserand. — 10. Freydel. — 11. Feuillade. — 12. Mlle Grangette. — 13. Euvrard. — 14. Etienne Martin. — 15. Benoît. — 16. Anstel. — 17. Henri. — 18. Vial. — 19. Pateski.

XVIe Congrès d'hygiène. (Paris, Institut Pasteur, les 8, 9 et 10 octobre 1929). — *Programme.* — Mardi 8 octobre, à 9 heures : ouverture du Congrès.

Rapport : Rapport des services d'hygiène avec la surveillance et la protection de l'enfance. Rapporteurs : M. les docteurs Bussière, Pissot.

Communication : M. le docteur Cruveilhier : L'effort de la France dans la lutte contre la moralité infantile et l'affaiblissement de la natalité, comparé à celui des autres nations européennes. — MM. les docteurs Ginestous, Llaguet : 1º Les résultats de l'inspection médicale scolaire à Bordeaux ; 2º les consultatiens prénatales. — M. Cabannes et M. le docteur Ginestous : Les colonies de vacances organisées par la Municipalité bordelaise. M. le docleur Mouisset : Surveillance et protection de l'enfance.

A 14 heures. Communications : M. le docteur Duvic : 1º Rôle de l'hygiéniste dans la lutte contre la tuberculose de l'enfant ; 2º Rôle du médecin hygiéniste dans la lutte contre la diphtérie. — M. le docteur Boureille : Rôle des œuvres corporatives d'hygiène sociale dans la protection de l'enfance. — M. le docteur Messerli : Le service communal d'hygiène de Lausanne et la protection de l'enfance. — M. le docteur Bourguin : Aperçu sur la protection de l'enfance en Hongrie depuis la guerre. — M. docteur Miron : Création des petites maternités à Bucarest et la protection de l'enfance. — M. le docteur Poncet : Collaboration de l'Inspection d'Académie et de l'Inspaction départementale d'hygiène. — M. le docteur A. Cassan : Sur la nécessité de l'intervention des services d'hygiène dans la surveillance et la protection de l'enfance. — Mme Daumezon : Neuf années de fonctionnement de la Goutte de lait de Narbonne. — M. le docteur Mallard : La lutte anti-tuberculeuse st l'inspection médicale des écoles. — M. le docteur Bouchet : Quelques aperçus sur les colonies de vacances dans l'Hérault.

A 17 heures. — Conférence : M. le docteur René Martial : L'immigration en France dans le passé et de nos jours. — Technique. — Législation.

A 18 heures. — Projection d'un film : L'évacuation et le traitement des ordures ménagères, par M. le docteur Messerli.

Mercredi 9 octobre, à 9 heures. Rapport : Laboratoire et hygiène. — Contrôle des laboratoires. Rapporteur : M. le professeur Lisbonne.

Communications. M. le docteur Scherr : Nécessité pour l'hygiène d'avoir des laboratoires bien outillés et dirigés par des chefs compétents. Réalisations pratiques. — M. le docteur I. Merle : Le contrôle des laboratoires et la standardisation des méthodes. Réflexions d'un praticien. — Mlle Simonet : Utilité et avantages d'avoir, dans chaque département, un laboratoire central, spécialisé dans les questions de tuberculose. — Discussion.

A 14 heures. — Rapport : Intoxications accidentelles au cours de la désinfection des locaux d'habitation par le gaz cyanhydrique. Rapporteur : M. Kohn-Abrest.

Communications : M. le professeur Violle : De la désinfection et de la dératisation par le gaz cyanhydrique. — M. le docteur Loir : La réglementation actuelle pour la destruction des rats à bord des navires. — M. le docteur Cury : La pratique de la dératisation des paquebots par l'emploi du gaz cyanhydrique. — M. le docteur Marc Mazière : 1º L'exercice de la médecine dans un local faisant partie de l'appartement privé du praticien et non aménagé de façon à permettre les mesures de désinfection courantes est contraire aux règles élémentaires de la préservation contre les maladies transmissibles : 2º Un excellent piège à rats : la ratière à bascule. Procédé simple permettant simultanément la mise à mort de l'animal capturé, sa déparasitation et la désinfection du piège. — Discussion.

A 17 heures. — Conférence : M. R. Dujarric de la Rivière : Les services maritimes et quarantenaires d'Egypte. (Avec projections lumineuses).

Jeudi 10 octobre, à 9 heures. — Assemblée générale du Syndicat des médecins hygiénistes français dont l'ordre du jour sera ultérieurement communiqué. — Présence obligatoire. — Réunion au Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

A 14 heures, Amphithéâtre de l'Institut Pasteur. Communications : M. le docteur Loir : Le nouveau dépôt des immigrants au Havre. — M. le docteur Jaubert, directeur du Bureau municipal d'hygiène de La Seyne-sur-Mer (Var) : Le régime du passeport sanitaire ; un moyen pour en assurer l'application. — Mme Daumezon : A propos des naturalisations d'étrangers

et des déclarations d'option de nationalité : un certificat de bonne santé devrait être exigé. — M. GOUINEAU : Protection des habitations contre les bruits extérieurs. — A 17 heures, M. Philippe BUNAU-VARILLA : Sur la verdunisation des eaux, — A 18 heures, M. le docteur G. CUVIER : Répercussion de l'évolution des méthodes de panification sur l'hygiène alimentaire (pour le consommateur) et sur l'hygiène du travail (pour le boulanger) (Avec projection d'un film : le blé, le pain). — Vote des vœux émis par le Congrès.

Vendredi 11 octobre, à 9 heures. Visite du service de M. Jules RENAULT à l'hôpital Saint-Louis (salles d'hôpital munies d'un système de ventilation permanente avec chauffage en hiver, rafraîchissement en été et humidification constante). Rendez-vous à 9 h. 30 m. devant la porte de l'Annexe Grancher de l'hôpital Saint-Louis, 12 *ter*, rue Grange-aux-Belles (moyen de communication ; métro : Combat ou gare de l'Est).

Par décision du Conseil d'administration de la Société, les auteurs de communications devront se conformer aux prescriptions suivantes qui *seront strictement appliquées* :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de *cinq* pages (pages de 30 lignes ; lignes de 52 lettres), format du *Mouvement sanitaire*, et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ;

2° Les manuscrits devront être remis en séance.

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur* sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part devront être adressées directement au *Mouvement sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris ;

5° MM. les auteurs de rapports et communications sont instamment priés de vouloir bien adresser au secrétaire général, R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris-XVe, dans les jours qui précèdent le Congrès, un résumé de leurs rapports ou communications (résumé de 5 à 10 lignes, en dix exemplaires, destinés à la Presse). Au plus tard remettre ce résumé au secrétaire général, à la séance d'ouverture du Congrès.

Seuls MM. les membres de la Société recevront gratuitement le volume des comptes rendus du Congrès. Les autres congressistes qui désireraient recevoir ce volume s'adresseront directement au *Mouvement sanitaire*, 52, rue Saint-Georges, Paris.

— A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. CALOT fera, le mercredi 9 octobre de 9 heures 1/2 à 11 heures 1/4, en sa clinique de Paris, 69, Quai d'Orsay, une séance de démonstrations sur la supériorité des méthodes conservatrices pour la guérison des tuberculoses chirurgicales (adénites, épididymites, maux de Pott, coxalgie, etc.), et sur le traitement de choix des luxations et subluxations congénitales de la hanche. Avec réduction de plusieurs luxations.

Enseignement oto-rhino-laryngologique. — *Hôpital Saint-Joseph.* — Un cours élémentaire d'oto-rhino-laryngologie en neuf leçons sera fait les mardi, jeudi, samedi à 9 heures, par le docteur C. HUBERT, avec la collaboration des docteurs L. GIRARD, G. HALGAND et N. ARNOULD, du jeudi 10 octobre au jeudi 31 octobre 1929.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Chaque séance comprendra : 1° un aperçu théorique avec dessins, pièces de démonstration et pièces osseuses. — 2° l'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Le nombre des places est limité à 12. Un certain nombre d'élèves pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service Droit d'inscription : 150 francs. S'inscrire tous les matins dans le service d'oto-rhino-laryngologie, à l'hôpital St-Joseph, 1 rue Pierre-Larousse (XIVe).

Enseignement pratique de sérologie (Ecole fondée en 1921). — L'enseignement de la sérologie appliquée à la clinique professé par M. RUBINSTEIN dans son laboratoire, 54 *bis*, rue Saussure, aura lieu sans interruption durant l'année scolaire 1929-1930.

Les élèves pourront s'exercer par séries de travaux soit individuellement, soit par petits groupes, à toutes les applications des réactions sérologiques, de même que se perfectionner dans une branche spéciale de sérologie.

Pour tous renseignements s'adresser au laboratoire de 9 h. à 12 h. et de 14 h. à 18 h.

Maroc. — Le Dr Péchin, délégué par la commission de l'armée de la Chambre des députés, s'est embarqué le 26 septembre pour le Maroc du sud, où il doit étudier sur place les conditions d'occupation, le fonctionnement du service de santé et ravitaillement, l'évacuation des blessés et l'hygiène des troupes.

Nécrologie. — Dr GRANJUX, médecin commandant en retraite, vice-président de l'œuvre Grancher. — Dr Paul BERRIAT, médecin principal de la marine en retraite, décédé subitement à Blagnac (Haute-Garonne). — Dr D. GHAZAR 33, rue George-Sand, Paris. — Dr Jacques CHEVALLEREAU fils, décédé à l'âge de 43 ans. — M. Frédéric CHARRENSOL, élève à l'Ecole de santé militaire, décédé à l'âge de 22 ans. — Dr TRISTANI, de Fère-en-Tardenois (Aisne), tué dans un accident d'automobile.

TRAVAUX ORIGINAUX

La valeur alimentaire du vin,

Par J. ALQUIER et M. LOEPER (1).

Depuis sa découverte, que la légende attribue assez gratuitement à Noé et qui est certainement très ancienne, le vin a glorieusement traversé les siècles. Tous les poètes l'ont chanté depuis Homère jusqu'à Raoul Ponchon. Il a reçu tous les éloges et essuyé toutes les critiques.

On s'accorde à dire qu'il verse la chaleur à l'estomac et au cœur, que son ivresse est gaie, légère et sans brutalités. Certains prétendent même qu'il est la boisson la plus hygiénique, plus hygiénique que le thé, le café, le chocolat que consomment les peuples secs, plus hygiénique que le cidre et que la bière, qui sont des boissons froides et qui peuvent délabrer l'estomac ou alourdir l'individu.

D'autres soutiennent au contraire que ce mélange complexe où s'associent tant d'ingrédients, est plus irritant pour l'estomac que l'alcool, et plus sclérosant que lui pour le foie, pour le rein ou pour les artères.

La vérité est entre les deux extrêmes ; tout est question de dose et de qualité. Le bon et vrai vin naturel pris en quantité modérée n'est pas nuisible. S'il faut en croire Olivier de Serres, on sait à quoi s'en tenir sur ce point depuis longtemps. « Après le pain vient le vin, second aliment donné par le Créateur pour entrenir la vie, écrivait cet apiculteur d'avant-garde du XVII[e] siècle, dans son *Théâtre d'Agriculture et Mesurage des champs*..... Le vin est employé non seulement au vivre des hommes, mais aussi à la guérison de plusieurs maladies, car il échauffe le corps pris au dedans par la bouche, et le refroidit, appliqué par dehors en cataplasme...... Bu en petite quantité, il éveille et fait revivre et, en grande, il endort et tue. »

Voilà déjà des précisions : pourtant, il n'est pas inutile de revenir sur la valeur alimentaire, hygiénique et thérapeutique du vin. Il est même urgent de le faire car la campagne prohibitionniste menace notre production vinicole.

Le vin est une richesse de la France. La production annuelle du raisin y atteint 60 millions de quintaux d'une valeur sur le marché de bien près de deux milliards de nos francs. La consommation du vin est aujourd'hui de 0,56 litre par jour et par habitant, c'est-à-dire de 168 litres par année, en progression constante depuis 1832. Aussi le vin apporte-il au budget alimentaire de la France le coquet appoint de quatre millions de millions de calories.

Le litre de vin a, en effet, une valeur calorique importante, pouvant atteindre 730 calories : plus qu'un litre de lait (690 c.), qu'un kilo de pommes de terre (690 c.) et qu'une demi-livre de pain (638 c.). Cette valeur calorifique, le vin la doit d'abord à l'alcool qu'il contient — il est de par la loi une boisson alcoolique — ; il la doit ensuite aux éléments qui accompagnent l'alcool. A côté de « l'esprit-de-vin », le non-alcool a son importance.

Des composants du vin, les uns viennent directement du raisin, c'est-à-dire du cépage et du terrain, d'autres de la levure et de la marche de la fermentation, d'autres enfin de processus chimiques les plus divers. Leurs proportions respectives varient sans doute, mais, dans toutes les sortes de vin, on retrouve toujours à peu près les mêmes matériaux. C'est ce qui fait que les vins blancs, rouges ou rosés ont à peu près la même composition et qu'ils peuvent présenter par conséquent des effets physiologiques assez voisins.

Notre étude portera sur le vin moyen tel que défini par la loi des grands nombres. Sans chercher à comparer le Bourgogne, le Champagne, le Bordeaux, les vins du Midi ou d'Algérie, nous rappellerons successivement ce que l'on doit savoir aujourd'hui de la composition, de la toxicité et de la valeur alimentaire du vin.

* * *

Peu de substances entrant dans l'alimentation courante offrent une **composition** aussi complexe que le vin. Cette boisson contient, en effet, des principes qui appartiennent à toute les grandes fonctions de la chimie organique et l'analyse élémentaire y décèle la présence de plus de vingt corps simples.

L'*alcool éthylique* est, après l'*eau*, le plus abondant. On en trouve de 5 à 15 % en volume, ce qui correspond à une teneur par litre de 40 à 120 grammes.

Devant ces chiffres, ceux qui condamnent l'alcool, à quelque dose qu'il entre dans l'alimentation, déclarent que, le procès est perdu d avance pour le vin. L'analyse chimique et l'analyse biologique ne permettent cependant pas d'identifier le vin et les spiritueux. L'alcool domine sans doute quantitativement dans le premier, mais il est loin de le constituer à lui seul, comme certains cherchent parfois à le laisser croire. On trouve, en effet, dans un vin moyen en plus de 8 grammes d'alcool par 100 cmc., de 2 à 24 grammes de composants différents de cet alcool. L'*extrait* y atteint le $\frac{1}{4}$ de l'alcool en poids tandis que dans les spiritueux, titrant plus de 40 grammes d'alcool par 100 cmc., le non-alcool atteint 0,3 %, c'est-à-dire à peine le 1/200[e] de l'alcool total.

Ces dernières données obligent donc à admettre ce principe que le *vin est tout autre chose que de l'alcool*, puisqu'il contient autre chose que de l'alcool. Est-il soutenable de prétendre qu'un mélange complexe peut être confondu avec l'un quelconque de ses composants principaux ou secondaires ?

On n'assimile pas le lait au beurre ou à la caséine ou au lactose. On ne *doit pas assimiler le vin à l'alcool.*

Si l'on étudie et discute la valeur du vin autrement qu'on ne le fait pour les autres aliments, viande, lait, pain, la question passionne de suite par son côté sentimental et moral. On risque de la voir se vider fatalement sur le terrain brûlant de l'alcoolisme. Or, sur ce terrain on semble presque s'être efforcé, de parti pris, en ce qui concerne le vin-aliment, de mettre les sciences biologiques et médicales en contradiction avec la réalité raisonnable des faits et même avec le simple bon sens.

* * *

Les principes qui parfument, épicent et même salent l'alcool dans le vin sont trop nombreux pour que l'on puisse songer à les étudier tous séparément en un seul article.

Une partie des composants du vin est *volatile*. Parmi les satellites de l'alcool éthylique, que sépare la distillation, se rangent des *alcools supérieurs*, ainsi dénommés parce que leur poids atomique est plus élevé que celui de l'alcool éthylique ; des *éthers*, des *aldéhydes*, des *acides organiques* variés. Les alcools supérieurs et les acides volatils semblent provenir de l'action des levures ou des transformations de leur protoplasma. Les éthers et les aldéhydes résultent de processus essentiellement chroniques, d'une part l'action progressive sur les divers alcools de tous les acides qui préexistent dans la vendange ou qui sont produits par la fermentation, d'autre part l'oxydation de l'alcool éthylique par l'oxygène de l'air. L'odorat perçoit le mélange harmonieux de ces nombreux principes volatils qui, bien que pour la plupart à l'état de traces, constituent ce que l'on appelle le *bouquet* des vins. Ils donnent au consommateur le plaisir du nez avant celui du cerveau.

A côté de ces éléments complexes dont certains sont peu connus, il faut l'avouer, se rangent d'autres principes *non volatils* qui, perçus par le goût, satisfont le plaisir de la bouche, de la langue et du palais et donnent au vin sa

(1) Extrait du Rapport présenté au Comité international du vin, 1929.

saveur en même temps que le complément de sa valeur alimentaire toute spéciale. C'est ainsi que, en se conformant à la nouvelle nomenclature de chimie biologique, on trouve dans le vin des *protides*, des *glucides*, des *acides organiques*, des *matières tanniques* et *colorantes*, des *lipides*, des *sels organiques* et enfin une très grande variété de *matières minérales*.

Les *matières azotées* du vin n'ont pas été l'objet de travaux très précis. Elles s'y trouvent pourtant en quantités notables, de 1 à 6 gr. par litre. Le moût en contient presque le double dont une partie sous forme d'ammoniaque. L'azote ammoniacal sert d'aliment azoté pour la levure : il est abondant dans le moût, mais n'existe dans le vin qu'à l'état de traces.

On décèle dans le vin divers acides *aminés* tels que l'*acide aspartique* puis des composés analogues à la *choline*, les protides provenant du protoplasma des levures qui s'y trouvent mortes ou vivantes. Certains chercheurs ont signalé la présence dans le vin de *nucléoprotéides*, ce qui ne manque pas d'intérêt si l'on veut bien se rappeler la grande valeur biologique des acides nucléiques.

Le collage introduit également dans le vin de la matière azotée mais, il faut l'avouer, en quantité parfois excessive : on utilise, en effet, des colles de gélatine, de poisson, d'œufs, pour éclaircir les vins blancs, plus rarement les rouges. Ces clarifiants ont paru à Spillmann et Joltrain responsables de certaines réactions anaphylactiques, L'albumine restant en excès après le collage de certains vins blancs agirait donc comme un banal antigène.

En plus du *glycérol* — alcool triatomique — dont on connaît le pouvoir sucrant, il existe dans les vins des *glucides*, dont le rôle est important pour la constitution de leur saveur. A côté d'un peu de *glucose* et de *lévulose* qui qui n'ont pas subi la fermentation, on trouve différents sucres, des produits tels que les *gommes* et les *pectines* auxquels les vins doivent ce que l'on appelle le « moelleux » : les premières donnent à l'hydrolyse du glucose — ce sont des dextrines — et les secondes de l'arabinose ou du moins du sucre à 5 atomes de carbone — ce sont des pentozanes, dont nous verrons ultérieurement la valeur biologique.

Parmi les *acides organiques* non volatils du vin figurent les acides tartrique, malique, salicylique qui préexistent dans les moûts, l'acide succinique et peut-être aussi l'acide citrique qui dériveraient de la fermentation elle-même.

La couleur des vins dépend de leur acidité tant quantitative que qualificative. Une grande partie des acides organiques du vin est à l'état de sels, la plupart alcalins, assez peu solubles dans un liquide alcoolisé et tout le monde connaît le bitartrate de potassium ou *tartre*.

On est assez peu fixé sur les *matières tanniques* et *colorantes* que contiennent en abondance certains vins : 1 gr. 25 à 3 gr. 50 dans les vins rouges, 1 gr. dans les blancs. Ces substances rendent le vin astringent ; mais elles s'éliminent notablement d'elles-mêmes au fur et à mesure du vieillissement du vin. Il y a certainement entre les matières colorantes du vin et le tannin des relations étroites.

Le vin contient des *lipides* sous forme de chlorophylles et de matières colorantes jaunes, rouges, bleues, puis des *glycéro-phosphatides* ; or le *phosphore, comme toutes les matières minérales* du vin, intéresse l'hygiéniste et le thérapeute. Ce phosphore est tantôt à l'état minéral, principalement de phosphates acides, tantôt de composés organiques, de glycéro-phosphates de calcium, de magnésium et parfois d'aluminium. L. Semichon a montré, à ce propos, que les pectines étaient constituées par un noyau d'acide pectique éthérifié par combinaison, entre autres, avec du glycéro-phosphate. Est-il utile de rappeler que ces sels ont passé longtemps pour être la forme la plus rationnelle de médication phosphatique et qu'ils trouvent leur indication chez les surmenés, les anémiques, les convalescents, les cachectiques ? Nous avons donc raison de recommander sous le nom de vins « généreux », les grands vins rouges ayant un peu vieilli et contenant parfois 0,150 grammes d'acide phosphorique organique par litre.

La richesse du vin en combinaisons phosphorées est relativement proportionnelle à la quantité de peaux, de rafles, de pépins mis en œuvre. Aussi est-elle infiniment plus élevée dans les vins rouges. Elle tient aussi au mode de vinification. La macération qu'on employait jadis enrichissait le vin en phosphore et faisait des « grands » vins.

Pour Denigès, le rapport du phosphore organique au phosphore minéral ne serait pas sans intérêt.

Fait assez remarquable, la richesse en éléments phosphorés, comme en matières minérales et même en azote, mesure assez exactement la qualité du vin. Le verdict du laboratoire s'accorde en général, n'en déplaise aux gourmets, avec l'appréciation du dégustateur.

L'hygiéniste doit également prêter une certaine attention au *soufre* du vin. Cet élément ne provient pas de la dislocation des protides. Il est introduit artificiellement, avec le plâtre et l'acide sulfurique destinés à améliorer les fermentations,

A la suite de cette pratique bien connue du plâtrage, il se forme secondairement du sulfate de potasse, tandis que l'acide tartrique mis en liberté se redissout dans le vin, et en accroît ainsi l'acidité.

Le soufre provient encore de la combustion des mèches de soufre utilisées pour stériliser les barriques, c'est-à-dire de l'acide sulfureux et des sulfites qui se mélangent aux vins.

On a soumis à l'étude d'une Commission scientifique l'action de l'acide sulfureux sur l'organisme. Après expériences sur l'animal, puis observations sur l'homme des effets de l'ingestion prolongée des vins sulfités, on a conclu à l'innocuité absolue de l'acide sulfureux à la dose totale de 0,450 grammes par litre. Tout en acceptant l'avis de la Commission consultée, il ne semble pas inutile de rappeler au législateur quelques faits de nature à le rendre plus prudent. A la dose de 0,030-0,040 gr. d'acide sulfureux libre par litre, la levure perd toute activité. On doit donc faire une distinction entre l'acide libre et l'acide sulfureux combiné, car celui-ci, même à la dose de 7 gr. par litre, n'arrête pas les fermentations. De plus, les aliments sulfités entravent nettement *in vitro* l'action des ferments digestifs. Un trouble, si minime soit-il, qui se répète, peut aboutir à des effets nocifs. La question est à reprendre méthodiquement.

Le soufre, comme le phosphore, est combiné dans le vin à des principes organiques ou à des métaux, tels que le potassium, le sodium, le calcium, magnésium. Mais il entre dans le vin d'autres éléments *inorganiques et métalloïdes* tels que le chlore, le fluore, le bore, l'arsenic. On y trouve tous les métaux, y compris le fer, le cuivre, le zinc. Il a été démontré que le cuivre et l'arsenic ne proviennent nullement des traitements de la vigne par les anticryptogamiques ou les insecticides.

Il y existe enfin toute une série de substances *impondérables*, probablement d'ordre colloïdal, que la cuti-réaction a permis de mettre en évidence, et qui sont irritantes autant que les protéines de viande, de poisson et de crustacés. Les vins les plus actifs à ce sujet sont les Bourgogne et ceux qui s'en rapprochent, comme le Châteauneuf-du-Pape, le Saint-Emilion, que l'on a appelé le Bourgogne du Bordelais,

Dans le même groupe des infiniments petits organiques ou minéraux se rangent les *vitamines* et les corps radio-actifs, dont les recherches récentes ont démontré la présence dans les vins, et dont nous parlerons plus loin.

***

On a beaucoup discuté sur la **toxicité** du vin.

Il n'est pas niable que certains de ses constituants peuvent être toxiques.

L'alcool tout d'abord. Les expériences de Dujardin-

Beaumetz et Audigé, et aussi celles de Joffroy et Servaux ont toutefois prouvé que l'alcool de vin était moins toxique non seulement que l'alcool méthylique ou amylique, mais que l'alcool de grain ou de pomme de terre. Administré pendant trente mois à un porc, le distillat de vin ne provoque pas de lésions du foie ou de l'intestin ; l'alcool de betterave les réalise bien plus tôt.

Avec l'alcool de vin, l'ébriété du chien est brève et son sommeil dure quelques heures ; avec l'alcool de grain, le coma se prolonge 24 heures, avec l'alcool de betterave, 3 jours.

4 cc. d'alcool de vin à 20 % tuent cependant un kilo de lapin, mais 2 cc. à 20 % ou 6 cc. à 10 % restent sans effet. La toxicité du vin est donc assez voisine de celle de la dilution correspondante d'alcool, un peu supérieure toutefois ; il ne faut pas omettre d'en tenir compte.

Elle ne tient certes pas aux sucres, au glycérol. On peut incriminer les aldéhydes, les éthers, les alcools dits supérieurs dont la proportion, il est vrai, est très inférieure à l'ordre des millièmes, mais plutôt les sels de potasse, les tartrates. Sans de nouvelles expériences, il semble difficile de discriminer la nocivité des divers composants du vin.

Quoi qu'il en soit, la toxicité du vin témoigne de la *toxicité du non-alcool*. Celui-ci donne en grande partie aux vins leurs qualités mais peut-être aussi leurs plus grands défauts. On constate, en effet, que ce sont les vins communs, épais, chargés en extrait qui, malgré une teneur moyenne en alcool, indisposent le plus couramment le consommateur. On peut se demander alors, sans tomber dans le paradoxe, si l'on ne trouve pas dans le vin une quantité d'extrait suffisante à provoquer un désordre physiologique bien avant que l'alcool ait pu lui-même troubler l'équilibre de l'individu. Autrement dit, n'est-ce pas plutôt l'extrait que l'alcool qui engendre l'insuffisance hépatique, la goutte, etc..?

Un point mérite considération. La toxicité ne se mesure pas seulement aux accidents immédiats, mais aux accidents chroniques. Or, il ne paraît pas douteux que le vin pris, à doses répétées et prolongées, a déterminé, dans les expériences de Hayem et Theohari, des lésions gastriques et même des lésions hépatiques dans celles de Laffite. La dose de vin employée correspondait alors, il est vrai, à 3 ou 4 litres pour l'homme par jour.

La nocivité pour les artères peut être considérée comme nulle, malgré les conclusions d'Izou.

Quant aux lésions rénales, à l'origine desquelles on a incriminé l'acide tartrique, il semble, d'après Aubel et Mauriac, qu'elles soient inexistantes et que l'acide tartrique ne détermine ni lésions de l'organe, ni trouble de l'élimination urinaire.

Le vin ne peut en tout cas créer des lésions qu'à dose forte et prolongée ; il est, par contre, parfaitement inoffensif à une dose moyenne correspondant à 500-600 gr. par jour pour un adulte, c'est-à-dire à 5 gr. environ par kilo et par voie buccale.

Rien n'autorise, en effet, à comparer les expériences de toxicité faites par voie veineuse et par voie digestive.

**

Il faut maintenant considérer le **vin aliment**.

On ne discute plus aujourd'hui la combustion de l'alcool dans l'organisme. Les expériences d'Atwater et de Benedikt venant après celles, très anciennes, de Bouchardat et Sandras sont catégoriques et définitives. Le coefficient d'utilisation de l'alcool est de 98 %, alors que celui des graisses est de 95 %, celui des glucides de 97 %, et celui des protides, du fait qu'elles n'aboutissent normalement qu'à l'urée ou à l'acide urique, de 76 % seulement.

C'est là encore question de dose. Absorbé en grande quantité, l'alcool ne peut être brûlé en totalité. Il s'élimine pour 1/6 ou 1/4 dans les urines. Il ne saurait en être de même avec le vin. L'alcool y est très dilué et sa combustion se fait peu à peu, et presque en totalité ; 2 % seulement des constituants organiques du vin, parmi lesquels figure l'alcool, échappent à l'oxydation. En raison de cette dilution, d'ailleurs, le vin ne peut avoir à poids égal la même valeur calorique que l'alcool. Mais comme il contient d'autres substances utilisables, sa valeur calorique est supérieure à celle de l'alcool qu'il contient.

A 8 % d'alcool, en volume, un litre de vin devrait donner 500 calories. Il en fournit couramment, nous l'avons dit 730.

Il est donc normal que le vin profite à l'homme. L'expérience a prouvé qu'il en était d'ailleurs ainsi pour les animaux et entre autres le cobaye, qui cependant n'est guère habitué à un tel régime. Des cobayes recevant pendant 3 mois une ration de vin correspondant à 28 gr. par kilo soit 2 litres à 2 litres 5 pour un homme moyen, croissent mieux que les témoins. Bien plus, dans les recherches de Hedon et Roos, les portées ont été de 4 à 5 petits pour les témoins, de 7 à 8 pour les viniques. La mortalité de la descendance, presque nulle pour les viniques, était de 95 % pour les témoins.

L'alcool du vin est utilisé comme thermogène et non comme élément plastique. On a prétendu qu'il augmentait la désassimilation, la déperdition azotée. Bien au contraire, il peut épargner la consommation des autres principes alimentaires et favoriser la fixation de l'azote et du phosphore.

Dans les recherches poursuivies sur des paysans, la déperdition d'azote par les matières fécales qui était de 100 avec un régime sans vin, est tombée à 58 avec le régime vinique. Le gain journalier d'azote représentait 4 à 5 gr. de matière musculaire sèche. Quant au phosphore retenu par l'organisme il passa de 0,16 pour le régime sans vin, à 0,58 et 0,6 quand la ration de vin fut portée à 600 puis à 900 cc. par tête et par jour.

Albertin a démontré que, dans les conditions de la vie courante, l'adjonction du vin à un régime laisse un bénéfice sensible ; elle favorise le processus digestif et l'assimilation coïncide avec une augmentation nette de la force. De plus, le vin est capable d'épargner les autres matières nutritives. C'est un reconstituant énergique et l'augmentation sous son effet de la proportion d'hémoglobine et de globules rouges dans le sang suffit déjà pour le démontrer.

Certes ce n'est pas un aliment très économique ; mais les cent calories de vin ne reviennent encore qu'à 0,30 ou 0,60 centimes ce qui est plus que les cent colories du pain (0,08) mais bien moins que les cent calories de viande.

Nous croyons avoir précisé dans ce chapitre la composition chimique du vin, sa valeur alimentaire et nutritive et sa non toxicité à dose raisonnable.

Le vin peut être considéré comme un aliment et comme un aliment sain. A la formule classique : « L'alcool tue », opposons cet autre : « un verre de bon vin naturel n'a jamais fait de mal, ni à la santé, ni à la bourse ».

Nous étudierons ultérieurement sa valeur physiologique et thérapeutique.

Action du potassium sur la glycémie. — TSURUKICHI HIRAMATSU (*Sei-I- Kiwai med. Journ.*, mai 1929), n'a constaté aucun effet du chlorure de potassium sur l'hyperglycémie provoquée, chez le lapin, par l'injection d'adrénaline ou par l'extirpation du pancréas.

Lait et fer. — ELVEHJEM, PERRIN et HART (Iron in nutrition *Journ. of Biol. Chem.* 1926 t. LXXI, p. 255) ont vu que la teneur du lait de chèvre en fer n'augmente pas après ingestion de doses considérables de fer. Par ailleurs, la teneur en fer du lait de vache présente des variations de 100 pour 100 sans que nous en connaissions le motif. VALDEMAR HENRIQUES et Mme ANDRÉE ROCHE. (La teneur en fer du lait peut-elle augmenter sous l'influence d'ingestion ou d'injections de sels de fer. *Bull. de la Soc. de chimie Biol.*, 1929, t. XI, p. 679), ont confirmé ces résultats chez la chèvre et chez la femme. La teneur du sérum en fer n'influence nullement la teneur du lait : le fer du lait provient, donc, soit d'une sécrétion, soit d'une desquamation. H. V.

A propos de 28 cas de traumatismes craniens,

Par

M. PATEL,
Professeur à la Faculté de Lyon,
Chirurgien des hôpitaux.

F. CARCASSONNE.
Interne des hôpitaux.

Le traitement chirurgical des traumatismes craniens reste toujours à l'ordre du jour. Dernièrement encore, MM. Y. Bourdes, M. Arnaud, présentaient à la Société de chirurgie de Marseille, une série de cas très intéressants, à propos desquels ils discutaient la valeur respective de la trépanation à la Cushing, de la trépanation ordinaire et de la ponction lombaire dans les traumatismes craniens. Depuis 1904 d'ailleurs, date à laquelle Quénu et Muret apportaient à la Société nationale de chirurgie de Paris, 7 cas de traumatismes craniens traités par ponction lombaire, la question a été souvent discutée. En 1908, Cushing publiait sa nouvelle méthode de trépanation décompressive sous-temporale bilatérale faite d'emblée. Les chiffres qu'il fournissait montraient l'excellence de la méthode thérapeutique entre ses mains. Mais, comme les autres traitements, celui-ci était à son tour vivement critiqué. En 1920, à propos de 4 cas de traumatismes craniens traités par la trépanation sous-temporale et présentés par M. Roux-Berger, dans un rapport de Lecène, la question était chaudement discutée. Partisans de la trépanation décompressive à la Cushing, admirateurs de la rachicentèse s'affrontaient et chaque chirurgien donnait ses arguments pour ou contre la ponction lombaire, pour ou contre la trépanation. Mais déjà Lecène faisait remarquer que la question ne pouvait être jugée que par une série d'observations. A celles apportées ces temps derniers par Alarmatine, Ferry, Bower, Carter, Yodice, Auvray, Laroyenne et Treppoz, nous avons voulu joindre quelques cas de traumatismes craniens observés dans le service de M. le prof. Patel, depuis 20 mois à l'Hôtel Dieu de Lyon.

Ces observations concernent 28 malades qui ont subi des traumatismes de causes variées et de toutes gravités. En voici les résumés :

Obs. I. — B... Jean. Le 22 juillet 1927, le malade, à la suite d'une collision, est projeté sur le sol d'une hauteur de trois mètres. Malade obnubilé, sans perte complète de connaissance. Plaie profonde irrégulière de la fosse temporale droite. Pouls normal. Température légère les jours suivants. Repos au lit. Guérison en 13 jours.

II. — B... Ferdinand. A fait une chute de 5 mètres. Signes de commotion cérébrale légère. Rétention d'urine pendant 24 heures. Pouls normal. Réflexes normaux. Repos au lit. Guérison en 10 jours.

III. — T... Jean. Chute de 5 mètres. Obnubilation complète. Otorragie. Pouls : 56. Ponction lombaire : liquide rouge. Tension : 40. Trois ponctions lombaires. Guérison en 10 jours.

IV. — Bau... Accident d'auto. Coma complet. Pouls à 60. Enfoncement temporo-pariétal droit. Trépanation : nettoyage chirurgical. Guérison en 25 jours,

V. — D... Henri. A reçu d'une hauteur de 10 mètres un seau sur la tête. Malade très obnubilé. Pouls normal. Fissure de la table externe de l'os frontal. Mis en surveillance. Amélioration. Guérison en 10 jours.

VI. — D... Claudius. Chute de motocyclette. Etat de shock très marqué. Torpeur profonde. Etat subcomateux. Pouls : 80. Epistaxis abondante. Malade mis en surveillance. Le lendemain pouls à 60. Œdème de la région temporo-pariétale droite. Ponction lombaire : sang pur. L'état général s'aggrave malgré deux nouvelles ponctions. Tension du liquide : 50. Trépanation temporo-pariétale droite avec incision de la dure-mère : drainage capillaire. Guérison en 22 jours.

VII. — G... François. A reçu un morceau de fonte, précipité d'une hauteur de 18 mètres sur la tête. Pas de perte de connaissance. Légère torpeur. Pouls à 90. Pas de signe de localisation. Repos au lit. Guérison en 10 jours,

VIII. — L... Louis. Chute de tramway. Etat subcomateux. Pas de signe de localisation. Pouls : 70. Epistaxis. Ponction lombaire : liquide rosé. Amélioration notable. Guérison en 10 jours.

IX. — M... Louis. Coup de pied de mulet dans la région frontale. Enfoncement du frontal. Trépanation. Régularisation. Guérison en 10 jours.

X. — M... Pierre. Accidents d'automobile. Grosse commotion cérébrale. Signes de fracture de la base. Pouls à 60. Ponction lombaire : liquide rosé. Amélioration. Guérison en 22 jours.

XI. — M... Auguste. Chute sur la tête d'une hauteur de 6 mètres. Malade ayant présenté un intervalle libre avant d'entrer dans le coma. Parésie gauche. Ponction lombaire : liquide rouge groseille. Trépanation temporale droite. Gros hématome extra-dure mérien. Contusion cérébrale marquée. Mort rapide après l'intervention.

XII. — R... Claude. Chute du haut d'une échelle, Ralentissement du pouls. Mydriase droite. Parésie gauche. Trépanation : ligature de la méningée. Guérison en 12 jours.

XIII. — S... Christophe. Malade amené dans le coma le plus absolu. Ecchymose de la région temporo-pariétale droite. Pouls à 60. Six ponctions lombaires. Pouls ramené à 80, huit jours après l'entrée du malade. Guérison en 10 jours.

XIV. — T... ben Brahim. Coups de bâton sur le crâne. Coma. Pouls : 70. Plaie occipitale étendue avec enfoncement de l'occipital. Trépanation : régularisation de la brèche osseuse. Guérison en 12 jours.

XV. — B... Aurélien. Chute d'un échafaudage de 4 mètres de haut. Pas de perte de connaissance. Céphalées intenses ; état de torpeur assez accentué. Pouls : 48. Ponction lombaire : liquide très hémorragique. Tension : 50 au Claude. Quatre ponctions de 5 cc. Guérison en 12 jours. Malade revu deux mois après complètement guéri sans séquelle.

XVI. — C... Gabriel. Chute d'une échelle de 4 à 5 m. de haut. Perte de connaissance. Otorragie. Aucun trouble moteur. Torpeur. Pouls : 44. Ponction lombaire : liquide hémorragique. Tension : 30. Cinq ponctions de 5 cc. Guérison en 17 jours.

XVII. — G. M. Jean. Accident d'automobile. Malade obnubilé. Respiration stertoreuse ; pupilles en myosis. Pouls : 60. Plaie occipitale. Ponction lombaire : liquide hémorragique. Aggravation des symptômes. Trépanation occipitale : évacuation d'un hématome peu important. Ponction lombaire quotidienne. Liquide rouge s'éclaircissant. Mort un mois après avec signes méningés.

XVIII. — G... Barthelémy. Chute sur la tête. Ecoulement de sang par le nez. Pupille gauche en mydriase. Pouls : 88. Deux ponctions lombaires successives ramènent du sang pur. Deux jours après, pouls à 80. Ponction lombaire : liquide rosé. Le malade est moins obnubilé. Guérison en 12 jours. Céphalées persistantes dans les suites : injections d'eau distillée intra-veineuses.

XIX. — Ch. Marie. Accident de motocyclette. Etat subcomateux. Pouls ralenti. Ponction lombaire : liquide clair. Guérison en 10 jours.

XX. — M... Léonie. Chute sur la tête. Perte de connaissance. Monoplégie fugace du membre supérieur droit. Pouls à 100. Parésie faciale gauche. Ponction lombaire : liquide hémorragique. Deux ponctions lombaires. Guérison en 15 jours.

XXI. — S... Dinah. Accident de motocyclette. Coma. Ecoulement de sang par le nez et l'oreille. Pouls à 60. Réflexes normaux. Ponction lombaire : liquide rosé. Cinq ponctions lombaires de 5 cc. Guérison en 14 jours. Revue deux mois après complètement rétablie.

XXII. — B... Henri. Chute de bicyclette. Perte de connaissance. Otorragie. Ponction lombaire : liquide rosé. Guérison en six jours.

XXIII. — C... Rabah. Accident de chemin de fer. Coma absolu. Larges ecchymoses faciales. Pas d'otorragie. Ponction lombaire : liquide rosé. Malade revient de son coma. Guérison en 12 jours.

XXIV. — B... Elie. Chute d'une barre fixe. Torpeur. Douleurs occipitales. Pas de troubles sensitivo-moteurs. Pouls à 63. Ponc-

tion lombaire : liquide rouge ; tension : 48. Trois ponctions lombaires. Guérison en 12 jours.

XXV. — F... Joseph. Accident d'automobile. Coma absolu. Pouls lent à 40. Stertor. Dilatation pupillaire gauche. Trépanation immédiate : hématome extra-dure-mérien. Mort.

XXVI. — L... Claude. Le malade a reçu une boule sur la tête. Coma. Pouls normal à 80. Enfoncement de la région temporale gauche. Trépanation : redressement de l'os. Guérison en 12 jours.

XXVII. — M... Bernard. Chute de 4 mètres de haut. Malade lucide, mais céphalées et pouls à 48. Ponction lombaire : liquide hémorragique. Sort guéri 10 jours après.

XXVIII. — R... Antoine. Chute de motocyclette. Obnubilation complète. Pouls à 72. Liquide céphalo-rachidien rosé non hypertendu. Trois ponctions lombaires. Guérison en 8 jours.

Nous avons donc tenu une conduite différente suivant les cas.

On voit d'emblée que nous n'avons jamais pratiqué de trépanation décompressive sous-temporale bilatérale immédiate, suivant la méthode de Cushing. Nous ne pensons pas en effet qu'elle ait été indiquée dans un seul de nos cas.

Soustraire le liquide céphalo-rachidien par la voie bitemporale est peut-être une très bonne méthode. Silhol la trouve « plus opérante, plus franche, plus sûre que la ponction lombaire ». Y. Bourde et Arnaud la préfèrent à la rachicentèse, et Bourde enregistre 53 % de succès dans le traitement, par cette méthode, de cas de traumatismes graves. De Martel la préconise à cause des effets immédiats. Pour lui : « elle draine efficacement, dans les mailles du tissu cellulaire, le liquide céphalo-rachidien et le sang, accumulé à la base du cerveau ». Nous ne croyons pas cependant que ses indications soient fréquentes. La ponction lombaire amène des rémissions et le plus souvent permet un drainage effectif des espaces sous-arachnoïdiens. Le drainage tel que le conçoit Cushing, n'est véritablement efficace que dans les premières 24 heures. Très rapidement, en effet, le liquide ne s'écoule plus, et la trépanation n'agit alors vraiment que par décompression mécanique.

« A trépaner systématiquement un blessé du crâne comateux », on risque, comme le dit Delbet, non seulement d'intervenir inutilement, mais encore d'une façon que l'on ne doit pas considérer toujours comme inoffensive, si l'on songe à l'ouverture pratiquée et laissée dans la dure-mère ».

Dans quatre cas nous n'avons rien fait. Les malades ont été mis au repos, tête basse, avec de la glace sur la tête. Chez eux, aucune indication ne se posait pour une intervention quelconque. La torpeur était sans doute marquée, mais le pouls battait régulier et bien frappé. Les réflexes étaient normaux. Très rapidement d'ailleurs les signes d'obnubilation ont disparu et nos quatre malades ont guéri en peu de jours.

Pour deux d'entre eux, il s'agissait cependant de traumatismes assez violents. Si le sub-coma avait persisté, si un signe quelconque (accélération du pouls, enfoncement, inégalité pupillaire), était apparu, nous n'aurions pas hésité pour intervenir d'une façon ou d'une autre.

Nous avons trépané neuf de nos malades avec 6 guérisons et 3 morts. Dans tous les cas, nos trépanations ont été pratiquées sur la constatation soit d'un signe d'aggravation, soit d'un symptôme d'enfoncement ou de localisation. Parmi nos cas malheureux, deux concernent des malades vus tardivement, avec des lésions ne permettant pas la survie, et ne peuvent à proprement parler être considérés comme des échecs de la trépanation. Un malade a été emporté par méningo-encéphalite diffuse tardive. Nous avons fait toujours des trépanations larges et étendues, tantôt centrées sur le point même du traumatisme, tantôt dirigées suivant les signes de localisation présentés par le malade. Elles nous ont permis non seulement un drainage efficace des espaces sous-arachnoïdiens, mais encore un nettoyage chirurgical parfait du foyer de fracture. Elles nous ont donné la possibilité de voir et de traiter les lésions consécutives au traumatisme. Nous la croyons indiquée, mais large et étendue comme la préconisent Alamartine, Laroyenne et Treppoz, dans des conditions bien particulières :

Ou bien il existe un dégât osseux évident (enfoncement, fracture ouverte) ; ici la trépanation est de rigueur ou bien le malade présente, avec un intervalle libre plus ou moins marqué, des signes nets de localisation. Ici l'indication est encore formelle ou bien, chez le malade, après une ponction lombaire, le coma s'aggrave, le pouls se ralentit de plus en plus, sans qu'il apparaisse d'autre signe net. La trépanation peut alors être discutée. Nous la croyons utile dans ces cas.

D'ailleurs les résultats de cette trépanation large sont remarquables et bon nombre de malades lui doivent la vie.

Nous ne voulons pas insister sur les résultats éloignés de cette opération, mais il nous semble, avec Villaret et Bailby, que les trépanés, dans ces conditions, sont moins aggravés que les blessés superficiels du crâne.

Nous avons enfin, sur 28 malades, pratiqué, dans 15 cas, des *ponctions lombaires*, et dans 15 cas, cette thérapeutique simple a été particulièrement efficace. Il semble d'ailleurs que cette méthode de traitement ait donné depuis Tuffier, en 1901-1903, d'excellents résultats aux auteurs qui ont publié leurs cas. Nous ne rappellerons que pour mémoire, les 7 guérisons de Quénu et Muret, les 8 guérisons sur 9 cas de Lecène, les 7 guérisons sur 8 cas de Jacob, les 53 guérisons sur 79 cas d'Auvray, les 16 cas sur 31 de Sencert et Ferry. Ces cas sont parmi les plus démonstratifs. « La ponction lombaire est une arme aussi efficace et moins difficile à manier, moins dangereuse pour les blessés que la trépanation » (Lecène).

Nous avons préféré cette méthode parce qu'elle est d'exécution facile ; elle permet un diagnostic, est un élément de pronostic, comporte peu de complications, est dans la plupart des cas efficace.

Son exécution est à la portée de tous. Sans insister sur les précautions élémentaires d'asepsie, nous croyons qu'il est bon de la pratiquer avec un trocart mince. Il faut la faire en position couchée et, précaution essentielle, ne pas réaliser des soustractions brutales et abondantes de liquide. Ceci est une condition importante pour ne pas avoir par la suite de complications et pour ne pas avoir plus tard, chez ces traumatisés, des séquelles qui semblent surtout dues à des phénomènes d'hypotension du liquide céphalo-rachidien.

Pratiquée avec l'aide du manomètre de Claude, elle est aussi un moyen de diagnostic et de pronostic. Elle permet, en effet, une mensuration exacte de la valeur réelle de la tension du liquide, et de la sorte réalise une méthode mathématique qui permet de constater et le chiffre de la tension et son amélioration et son aggravation. Nous n'avons jamais observé chez nos malades de phénomènes de blocage des ventricules ou d'œdème cérébral (Laroyenne et Treppoz, Cushing, De Martel). Ces complications semblent infiniment rares. De plus il est relativement facile de les déceler, grâce aux symptômes associés, à la persistance du pouls lent non modifié par la ponction, et à la présence de la tension rétinienne ap-

✦✦

préciable suivant la méthode de Bailliart. La ponction favorise enfin le diagnostic entre phénomènes hypertensifs et troubles hypotensifs. Leriche et plus récemment Mallet-Guy et Martin ont montré que, dans certains cas de trauma cranien, les symptômes constatés relevaient de troubles hypotensifs. On conçoit que seule la ponction permet de porter d'une façon exacte un tel diagnostic. Elle favorise, de ce fait, une thérapeutique active.

C'est également un moyen excellent de pronostic; non pas seulement parce qu'elle réalise une mesure quotidienne de la tension rachidienne, mais encore parce qu'elle permet l'examen cellulaire et chimique du liquide, au jour le jour, de ponction en ponction.

C'est une méthode sans danger. De Martel a bien signalé la mort subite, mais elle est rare et les phénomènes de blocage du bulbe décrits par Léonard Hill semblent bien avoir été réalisés par des ponctions lombaires trop brutales pratiquées avec un trocart de gros calibre, et trop abondantes quant à la quantité. L'œdème cérébral, qui, pour Cushing, resterait une des causes d'échec de la rachicentèse, ne semble pas devoir être uniquement rapporté à la ponction lombaire, Henschen semble le rattacher plus volontiers au traumatisme qu'à la ponction. Enfin, la rachicentèse ne paraît devoir laisser aucune séquelle grave après elle. Nous avons pu revoir cinq de nos malades : tous sont parfaitement guéris et n'ont depuis présenté aucun trouble du côté céphalique. Un seul de nos malades s'est plaint de céphalées violentes que nous avons traitées efficacement par des injections intraveineuses d'eau distillée.

Si l'on songe à la difficulté même de la trépanation décompressive, à ses dangers toujours importants, la ponction lombaire réalise un des meilleurs traitements des traumatismes craniens. Nous l'avons employée avec cet espoir et les résultats que nous rapportons prouvent, après tant d'autres, combien elle peut rendre de services. Son efficacité est d'ailleurs reconnue par la plupart des chirurgiens, et actuellement, grâce à la mesure de la tension du liquide céphalo-rachidien, facilement réalisable, elle reste le premier traitement de choix que nous préconiserons dans les traumatismes craniens. Si les symptômes après elle ne s'amendent pas, si l'on voit survenir un signe quelconque de localisation, si le pouls se ralentit, si les pupilles sont inégales, si la tension liquidienne augmente, il est facile et il est temps de pratiquer une trépanation. Pourquoi vouloir la faire étroite ? Pourquoi renoncer alors à la vieille trépanation qui, dans certains cas bien définis est une méthode qui assure le drainage efficace et continu des espaces sous-arachnoïdiens et permet par un large jour le traitement facile des complications qui peuvent apparaître au cours de tout traumatisme cranien ?

Urotropine. — André Le Grand a démontré l'action exercée par l'urotropine en ingestion ou en injection sur le tonus organo végétatif. On peut supposer que les résultats obtenus sont sous la dépendance, soit d'une excitation pneumo-gastrique, soit d'une inhibibition sympathique. Des expériences de l'auteur, il semble légitime de conclure que l'action de l'urotropine sur le tonus est en rapport avec l'inactivation de la sécrétion d'adrénaline. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 21 juillet 1929).

Conséquence inattendue de la vaccination. — K. Fischer a observé une curieuse inflammation vulvaire chez une femme de trente-quatre ans dont les trois enfants avaient été vaccinés. Le troisième couchait dans le lit de sa mère et son vaccin suppurait. La mère eut de l'inflammation, puis de l'œdème et une ulcération. (*Medizinische Klinik*, 10 mai 1929).

H. V.

La fécondation artificielle,

Ce qu'elle nous apprend sur la physiologie de la fécondation naturelle. Ce qu'on pourrait lui demander dans le traitement de la stérilité.

Par **Henri VIGNES**

L'insémination artificielle, plus souvent appelée fécondation artificielle (1) *est envisagée de façon assez differente par les différents auteurs :* 1°, la plupart des gynécologues français considèrent, avec Siredey, que cette intervention est « peu attrayante » et qu'elle a des indications exceptionnelles (2) ;

2° pour d'autres, tel Macias de Torre, elle devrait tenir une place plus importante que celle qui lui est reconnue actuellement ;

3° enfin un petit nombre de médecins ont tendance à en faire le principal traitement de la stérilité : du nombre est Mme Schorohowa (de Taschkent) ; pour elle, la fécondation artificielle est absolument inoffensive ; de ce fait, elle doit prendre le pas sur toutes les autres méthodes qui comportent un risque léthal, si minime soit-il ; d'autre part, elle peut se pratiquer avec un sperme extra-conjugal, en cas d'azoospermie et nécrospermie ou en cas d'hérédité pathologique et elle peut se pratiquer sans mariage « le bonheur maternel étant un droit pour chacun » (3).

* * *

Un certain nombre de **précautions préliminaires** *seront mises en œuvre avant de procéder à l'insémination* : examen clinique, examen du sperme et, éventuellement, hystérosalpingographie.

1° L'examen des deux conjoints est indispensable, soit que, procédant méthodiquement, ainsi que faire se doit, on veuille réserver l'insémination aux seuls cas qui en sont justiciables, soit en employant la méthode de parti-pris, on veuille toutefois éliminer les cas comportant une impossibilité absolue.

2° L'hystérosalpingographie peut rendre des services, sur lesquels il n'est pas besoin d'insister. Cependant, pour peu dangereuse que soit cette méthode (4), elle n'est pas totalement dénuée de risques (5). Aussi peut-on discuter si le risque de l'I. A. n'est pas moindre que celui de l'hystérosalpingographie et peut-on, en toute honnêteté médicale, tenter l'I. A. sans le renseignement donné par la radiographie, tout au moins dans les cas où il n'existe pas de présomption clinique de sténose tubaire.

3° La plupart des auteurs insistent sur la nécessité d'un examen de sperme permettant de compter les spermatozoïdes après fixation, d'apprécier leur mobilité et leur morphologie à l'état frais, de rechercher les pollutions microbiennes et de compter les leucocytes.

Le nombre des spermatozoïdes n'est pas un facteur négligeable. Chez le lapin, d'après Walton, le nombre des sperma-

(1) Les principales dates de la fécondation artificielle sont :
1° fécondation artificielle chez le poisson : Schwammerdan (1680), Jacobi (1700), Coste (1856) ;
2° fécondation artificielle chez les mammifères : Spallanzani (1780) ;
3° injection de sperme humain dans le vagin : John Hunter (1799) ;
4° introduction du sperme humain dans l'utérus : Marion Sims (1866).

(2) De même, un éditorial du *Journal of the American medical Association* considère qu'il ne faut pas l'entreprendre à la légère parce que les résultats ne sont pas encourageants et parce qu'elle comporte quelque risque d'infection.

(3) « Évidemment, concède Mme Schorohowa, il n'y a pas lieu de préconiser la fécondation artificielle comme devant remplacer le procédé naturel : comme toute autre intervention médicale, elle a ses indications et ses contre-indications. »

(4) Voir dans *Gyn. et Obst.*, 1928, tome XVIII, p. 364, une série d'analyses sur les risques possibles (rares d'ailleurs) de l'hystérosalpingographie, dans la *Presse médicale* du 10 octobre 1928, un article de Delassus et, dans le *Bull. de la Soc. de Chir.*, une communication de P. Duval (12 décembre 1928) et une, plus récente, de Cl. Béclère.

(5) Encore que l'argument ne soit pas médical, la radiographie tubaire représente des frais qui ne sont pas négligeables.

tozoïdes constitue un facteur important pour la fécondité : celle-ci diminue s'il y a moins de 10^6 de spermatozoïdes par cc. et devient nulle au-dessous de 10^5. Trois raisons peuvent expliquer ceci : la rareté du spermatozoïde diminue les chances de fécondation ; les spermatozoïdes ne sont peut-être pas tous capables de féconder ; la toxicité du milieu peut agir de façon différente suivant la densité en spermatozoïdes.

Dans l'espèce humaine, Schorohowa estime qu'avec moins de 60.000 spermatozoïdes par centicube, les chances de succès sont très diminuées.

***

Choix de la date. — *Il faut tendre à ce que l'I. A. soit pratiquée le plus près possible de la date de l'ovulation* et plutôt avant qu'après cette date. En effet, les spermatozoïdes peuvent survivre plusieurs heures et, même plusieurs jours dans les voies génitales (1), alors que l'ovule se dégrade rapidement s'il n'est pas fécondé (2). D'après un travail récent d'Ogino (3), la période de la conception, c'est le jour de l'ovulation et les trois jours qui la précèdent et, à la rigueur, les quatre jours qui précèdent ceux-là ; dès le lendemain de l'ovulation, il n'y a plus de possibilité de fécondation.

Reste donc à fixer la date de l'ovulation. Pour Fraenkel, c'est le seizième jour après le début des règles. D'autres auteurs, tels Ancel et Bouin, tel Schrœder arrivent à des chiffres analogues et cette opinion est à peu près généralement admise. C'est dans cet esprit que Gibbons dit d'opérer peu de jours après la menstruation et dans les trois jours prémenstruels ; Samuel, après les règles ; Macias de Torre de quatre en quatre jours en commençant le huitième jour après les règles ; Rohleder, pendant les règles ou dans les huit jours qui les suivent.

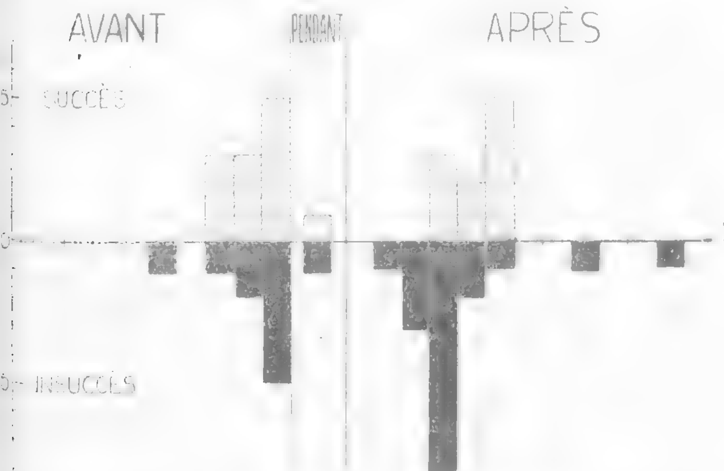


Fig. 1. — La fig. indique, d'après les chiffres de Mme Schorohowa, en haut le nombre de succès et en bas le nombre d'insuccès suivant le jour de l'I. A. (jour indiqué par rapport aux règles.)

Mais tenant compte des exceptions très nombreuses signalées par Schickelé, par J. R. Henry, par Temesvary, on doit considérer que la ponte ovulaire peut se faire à n'importe quel jour du mois et probablement ces anomalies de date doivent être tout particulièrement habituelles chez les femmes stériles, plus ou moins anormales au point de vue de leur fonctions génitales. Devrons-nous conclure avec Dickinson et Cary que, jusqu'à découverte d'un test clinique permettant de reconnaître l'époque de l'ovulation, la fécondation artificielle n'a pas grande valeur ?

Il est à peu près certain qu'il y a intérêt à multiplier les inséminations pour finir par tomber sur l'époque favorable. La plupart des auteurs qui ont eu un nombre appréciable de succès voient, de cette multiplicité des occasions, la raison des fécondations obtenues. Cette mentalité est donc tout à fait différente de celle de Batuaud pour qui l'I.A. ne pouvait être répétée, sans abus véritable, qu'à de rares intervalles. L'éditorial du *Journ. of the Amer. med. Ass.* dont nous parlions tout à l'heure n'hésite pas à dire qu'il faut prévenir les époux que cinquante inséminations peut-être seront nécessaires : ne faut-il pas parfois de très nombreux rapports naturels pour obtenir une fécondation ?

En tout cas, le graphique que j'ai établi, d'après Mme Schorohowa montre bien que l'I. A. peut être pratiquée avec succès à des dates très différentes.

On a pensé qu'un coït préalable pouvait favoriser l'I. A. Si, dans l'espèce humaine, l'ovulation est spontanée et non provoquée, il n'en est pas moins vrai qu'à partir d'une certaine date, la pratique du coït est, peut-être, susceptible de hâter la ponte ovulaire.

***

Comment recueillir le sperme. — *Quatre moyens permettent d'obtenir le sperme destiné à l'I. A.* : 1° masturbation dans un verre stérile ; 2° *coïtus interruptus* ; 3° *coïtus condomatus* ou 4° comme le faisaient Pajot ou Sims, coït naturel suivi d'aspiration intra-vaginale et de réinjection.

Les condoms de caoutchouc ont l'inconvénient de conserver des traces de benzol, néfastes pour les spermatozoïdes ; de plus, ils ne sont guère favorables à une récolte aseptique.

La méthode de Pajot-Sims, peu attrayante pour l'opérateur, a l'inconvénient du mélange avec les sécrétions cervicales et vaginales souvent impures.

Le sperme peut être conservé quelques heures à la température de la chambre ou à une température basse. Ce serait, semble-t-il, commettre une faute que le conserver à la température de 37°, trop élevée pour les spermatozoïdes (1).

La plupart des auteurs conseillent de ne pas diluer le sperme. Quelques-uns cependant sont favorables à une dilution dans l'eau physiologique. Certes, celle-ci ne peut guère nuire à la vitalité des spermatozoïdes. Mais elle a pour effet de diminuer leur taux, ce qui n'est pas sans inconvénient, nous l'avons déjà dit.

Cependant, on pourrait invoquer les expériences d'Elie Iwanoff comme favorables à la méthode de la dilution. Cet auteur a démontré que les spermatozoïdes, prélevés dans l'épididyme, sans sécrétion des glandes annexes, sont fécondants, même ceux que l'on extrait d'un mâle mort depuis vingt-six heures.

La sécrétion des glandes annexes se fait suivant un ordre toujours le même : glandes de Littre, puis glandes de Cowper, puis prostate accompagnant la masse spermatique, puis vésicules séminales. La sécrétion de la prostate provoque le maximum de motilité des spermatozoïdes mais abaisse considérablement la durée de leur vie. Les spermatozoïdes peuvent, hors de la sécrétion prostatique, vivre dix, douze et même trente jours, à la température de 1° ou 2°. Mais dans la sécrétion des glandes annexes, ils ne peuvent vivre que quelques heures. Il y aurait donc avantage à les isoler ; c'est ce qu'a réalisé Iwanoff et ce qui lui a permis de pratiquer un nombres considérable de fécondation artificielles : au lieu d'avoir 30 ou 40 juments fécondées par un étalon, au cours de la saison de reproduction, on en a 300 ou 400, car, à chaque saillie, un étalon fournit 100 à 300 cc. de sperme alors que quelques cc. sont suffisants pour la fécondation.

Iwanoff a pu, de 1909 à 1914, féconder artificiellement 7.000 juments avec 77 pour 100 de succès.

Rœmmele, chez les bovins, recommande d'employer le sperme pur sans dilution et le sperme impur après lavage dans une solution isotonique de sucre et centrifugation.

(1) H. Vignes. — *Physiologie obstétricale* 1923, p. 22.
(2) *Ibid.*, p. 8.
(3) Ogino. — Histological Studies on corpora lutea, period of ovulation, relation betwen corpora lutea and cyclic changes in uterine mucous membrane, and the period of fertilization. *The Japan medical World*, 15 juin 1928, p. 147. Voir aussi Asdell. Time of conception and of ovulation in relation to the menstrual cycle. *The Journ. of the Amer. med. Ass.*, 13 août 1927, p. 509.

(1) Il sera bon de conserver le sperme à l'abri de la lumière : de deux spermes d'oursins, prélevés dans les mêmes conditions et au même degré de concentration, mais dont l'un est conservé à la lumière diffuse du laboratoire et l'autre à l'obscurité, ce dernier garde beaucoup plus longtemps son pouvoir activant (Anna Drzewina et Georges Bohn. Influence de la lumière sur le pouvoir activant du sperme d'oursin. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 16 juillet 1923).

Technique de l'insémination. — *Trois méthodes peuvent être envisagées* suivant que l'on dépose le sperme dans le vagin, dans l'utérus ou dans le péritoine.

Cette troisième méthode, préconisée par Bab (1), présente divers inconvénients que l'on voit aisément. La première, soit que l'on injecte le sperme à la seringue comme le faisait Hunter dès 1799, soit que l'on dépose un tampon d'ouate imbibé de sperme devant l'orifice utérin dans le fond du vagin, comme le proposait Lesueur en 1867, a l'inconvénient d'exposer le sperme aux effets peut-être nuisibles, des sécrétions cervicales ou vaginales.

C'est donc l'introduction au-delà de l'orifice interne qui est la méthode de choix.

De nombreux appareils ont été inventés pour réaliser l'I. A., mais l'instrumentation la plus simple est la meilleure : une simple seringue, de préférence d'un modèle dont le débit se règle facilement (seringue record), est ce qu'il y a de mieux ; une mince canule la complète. Le tout sera stérilisé par ébullition à l'eau pure.

L'insémination comporte plusieurs temps : 1° mise en place du spéculum ; 2° assèchement du canal cervical ; 3° mise en place d'une pince à col seulement s'il existe une catéflexion prononcée ; 4° introduction lente de la canule pour ne pas léser la muqueuse utérine et pour ne pas provoquer l'irritation et le rejet du sperme hors la cavité utérine ; 5° injection d'une, deux ou trois gouttes de sperme au delà de l'orifice interne ; 6° retirer la canule avec précaution ; 7° appliquer, si on le juge bon, un tampon de coton imbibé de sperme sur l'orifice cervical externe.

La femme restera couchée pendant une demi-heure après, sans bouger et elle évitera toute agitation pendant un mois environ : en particulier, elle évitera, pendant ce temps, les rapports sexuels.

« *Le praticien*, dit Boudin, *agira sagement en ne pratiquant la fécondation qu'en présence du mari.* Si même, il emploie une seringue, ou poire en caoutchouc, pour projeter le liquide séminal dans l'utérus, après l'introduction dans cet organe de la sonde conductrice, il pourra prier le mari, de pousser lui-même, le piston de la seringue ou de presser sur la poire ; c'est le mari qui, ainsi, aura fécondé sa femme, même avec le sperme d'un donneur étranger et qui en assumera toutes les responsabilités et conséquences. »

***

Indications masculines. — 1° *Tous les auteurs sont d'avis qu'une stérilité par hypospadias est justiciable d'une fécondation artificielle* après échec des tentatives chirurgicales de correction (Batuaud, Gibbons, Meaker).

Il faut rapprocher de l'hypospadias vrai, tous les cas où il existe une déviation vers le bas de l'orifice uréthral.

2° *On a proposé l'I. A. comme remède aux cas de stérilité par impuissance ou par éjaculation prématurée* : Rohleder, Schorohowa considèrent qu'alors on peut rendre aux conjoints un service indiscutable.

3° *Une éjaculation médiocre et sans force peut légitimer l'I. A.*, « a certain want of virility », dit Gibbons.

4° L'*azoospermie ou la nécrospermie peuvent devenir des indications à l'I. A.* sous condition d'employer, avec le consentement des époux, le sperme d'un donor extra-conjugal. Cette méthode, très prônée par certains auteurs étrangers, est assez en désaccord avec la morale française.

***

Indications féminines. — 1° *Le non ajustement de l'orifice uréthral et de l'orifice cervical externe peut constituer une indication à l'I. A.* Il a été bien démontré, et, en particulier, par Huhner, que la fécondation est très improbable si le col n'a pas été directement inséminé à l'éjaculation, car les spermatozoïdes ne tardent pas à succomber dans le vagin. Les cas de fécondation par éjaculation à la vulve sont possibles, mais ils témoignent d'une grande vitalité des spermatozoïdes ou d'une grande réceptivité féminine.

Une antéflexion utérine, un col qui regarde trop en avant en cas de rétroversion peuvent ainsi, constituer des indications à l'I. A. mais on devra, en toute honnêteté, mettre en balance l'I. A. avec les interventions qui permettent de corriger la déformation.

2° *La stérilité par sténose du col peut être combattue par une I. A.*, mais la plupart des gynécologues français n'auraient pas idée d'employer ce moyen lorsqu'ils peuvent recourir aux divers procédés de dilatation ou de stomatoplastie.

3° *Une sécrétion « offensante » du col peut, en cas d'échec d'autres thérapeutiques, nécessiter une I. A.*, soit qu'il s'agisse de métrite cervicale, soit qu'il s'agisse d'anomalies inconnues ou mal connues de la sécrétion : sécrétion toxique pour les spermatozoïdes ou sécrétion trop concrète.

Kurzrok et Miller ont établi que le bouchon muqueux cervical constituerait une barrière redoutable pour le spermatozoïde, si le sperme n'exerçait pas vis-à-vis du mucus une action lytique. L'enzyme mucolytique est thermolabile ; elle ne dépend pas du spermatozoïde. Le pus cervical diminue l'activité de l'enzyme.

K. et M. supposent qu'il existe une stérilité due à une production insuffisante d'enzyme.

Meaker a proposé d'étudier la nocivité de la sécrétion cervicale en étudiant le contenu cervical prélevé après le coït 1° On trouve des spermatozoïdes vivants : donc le mari est normal, l'ajustement uréthro-cervical est satisfaisant, la sécrétion cervicale n'est pas défavorable. 2° On trouve des spermatozoïdes « mal en point » ; alors, on examine du sperme recueilli au condom : si les spermatozoïdes sont normaux, le mari est normal, l'ajustement est satisfaisant, mais la sécrétion cervicale est défavorable ; s'ils sont morts, c'est que le mari est infécond. 3° S'il n'y a pas de spermatozoïde dans le col et qu'on en trouve dans le condom, c'est que l'ajustement est défectueux. Meaker, arrive, ainsi, dans les cas qu'il a étudiés aux proportions suivantes : spermatogenèse défectueuse, 48 %, non ajustement 3 %, hostilité cervicale 16 %, causes tubaires ou ovariennes 32 % (16 % d'occlusion tubaire et 16 % d'ovulations imparfaites). Il y a donc 20 % de cas (non ajustement ou hostilité des sécrétions qui pourraient être justiciables de l'I. A. ; mais Meaker ne croit pas qu'elle soit la méthode de choix dans tous ces cas : l'idéal est de guérir l'anomalie et, le plus souvent, cela est possible.

4° *Le vaginisme, la dyspareunie ont, parfois, pu sembler nécessiter l'I. A.* Dans les dyspareunies, où toutes les autres méthodes ont échoué, dit Rohleder (1) on peut y avoir recours. De même, Schorohowa la préconise dans les cas avec cul-de-sac vaginaux peu profonds et dans ceux avec périnée court, qui favorisent l'écoulement rapide du sperme.

5° *D'autres indications ont été envisagées* : perversion sexuelle, fétichisme, homosexualité, sadisme. D'autre part, certains auteurs ont une prédilection pour l'I. A. qui est leur méthode de choix, celle qu'ils emploient avant tout.

***

Les **contre-indications** masculines sont le grand âge, une hérédité néfaste rendant indésirable toute fécondation, une inflammation active des voies génitales et un sperme impar-

(1) Voir Kelly. — I.A. par la bourse ovarienne chez le cobaye. *Surgery, Gyn and Obst.*, fév. 1929, p. 200.

(1) Rolheder a pratiqué la fondation artificielle dans 25 cas : 14 impotentia coeundi, 5 sténoses du col, 2 dyspareunies, 1 frigidité, 1 adiposité, 1 hermaphrodisme, 1 étiologie imprécise.

fait (présence de gonocoques et autres microbes, trop grande quantité de leucocytes).

Chez la femme, les malformations accentuées des organes génitaux, l'hérédité pathologique, les néoplasmes, les infections contre-indiquent l'I. A.

***

Les **résultats** de l'I. A. varient suivant les auteurs : 1° Pozzi ne l'avait jamais vu réussir ; Marion Sims, sur six cas, avait eu un succès à sa dizième tentative ; Batuaud parle de résultats aléatoires. J'ai dressé un tableau qui indique les pourcentages de succès pour certaines statistiques un peu importantes : les chiffres qui varient de 25 à 40 % y sont relativement fréquents. J'ai calculé la moyenne globale qui est de 40 %.

Bossi
Giroult 8
Schorohowa 22 50
Hirsch 6
Rohleder 8
Divers 10
Prochownick 3 13
Bataud 4 26

FIG. 2. — En blanc, nombre de succès ; en noir, nombre d'insuccès. Les chiffres de la ligne supérieure indiquent les pourcentages.

La colonne des « divers » totalise les cas de GIGON, P. MÜLLER, BUMM, KISCH, SCHWALBE, MENSINGA, FRITSCH, MEYER RUGG, H. W. MEIR, M. HIRSCHFELD, MARIOMS, SIMS, DÖDERLEIN, MEAKERS.

2° Mais ce n'est pas tout d'obtenir une fécondation, il faut encore mener la gestation à terme et ce n'est pas toujours le cas : le seul succès de Marion Sims se termine par avortement à quatre mois ; la gestation obtenue par Macias de Torre est une gémellaire univitelline ; Mme Schorohowa, sur 22 fécondations, relève 5 avortements.

3° Il est intéressant de rapporter les succès au diagnostic préopératoire. C'est ce qu'a fait Mme Schorohowa :

antéflexion utérine, col conique, 9 fois ; résultats positifs : 6 ; rétroflexion utérine, col conique 4 fois ; résultats positif : 3 ; hypoplasie utérine, 2 fois ; résultat positif : 1 ; rétroflexion utérine, 3 fois ; résultats positifs. 2 ; déchirure du périnée, 5 fois ; résultats positifs : 3 ; salpingoophorite, 21 fois ; résultat positif 5 ; endométrite, 2 fois ; résultat positif : 0 ; gros utérus, 3 cas ; résultat positif : 2.

D'autre part, dans 8 cas, il y avait azoospermie du mari ; on fit l'I. A. avec un autre sperme et on obtint 3 résultats positifs.

Voici le détail de quelques observations :

SCHOROHOWA : Rétroflexion utérine. Un an et demi avant, pelvi-péritonite purulente ayant nécessité la colpotomie postérieure. Ce cas paraissait des plus défavorables à la fécondation artificielle. Pourtant, après deux injections de sperme, on obtint la conception et puis l'accouchement. Après cet accouchement, de nouveau, point d'enfant pendant trois ans, malgré le grand désir d'en avoir encore. Pour une seconde fois, la fécondation artificielle a permis la conception et la femme a accouché à terme.

CARY a obtenu deux résultats favorables. Dans l'un, la femme d'un médecin était déjà antérieurement devenue ensuite grâce à une fécondation artificielle. Elle reste enceinte longtemps sans enfant et, dès qu'on eu recours à la fécondation, elle redevint enceinte. La seconde femme avait eu une résection du col pour endocervicite chronique et il fallut plusieurs séances d'injection spermatique pour obtenir la fécondation. Dans un troisième cas, on essaya la fécondation avec un sperme d'aspect médiocre et on n'obtint pas de succès. Ultérieurement l'état général du mari et la qualité de son sperme s'améliorèrent et la femme devint enceinte «sans tant de manière».

MEAKERS : Col regardant très en avant ; — pose d'un pessaire. Aucun résultat ; — examen du contenu cervical après coït : présence de spermatozoïdes morts dans le mucus ; — insémination artificielle ; — succès à la première tentative (opération le 7 mai ; les règles du 10 mai n'arrivèrent pas).

***

La fécondation artificielle est une opération correcte n'entraînant aucune responsabilité. — Cependant, dans les divers pays, la plupart des auteurs admettent que si la stérilité peut être guérie par un autre moyen, c'est ce dernier qu'il faut employer.

Mais il y a lieu de distinguer la fécondation avec le sperme du mari de la fécondation avec le sperme d'un autre Donor.

Boudin a étudié quelle est la situation légale de l'enfant né après fécondation artificielle extra-conjugale, consentie par le père, au cas où celui-ci, ultérieurement se ravise et au cas où des cohéritiers contestent la légitimité de l'enfant.

Cette situation se fonde sur les articles 312 et 313 du *Code civil*, dont les prescriptions, plus ou moins modifiées par la jurisprudence, peuvent se résumer ainsi :

1° l'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari ; 2° le désaveu de paternité n'est possible que si entre le 300e et le 180e jour avant la naissance, il y a eu éloignement ou toute autre impossibilité physique de cohabitation - le désaveu n'est pas possible du fait d'impuissance ou du fait d'adultère.

Cependant en cas d'adultère et accouchement clandestin, la jurisprudence tend à admettre que le recel de naissance constitue une cause de désaveu et il en est de même pour le recel de gestation.

La conséquence logique et légale de ces diverses propositions est ainsi formulée par Boudin « le mari qui a continué à cohabiter avec sa femme, alors que celle-ci a été fécondée artificiellement par le sperme d'un donneur étranger, qui a eu connaissance de la grossesse de son épouse, ou qui a assisté à l'accouchement, ou qui a eu connaissance de ce dernier, sera légalement le père légitime de l'enfant, qui n'est pas né de ses œuvres ».

Qui pourrait contester la légitimité dans ces conditions ? Le mari (1), dans un délai d'un mois fixé par la loi, peut seul le faire, s'il est pris de regrets. Mais il est vraisemblable que les tribunaux ne lui donneraient pas raison, étant donné son consentement initial.

Pour mettre sa responsabilité à couvert, Boudin recommande aux médecins de se faire délivrer une autorisation écrite par les deux époux. lui permettant de faire la dite opération (2) au cas où l'autorisation écrite serait refusée, ou si le médecin avait des raisons pour suspecter la constance des idées de ses clients, il fera bien de se faire assister par un de ses confrères. qui l'aidera dans son opération fécondante.

A l'opinion de Boudin qui considère l'I. A. avec sperme extra-conjugal comme une intervention admissible, il convient d'opposer l'opinion de Balthazard : pour lui, le médecin doit s'abstenir. Balthazard ne spécifie pas s'il estime ou non cette intervention comme immorale ; mais il fait remarquer que les impuissants sont des psychopathes, que, malgré toutes les promesses faites pour obtenir l'intervention du médecin, ils sont obsédés ultérieurement par l'évènement qu'ils ont sollicité, qu'ils harcèlent le médecin sur l'identité du procréateur et qu'ils finissent parfois, par se livrer sur le médecin à des attentats criminels.

Rohleder estime que, dans des cas tout à fait exceptionnels, une I. A. extra-conjugale peut être employée, toutes les précautions étant prises l'entente des personnes intéressées étant bien établie, et un examen méticuleux du sperme étranger étant fait. On rédigera un papier certifiant l'entente du mari et du médecin. Chez des personnes non

(1) Cependant si le mari succombe avant la fin du mois, ses héritiers ont un délai de deux mois pour contester la légitimité.

(2) De même. BOUDIN insiste sur l'obligation du secret professionnel absolu : personne ne peut le délier du secret professionnel, ni le mari, ni la femme, ni le donneur. Il doit taire tout ce qu'il a surpris, entendu à l'occasion de l'exercice de sa profession,

mariées, la fécondation artificielle ne devra jamais se faire. S'il y a entente des conjoints, l'enfant doit être considéré comme légitime (1).

H. VIGNES.

BIBLIOGRAPHIE

BALTHAZARD. — *La médecine légale dans ses rapports avec l'obstétrique. In* BRINDEAU. — *La Pratique de l'art des acc.*, tome V., 1928.

BATUAUD. — *La stérilité féminine.* G. DOIN, édit., 1922.

BOUDIN. — Considérations juridiques sur la fécondation artificielle. *Le Concours médical,* 30 oct. 1927, p. 2879.

ROBERT L. DICKINSON et W.-H. CARY. — Sterility. *The journal of the Amer. med. Ass..* 1er janvier 1927.

EDITORIAL. — Artificial impregnation. *Journal of the Amer. med. Ass.,* 15 oct. 1927, p. 1355.

GIBBONS. — *Sterility in woman.* Un vol., Londres, 1923.

Elie IWANOFF. — De la fécondation artificielle chez les mammifères. *Archives des sciences biologiques,* Saint-Pétersbourg, 1927, p. 377-514 et la fécondation artificielle comme méthode zootechnique, *The veterinary Journal,* 1925, p. 609.

KURZROK et MILLER. — Biochemical Studies of Human Semen and the Mucin of the Cervix Uteri. *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.,* avril 1927, t. XXIV, p. 670.

E. MACIAS DE TORRE. — La fecondacion artificial. *Rev. Espanola de Obst. y Gin.,* Madrid, mai 1927, p. 199.

S. R. MEAKER. — Fécondation artificielle. *Boston med. and Surg. journ.,* 2 sept. 1986, t. 195, p. 471.

RŒMMELE. — Recherches biologiques et physiologiques sur le sperme et la sécrétion vaginale des bovins au point de vue de la fécondation artificielle. *Zool. Jahrb.,* 1927, t. XLIV, p. 85.

ROHLEDER. — *Monographie über del Zeugung beim Menschen.* Un vol. Leipzig, 1924.

Max SAMUEL. — Ueber neure Methoden zur Benebung der Sterilitat und über kunstliche Befruchtung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* n° 50, 10 décembre 1926, p. 2108.

SCHOROHOWA. — La fécondation artificielle dans l'espèce humaine. *Gynéc. et Obst.,* 1927, t. XV, p. 132.

WALTON — The relation between density of sperm-suspension and fertility as determined by artificial insemination of rabbits. *Proc. of the Roy. Society,* 1924, p. 383.

LE 13e CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE

HARVARD UNIVERSITY (AOUT 1919),

Par Ch. RICHET, fils.

Impressions dédiées à nos amis d'Amérique.

Ce fut le très grand succès.

Grâce à la générosité de la C. G. transatlantique, et d'un certain nombre d'industriels de produits thérapeutiques, le voyage de la délégation française (60 à 70 personnes en comptant les retardataires, sur la « France » s'effectua dans les meilleures conditions : séjour à New-York ou voyage à Philadelphie et à Washington. Enfin arrivée à Harvard.

On vante de par le monde l'organisation américaine ; elle eut le loisir de se manifester.

L'an dernier, on croyait devoir être 300. Il y a six mois on admit qu'on serait 800. En mai 1929 on devait être 1.200. De fait on fut plus de 1.600 délégués. 36 nations y furent représentées.

Pourtant Edwin Cohn, l'âme du Congrès, avec son intelligence souriante, et son tact parfait, avait tout organisé, montrant ainsi que la chimie biologique mène à tout, même à loger dans les « dormitories » 1·600 personnes, à être le grand maître des autobus, à devenir un ordonnateur des fêtes de jour comme de nuit et à improviser un petit dîner qui réunissait dans sa charmante intimité à peine moins de 1.580 convives. Le tout était combiné à des promenades dans la charmante campagne de New-England.

On eut la pudeur de travailler. 800 communications, 200 démonstrations constituent un tableau de chasse parfaitement honorable

On apprit beaucoup de choses à Harvard aussi bien qu'au remarquable laboratoire de biologie marine à Woods Hole. En particulier Chambers nous montra sa méthode d'injections dans les cellules isolées, méthode qui permet d'étudier le pH. cellulaire, méthode qui riche en résultats futurs est un triomphe de la technique microscopique.

Mais puisque j'ai appelé ce modeste article : impression, donnons l'impression générale. C'est celle d'un formidable travail mis en mouvement par une puissante *intelligence collective.*

Evidemment, les savants ne sont pas des termites et pourtant (qu'ils m'en excusent) leur œuvre sociale, si on pouvait se placer très haut, donnerait, ce me semble, dans le domaine intellectuel l'impression d'une gigantesque termitière dont le but unique règle le travail. Une comparaison...moins zoologique et peut-être plus appropriée. La guerre a-t-on dit a été gagnée par le modeste fantassin de seconde classe. Je me demande si la science actuelle n'est pas en grande partie une conquête faite par le modeste savant de seconde classe (en réalité anonyme) qui consacre son existence à apporter quelques faits précis bien observés, qualités qui précisément sont celles du savant.

A la science leurs descendants ont appliqué leur méthode et leurs sens d'organisation. Puis par de généreux donateurs (la générosité (1) est encore une des gloires des E. U. et non des moindres), ils ont réussi à avoir de parfaits laboratoires où l'on travaille. Le congrès vient de mettre en relief leurs résultats.

On a volontiers tendance dans un congrès international à opposer les savants des divers pays.

Comparons si l'on veut, n'opposons par science américaine et science européenne. On n'oppose pas deux forces qui concourent du même but.

Réunissons-les plutôt : ce fut l'œuvre du congrès, ce sera également celle des futurs congrès internationaux.

Sa ténacité permet aux grands chefs de diriger le mouvement décisif.

Mais sans cette cohorte de travailleurs, ils ne pourraient que peu de choses, et peut-être devrait-on dans le tempte de la science, élever une statue au « savant inconnu ».

Deux cents laboratoires de biolcgie aboutissent en un an de travail à la production de 20.000 faits. L'importance de dix d'entre eux sera sanctionnée par le temps et peut-être y en aura-t-il un qui sera générateur d'une grande *idée-force* de la biologie.

Kroph dans son discours d'ouverture montrait que le nombre de publicstions dans le domaine physiologique avait quintuplé en 25 ans, passant de 3.800 en 1901, à 18.000 en 1926.

N'y a-t-il pas là les signes d'une énergie régulièrement accélératrice dans ce chimiotactisme positif qui attire l'homme vers la vérité. Mouvement admirable soit, mais bien décevant. Il est absolument impossible à un savant de se tenir au courant de la bibliographie biologique sauf s'il y consacre toute son activité mais alors il n'est plus un savant. D'autre part n'est-il pas désespérant de résumer en une courte note six mois de travail en sachant que en moyenne on n'a contribué que pour 0,01 % à l'avancement scientifique, puisque 20.000 travaux sont publiés annuellement. Heureusement chacun des chercheurs, et cela est bien, a la conviction intime que son travail et celui des autres ne sont pas de la même classe.

(1) Par contre, Rohleder estime que l'enfant né d'une femme s'étant fécondée par ses propres moyens avec le sperme du mari introduit dans le vagin, mais sans le consentement de celui-ci, ne peut-être considéré comme légitime !!!

(1) Autre qualité : l'hospitalité, cette vertu que nous croyons française et que nous ne savons pas pratiquer.

Cannon, Bottazzi, Hill, Franck, Gley, Fredericq animèrent, c'est-à-dire donnèrent une véritable âme au congrès.

Dans ce congrès la langue, c'est-à-dire la pensée française, tint une place honorable et nous savons un gré particulier entre autres à nos amis de Pologne avec Parnas, d'Espagne, avec Pi Suner, du sud amérique avec Benatti de Roumanie, avec Nitzesen de Russie, avec Sina Stern, d'avoir utilisé notre langue. Une ombre au tableau pourtant. Quelques uns de nos amis belges supposant, sans doute, faire œuvre de courtoisie à l'égard de nos hôtes, présentèrent leurs travaux en anglais.

De l'avis général ce geste ne fut pas heureux. Eussent ils donc déchu en imitant l'exemple des grands Fredericq et Nolf leurs chefs de file ?

Mais dans un congrès, discours, communications, démonstrations même sont peu de choses. Ce qui importe davantage ce sont les échanges d'idées, les conversations d'hommes de science à homme de science.

A-t-on une passion cachée pour les capillaires ? Allons voir Kroph.

Préfère t-on la chronaxie ? Lapicque et Bourguignon sont là.

Avec Cohn, discutons la solubilité des protéiques, et avec Pawlow des réflexes conditionnels. Un peu de métabolisme basal avec Benedict et Carpenter ; et beaucoup de sympathectomie avec Cannon (1). Enfin pour étudier la physiologie alimentaire allons déjeuner à côté de Susk.

Est-il possible à nous qui ne fîmes que fraverser Haward et Woods-Hole de préciser la façon dont les Américains travaillent ? Certes non. Cependant, ainsi que Gley dans son discours l'indiquait lorsque les puritains sous la conduite de Wynthrop avaient en 1630 fondé Boston, ils avaient avec leurs dieux lares emporté deux qualités : l'intelligence et la patience.

(1) Signalons les admirables travaux de cet auteur sur la sympathectomie totale avec une survie indéfinie des animaux.

38e CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Paris le 7-12 octobre 1929

Le 38e Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris le 7 octobre. Trois questions sont mises à l'ordre du jour. En voici les conclusions et le plan, d'après le volume des rapports.

Indications et résultats du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire

Rapporteurs : MM. L. Bérard (de Lyon) et G. Lardennois (de Paris).

Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, inauguré il y a quarante ans est actuellement bien réglé dans ses techniques. Il rend déjà des services considérables aux malades, mais ses ressources semblent encore ignorées dans trop de pays, par trop de médecins et de chirurgiens.

Cette chirurgie ne doit procéder d'aucun point de vue exclusif. Elle exige la collaboration homogène et constante d'un médecin prudent et d'un chirurgien persévérant que n'effrayent pas jusque-là les tâches trop souvent ingrates.

Les indications et les techniques obéissent à des règles générales, mais dont l'application est essentiellement individuelle. C'est de l'étude analytique et minutieuse de chaque cas que procédera le traitement, tantôt strictement médical, tantôt chirurgical, tantôt médico-chirurgical.

Il ne s'agit point là d'une chirurgie banale, pouvant être exécutée par n'importe quel opérateur, dans n'importe quel service hospitalier.

Le chirurgien doit préalablement s'initier lui-même à la connaissance des divers modes évolutifs de la tuberculose, aux conditions très variables de résistance opératoire des tuberculeux, non seulement en ce qui dépend du degré d'intégrité des appareils cardio-vasculaire, rénal, digestif et glandulaire, trop souvent altérés par des intoxications bacillaires ou septicémiques.

Les malades, toujours plus fragiles qu'ils ne le paraissent, doivent être toujours préparés à l'intervention quelle qu'elle soit par un examen prolongé et, si possible, par la cure sanatoriale. C'est au sanatorium que le chirurgien trouvera les conditions hygiéniques et sociales les meilleures pour intervenir avec le maximum de sécurité et de profit pour les opérés.

Mises à part quelques indications rares d'intervention endopleurale sous endoscopie et de décollement de la plèvre localisé, avec ou sans compression du lobe malade, on pratique de plus en plus la phrénicectomie et la thoracoplastie extra-pleurale suivant les techniques que nous avons décrites.

La phrénicectomie, opération simple et bénigne, peut améliorer et parfois guérir, à elle seule, des lésions étendues et avancées, même cavitaires, quel que soit leur siège, et même quand le poumon opposé n'est pas d'une intégrité absolue. Il ne faut pas cependant lui demander plus qu'elle ne peut donner ; le plus souvent, quand l'autre poumon est cliniquement sain, la phrénicectomie constitue le premier temps de la thoracectomie.

La thoracectomie, ou thoracoplastie extra-pleurale, reconnaît comme indication fondamentale la présence de lésions fibro-ulcéreuses, voire ulcéro-caséeuses unilatérales, pour lesquelles le pneumothorax a été reconnu d'emblée impossible ou démontré inopérant après quelques insufflations de moins en moins efficaces. Il ne faut pas attendre pour intervenir la phase des complications pleurales.

Si l'on opère assez tôt des tuberculeux strictement pulmonaires, en calculant le nombre et l'étendue des résections costales dans chaque séance opératoire, d'après les indications de chaque cas particulier, la mortalité immédiate et secondaire précoce des interventions doit être ramenée à un chiffre très réduit, moins de 5 à 6 p. 100. On obtiendra de 60 à 70 p. 100 d'améliorations considérables et durables, avec 40 p. 100 environ de guérisons cliniques, au moins pendant plusieurs années.

C'est vers cette indication fondamentale qu'il faut tendre de plus en plus. Dès qu'il y a des complications pleurales (tuberculose évolutive de la plèvre avec épanchement, épanchements suppurés non tuberculeux consécutifs le plus souvent aux ponctions infectantes), la technique se complique et le pronostic prend immédiatement une gravité considérable. Les guérisons obtenues à grand'peine deviennent l'exception quand l'épanchement tuberculeux de la plèvre a été infecté secondairement par des microbes de la suppuration venus du poumon ou de l'extérieur.

Les empyèmes simples des tuberculeux pulmonaires sont d'un pronostic meilleur.

Les ponctions de tous ces épanchements doivent être tentées au début avec les précautions d'asepsie la plus stricte. Les médecins ne doivent cependant pas s'y attarder trop, ni fonder de vains espoirs sur la pratique des lavages de la plèvre et des oléothorax. C'est aux chirurgiens qu'il revient bientôt de traiter les empyèmes fermés ou fistulisés, habituellement par de petits drainages en espace clos, combinés dès que possible avec la phrénicectomie et avec les divers types de thoracoplastie.

Les vieux empyèmes avec psychopleurite peuvent imposer des résections costales, étendues du type Schede, mais avec un aléa considérable.

Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott

Rapporteurs : MM. H. L. Rocher (de Bordeaux) et E. Sorrel (de Paris).

Arrivés au terme de cette étude que nous avons faite aussi consciencieusement que possible, nous voudrions en quelques mots la résumer et conclure. Nous ne nous dissimulons pas les imperfections de notre travail, elles tiennent à nous sans doute, mais elles tiennent aussi au sujet et toutes les fois qu'on cherchera à préciser les avantages et les inconvénients d'une méthode de traitement des lésions tuberculeuses, il en sera de même. La façon très variable dont elles évoluent, la possibilité de réveil à très longue échéance d'un foyer paraissant bien éteint, la possibilité de localisations bacillaires sur un autre organe, empêcheront toujours d'apprécier d'une façon très rigoureuse les résultats d'un procédé.

Mais peu à peu cependant, quand une méthode a été employée aussi souvent que l'ont été maintenant les ostéosynthèses dans le mal de Pott, la vérité finit par se dégager de l'ensemble des faits. Et la méthode vient insensiblement occuper la place qu'elle doit garder définitivement, malgré les exagérations premières dans un sens ou dans l'autre. Et c'est, nous semble-t-il, ce que sont en train de faire les opérations ankylosantes.

Nous pouvons affirmer aujourd'hui que ces opérations sont incapables de produire par elles seules la guérison rapide d'un mal de Pott et ceux des chirurgiens qui s'étaient fait à ce sujet

des illusions (ils n'étaient d'ailleurs, nous espérons, pas bien nombreux) doivent, croyons-nous, les abandonner.

Mais nous pouvons affirmer aussi que nous avons par les opérations ankylosantes la possibilité d'immobiliser et de bloquer à tout jamais le foyer pottique.

Chez l'enfant, il ne paraît pas très utile d'y avoir recours car les résultats obtenus par les méthodes orthopédiques ordinaires sont bons et peuvent en dispenser.

Chez les adultes par contre les résultats orthopédiques sont mauvais et les opérations ankylosantes doivent être chez eux très largement employées, étant bien entendu qu'elles ne dispensent jamais du traitement général et du traitement orthopédique. Ce sont des méthodes qui se complètent et qui ne peuvent en aucune façon être opposées l'une à l'autre.

Les contre-indications sont assez nombreuses et en pratique on n'opérera guère les pottiques que dans un tiers des cas.

Le moment de choix pour pratiquer ces opérations est le début de la période de réparation.

En principe c'est l'ostéosynthèse par greffon prélevé sur le tibia qui sera préférée : greffon rigide si la gibbosité n'est pas trop prononcée, greffon souple dans le cas contraire et la préparation du lit du greffon variera suivant la forme de la gibbosité.

L'immobilisation post-opératoire devra être longue, cinq à six mois en principe, et l'ankylose, encore peu résistante à ce moment, sera protégée pendant six mois à un an encore par le port d'un corset.

L'opération est d'une bénignité remarquable, si elle est exécutée correctement.

La méthode ainsi comprise donne des résultats excellents. Reprise d'une vie normale dans 60 à 80 p. 100 des cas, sans cependant qu'on puisse affirmer que le malade soit pour toujours à l'abri de tout accident : ces résultats sont supérieurs à ceux que peut donner toute autre méthode et il faut souhaiter vivement que les ostéosynthèses entrent de plus en plus dans la pratique courante.

Evolution et traitement des plaies des tendons de la main.

Rapporteurs : MM. Jacques-Charles BLOCH (de Paris) et Paul BONNET (de Lyon).

Le rapport que nous présentons n'a pas la prétention de résoudre le problème de la thérapeutique des plaies des tendons de la main. Il est destiné seulement à réaliser une mise au point de cette délicate question.

Dans la première partie exclusivement réservée à l'étude *biologique* de la cicatrisation des tendons, nous résumerons les expérimentations déjà parues, complétées prr quelques recherches personnelles que nous avons pu faire sur l'animal, dans le laboratoire de M. le professeur Cunéo. Nous tenterons de préciser la nature du cal tendineux, la valeur des procédés de suture, le mécanisme de la réhabitation des greffes, ainsi que les troubles de régénérations.

Dans la deuxième partie *clinique*, nous présenterons des statistiques. Nous nous excusons de cette énumération fastidieuse de chiffres, qui malheureusement ne suffisent pas à préciser la valeur de la suture. Un examen méthodique des observations est nécessaire pour établir ce bilan. Il importe en effet, de différencier les succès des améliorations et de discuter de très près les causes d'échecs. Nous nous sommes efforcés de réaliser ce but en tenant compte surtout des résultats observés par nous-mêmes.

Dans la troisième partie *thérapeutique*, nous décrirons les méthodes les plus usuelles de suture, les voies d'abord des tendons ainsi que la technique des greffes. Nous nous sommes efforcés de profiter des cas observés au cours de l'année écoulée pour préciser les dispositions anatomiques spéciales et régler la thérapeutique suivant chacune des régions.

Notre grande préoccupation a été surtout d'étudier les procédés récents destinés à la réparation des tendons fléchisseurs sectionnés au niveau des doigts. Il ne faut pas oublier que cette partie du problème thérapeutique a été très délaissée en France, et qu'en 1921. la Société de Chirurgie avait jeté l'anathème sur les interventions destinées à réparer les tendons fléchisseurs.

Nous devons à Iselin de nous avoir apporté de son voyage en Amérique les impressions les plus favorables et les conseils les plus encourageants concernant la restauration des tendons fléchisseurs sectionnés, par des greffes tendineuses. En lisant ses articles, nous avons d'abord pensé que la question était résolue. Pleins d'enthousiasme, plusieurs d'entre nous s'attachèrent à reproduire l'opération de Bunnell ; mais, hélas ! les résultats ont un peu déçu nos espérances. Malgré les perfectionnements techniques que nous avons essayé tour à tour d'apporter à cette intervention, la restauration fonctionnelle est restée imparfaite ; nous sommes arrivés à améliorer considérablement un doigt infirme mais nous n'avons jamais obtenu la mobilité complète ni la souplesse qui sont de règle à la suite des interventions pratiquées sur les extenseurs.

Evidemment, nous sommes loin d'avoir l'expérience des chirurgiens américains qui peuvent exposer les résultats de plusieurs centaines d'opérations ; nous ne saurions leur comparer notre maigre statistique. Nos rares tentatives ne caractérisent qu'une période de début, et l'imperfection de nos résultats doit être mise sur le compte de notre inexpérience. C'est malheureusement à ce stade qu'il nous faut arrêter nos essais pour rédiger ce rapport ; aussi nous est-il difficile d'émettre un avis définitif et nous nous bornerons seulement à exposer l'état actuel de la question.

Dans une chirurgie aussi délicate que celles des organes mobiles, les progrès ne se réalisent que lentement et les premiers déboires ne doivent pas nous décourager ; nous devons au contraire profiter de nos fautes pour nous perfectionner.

CHRONIQUE

La blennorragie chez la femme

La blennorragie féminine est une des affections les plus mal connues qu'il soit des médecins praticiens, car elle affecte des formes diverses et surtout des formes discrètes. Alors que, chez l'homme, la maladie s'annonce à grand fracas ou du moins sans dissimulation, le gonocoque pénètre à bas bruit chez la femme et prend le temps de s'installer, avant de signaler sa présence par des phénomènes aigus ou chroniques.

Dans un livre récent (1), J. Janet a consacré un important chapitre à cette question de la blennorragie féminine. L'affection est si fréquente que les médecins ne devraient jamais jurer qu'une femme est exempte du diplocoque de Neisser, quel que soit son état de santé, sans avoir pratiqué un ou plusieurs examens microscopiques minutieux. Quant aux chirurgiens, ils devraient se rappeler que, pour guérir une femme de sa blennorragie, il ne sert à rien de lui enlever la moitié de ses organes si on ne désinfecte pas l'autre moitié.

Evolution de la blennorragie.

Le début de la blennorragie féminine est la plupart du temps inaperçu, tant son acuité est minime et, à moins d'un état inflammatoire douloureux, l'écoulement du début est qualifié de simples pertes blanches. Si, par suite de contamination après un rapport, la femme a quelques doutes sur son intégrité microbienne, il est souvent difficile à un médecin non spécialisé de découvrir l'agent de contagion, même après plusieurs examens microscopiques. La raison en est que les foyers de gonocoques sont multiples et compliqués et que la nature semble avoir créé les organes génitaux féminins pour la plus grande joie des gonocoques. L'urèthre, les quatre glandes de Skène, les deux glandes de Bartholin, le col et le corps de l'utérus, les deux trompes, sont les lieux d'élection chez la femme adulte. Lorsque l'urèthre, la vulve, le col de l'utérus sont atteints, il s'agit de blennorragie basse dont le début discret passe inaperçu. Lorsque le corps de l'utérus et les trompes participent à l'infection, on est en présence de blennorragie haute à forme tapageuse.

Après la poussée plus ou moins aiguë et plus ou moins grave du début, la virulence du microbe s'atténue et les symptômes d'inflammation qui manifestent sa présence s'éteignent peu à peu ; mais il est toujours présent, toujours virulent, contagieux pour les autres quoique sans inconvénient pour celle qui le porte.

(1) J. JANET. — Diagnostic et traitement de la blennorragie. Un vol. Masson, éd. Paris, 1929.

Prêt cependant à se réveiller sous diverses influences, il provoque, de temps en temps, des rechutes inflammatoires et chaque période menstruelle est pour les gonocoques anciens une occasion de repulluler. C'est ce qui a permis de croire que toute femme saine pouvait donner la chaudepisse au moment de ses règles.

La vérité est que le maximum de contagiosité se produit dans les jours qui suivent immédiatement les règles et qu'en dehors de cette période, chez une femme soigneuse, atteinte de blennorragie discrète, la contamination est rare.

Diagnostic de la blennorragie.

Quelques précautions sont nécessaires pour étudier fructueusement les foyers de blennorragie de la femme et tout examen, pour être valable, doit être méthodique et complet, quel que soit l'état de santé apparent de la consultante. Un intervalle de trois heures après la dernière miction, un lavage soigneux de la vulve sont indispensables, avant tout, pour éliminer les causes d'erreurs grossières.

L'urèthre est examiné d'arrière en avant par la palpation vaginale et l'expression ainsi pratiquée permet parfois de faire sourdre quelques gouttes de sécrétions suspectes. On se rend compte par cette méthode du degré de souplesse et d'induration du canal vecteur de l'urine. De chaque côté du méat, on recherche aussi les diverticules ou plis susceptibles d'être infectés.

Les glandes de Skène, au nombre de quatre lorsqu'elles sont au complet, sont un repaire favori des gonocoques ; leur orifice parfois difficile à mettre en évidence doit être soigneusement recherché ; le meilleur moyen consiste à badigeonner le méat et l'entrée de l'urèthre avec de l'argyrol ; il persiste après essuyage un point noir au niveau des glandes.

Ce qu'il importe de reconnaître au niveau des glandes de Bartholin n'est pas tant le gros abcès que l'infection légère et précoce de ces glandes ou les vieilles bartholinites sans réaction inflammatoire apparente. Une bonne palpation entre deux doigts permet seule de se rendre compte de l'état des glandes.

L'infection du col de l'utérus est presque constante dans la blennorragie récente ; elle reste un des foyers les plus fréquents de la blennorragie chronique. C'est dans la sécrétion recueillie à l'intérieur du col après lavage du fond du vagin que l'on trouve des gonocoques et parfois dans une sécrétion absolument limpide.

Quand le corps de l'utérus est atteint on observe tous les symptômes connus de la métrite. Cette infection gonococcique du corps utérin n'est heureusement pas constante et peut être évitée par un traitement précoce. Sa rareté relative est due aux moyens de défense naturels du corps utérin, entre autres à la vitalité de son épithélium cylindrique. L'infection du tissu cellulaire péri-utérin, cause des paramétrites et des abcès rétro-utérins, est le plus souvent due à des microbes secondaires.

L'infection gonococcique des trompes est assez rare, la plupart des affections rencontrées étant des lymphangites péri-salpingiennes. Quand les gonocoques ont réellement pénétré dans les trompes, la guérison se fait souvent par obstruction des trompes, et enkystement des gonocoques. Parfois les trompes infectées restent perméables et deviennent une source indéfinie de recontagion pour l'utérus.

Le vagin est très rarement atteint dans la blennorragie des adultes ; dans ce cas, il est rouge, parsemé de grumeaux blancs de pus dans lesquels on retrouve des gonocoques.

Enfin tout examen sérieux sera complété par la recherche des foyers microbiens exceptionnels comme le rectum, l'anus, la bouche.

Dans les cas douteux, une épreuve de bière et un second examen peuvent donner un résultat positif ; sinon il faut attendre pour recommencer la chasse aux gonocoques le jour qui suivra la fin des prochaines règles.

Traitement de la blennorragie.

Le traitement de la blennorragie des femmes est très simple, mais long et minutieux ; un de ses grands inconvénients est l'arrivée des règles qui fait perdre le terrain gagné et risque de provoquer une forte recrudescence. Dans les cas aigus, le traitement doit être, comme pour l'homme, pratiqué tous les jours sans interruption. Dans les cas chroniques, si l'utérus est atteint, on peut au bout du premier mois espacer les traitements et ne les pratiquer que tous les deux ou trois jours.

La lutte consiste à bien connaître les habitats du microbe, à l'y pourchasser avec patience et détruisant les foyers qu'on ne peut atteindre. Les lavages d'argyrol à 20 % sont une des bases du traitement. Ils sont pratiqués au niveau des glandes de Skène et des glandes de Bartholin lorsque ces organes sont infectés. En ce qui concerne le col de l'utérus, la meilleure technique est celles des lavages intra-cervicaux suivis de la pose de crayon médicamenteux. Lorsque l'affection a atteint le corps même de l'utérus, la thérapeutique des lavages est alors fort discutable et les méthodes palliatives d'attente des gynécologues sont plus à recommander que les traitements trop intensifs.

Pour l'urèthre, les lavages et crayons intra-uréthraux sont des plus efficaces.

Quant aux complications profondes de la blennorragie féminine, paramétrites, salpingites, pelvi-péritonites, elles sortent absolument du cadre de l'urologie et rentrent malheureusement presque toujours dans celui de la gynécologie opératoire.

Prophylaxie.

La prophylaxie de la blennorragie chez la femme peut se faire dans deux conditions différentes, soit qu'on envisage les mesures que peut prendre la femme elle-même après un rapport suspect, soit celles que peut prendre le médecin pour une cliente ayant couru un risque certain de contamination.

Dans le second cas, un examen des sécrétions permet de se rendre compte si les gonoccoques ont déjà fait leur apparition. Si oui, le traitement abortif doit être tenté : sinon, on peut essayer les lavages soigneux de la vulve, de l'urèthre, du vagin et des diverses glandes et la mise en place de crayons à l'argyrol à l'intérieur du col et de l'urèthre. Il faut, ensuite, surveiller de très près la femme pour dépister le première apparition des microbes en cas d'insuccès de la méthode prophylactique.

De même que pour l'homme, la blennorragie féminine peut se traduire par des complications à distance diverses pour lesquelles les traitements spécifiques ou non, vaccination, sérothérapie, chimiothérapie, protéinothérapie, haute fréquence, méritent d'être mis en œuvre pour lutter contre une infection tenace susceptible de conduire à de véritables infirmités.

Etant donnée la fréquence de la maladie et ses complications diverses, la blennorragie est une véritable maladie sociale. Elle doit donc être soignée dès ses débuts, autant que possible selon les méthodes appropriées et toutes les mesures de prophylaxie doivent être prises pour essayer de lutter contre un fléau qui frappe si fortement la femme dans ses fonctions reproductrices et la conduit trop souvent sur la table d'opération, ou fait d'elle une éternelle douloureuse, incapable de remplir son rôle d'épouse et de mère.

M. L. LAVEDAN.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE & COLONIALE

Cœur.

L'électro-radiographie permet d'éviter des erreurs de diagnostic, qui, pour être en petit nombre, n'en sont pas moins graves (P. Perrin, *Gazette médicale de Nantes*, 1er août 1929) : confusion d'un rythme couplé extra-systolique bénin avec une dissociation incomplète type 2/1 qui a toute les chances de s'aggraver pour donner un Stokes-Adam ; confusion entre une banale syncope neurotonique et une dissociation auriculo-ventriculaire paroxystique qui peut entraîner la mort subite.

Les travaux récents ont élargi considérablement le domaine de l'électrocardiographie, en l'appliquant à l'analyse de la fonction myocardique ; le tracé électrique constitue le moyen de choix pour distinguer la vraie de la fausse angine ; l'étude électrocardiographique s'applique tout spécialement au pronostic des altérations myocardiques ; la vue d'une série de tracés permet, dans nombre de cas, de reconstituer l'histoire clinique avec ses défaillances et ses améliorations.

Tube digestif.

Les périviscérites digestives, considérées schématiquement, peuvent se traduire par un syndrome algique, un syndrome dyspeptique ou un syndrome mixte (Pagès, *Languedoc Médical*, 10 août 1929), aucune de ces expressions cliniques n'a de physionomie spéciale capable de fixer sur son origine réelle et c'est à la radiologie qu'on demande la solution du problème.

L'étude de l'état mental a une valeur diagnostique de premier ordre ; la coexistence de troubles psychiques, imprimant une teinte psycho-neurasthénique aux troubles digestifs, doit faire soupçonner, sinon affirmer, l'existence d'une périviscérite mixte ; à plus forte raison une psychasténie hypocondriaque d'allure primitive peut être considérée, en l'absence de signes encéphalitiques ou d'hypertension crânienne, comme une forme psychique de périviscérite.

Un syndrome hypocondriaque doit faire surseoir à toute thérapeutique chirurgicale que ne commanderaient pas des nécessités immédiates.

L'aspect seul d'un pharynx est suffisant pour déceler le diabète (Leplat, *Gazette médicale de Picardie*, juillet 1926).

Les malades atteints de diabète se plaignent souvent de sécheresse de la gorge ; la muqueuse est rouge, érythémateuse, vernissée. La forme hyperémique latente, est la plus intéressante ; le pharynx présente une rougeur vive en nappe ou sous forme de piqueté rougeâtre ; elle est persistante, résiste à toutes les médications locales et reste indolore.

L'hyperémie pharyngée n'est pas un signe pathognomonique du diabète ; elle décèle encore plus souvent l'albuminurie ; on la rencontre aussi dans l'obstruction nasale, l'intoxication par l'alcool et surtout par le tabac.

Les manifestations pharyngées des affections générales permettent un diagnostic précoce, intéressant au point de vue traitement et régime, à condition que l'on pense à analyser les urines.

Chirurgie.

Le drainage de l'appendicite suppurée par des tubes de caoutchouc, entourés ou non de mèches de gaze, n'a donné que des déboires au chirugien, par suite de l'obstruction fréquente des orifices et de l'absence de phénomènes de capilarité.

Ernest Filhouland (*Gazette médicale limousine*, juin 1929) substitue au drainage par caoutchouc le drainage par mèches avec une technique particulière :

On place, sous le contrôle de la vue, une mèche ou des mèches de gaze remplissant mollement la cavité ; la paroi est refermée en partie, plus ou moins serrée suivant l'importance du drainage.

Le lendemain le pansement est fait d'une manière spéciale. On introduit un écarteur de Farabeuf, côté long de préférence, au moment où l'on retire la mèche, le deuxième écarteur glisse alors très facilement sur le premier et, sans tirer beaucoup sur les deux écarteurs, on fait bâiller la paroi. Le miroir frontal, *indispensable*, permet alors de revoir la fosse iliaque ; on assèche doucement sous le contrôle de la vue, ce qui donne une aisance et une sûreté que l'introduction à l'aveuglette d'une nouvelle mèche n'assurera jamais.

L'association des écarteurs et du miroir frontal donne une supériorité énorme à la méthode et permet une sûreté de manœuvre qu'aucun autre éclairage, même scialitique, ne peut procurer.

Dermatologie.

Les verrues plantaires ne sont qu'un tout petit point de la pathologie, mais elle constituent une véritable petite infirmité, tant la douleur est pénible et apporte de gêne à la marche (L. A. Longin, *Bourgogne médicale*, mai 1929). La douleur est encore plus insupportable dans les cas relativement fréquents où la localisation est bilatérale et rend le sujet atteint véritablement boiteux des deux pieds.

A l'examen de la région douloureuse, on ne constate souvent qu'un durillon, ce qui fait que l'on se contente du diagnostic de durillon douloureux ; mais si on explore ce durillon avec un stylet mousse, on se rend compte qu'on ne réveille la douleur qu'en un point très limité où elle est véritablement exquise. C'est le point où siège la verrue ; pour l'apercevoir il faut enlever les couches superficielles de l'épiderme.

Dans quelques cas il est assez facile d'énucléer la verrue avec une curette, en s'aidant d'un peu d'anesthésie locale ; le soulagement obtenu n'est que provisoire, car la verrue se reproduira. La radiothérapie constitue un traitement radical ; le plus souvent une seule séance suffit.

Pathologie exotique.

Bien que la bilharziose vésicale marocaine n'offre que des cas atténués, ne présentant pas le caractère de haute gravité de l'hématurie égyptienne profuse classique, il y a lieu cependant d'y songer chez les sujets qui ont l'habitude de se baigner ou de se tuber dans les oueds ou les seguias du bled, dans lesquels on trouve des gîtes à *Bullinus contertus* où à *Planorbis Metidjensis*, mollusques qui sont les hôtes intermédiaires du ver parasite (Ferron et Carrosse, de Marrakech (*Maroc médical*, 15 juillet 1920).

Le traitement intraveineux à l'émétique ne comporte aucun aléa et donne des résultats très encourageants, bien que l'affection soit susceptible de récidives assez lointaines. Les injections sont faites tous les deux jours, à des dilutions variant de 5 à 15 cc., en solution dans le sérum physiologique, aux doses suivantes : 3, 6, 9, 12, 12, etc. centigrammes, sans jamais dépasser la dose de 12 centigrammes par injection et de 1 gr. 50 par traitement. L'intolérance se manifeste par de la toux quinteuse, des nausées, des vertiges et un ralentissement du pouls. Un repos d'un mois est nécessaire s'il y a lieu de pratiquer une seconde série d'injections.

Varia

On n'est pas un bon spécialiste si l'on n'est pas d'abord un bon médecin (Paul Chavigny, de Strasbourg).

On a de moins en moins tendance à transformer l'accouchement en une maladie pour y voir simplement un acte physiologique qu'il ne faut pas trop contrarier (Sendrier, de Savigné).

Dans la pratique médicale, dermatologique et chirurgicale on est exposé fréquemment à confondre les mycoses avec la tuberculose ; on pense trop à celle-ci, pas assez à celles-là (P. Delore et M. Rosette, de Lyon).

J. Lafont.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Rétrécissement de l'urètre. Hématurie abondante. Urétrotomie interne. Cessation de l'hématurie

Par le Dr L. BOULANGER,
Assistant à l'Hôpital d'Urologie.

Il y a longtemps déjà, j'ai été appelé d'urgence auprès d'un malade qui urinait du sang en abondance. Les urines rendues par ce malade, homme encore jeune, étaient fortement hématiques, au point d'avoir tout à fait l'aspect de celles émises, en période hématurique, par un malade atteint de néoplasme vésical, affection particulièrement hémorragipare comme on le sait. L'examen du malade me fait constater l'existence d'un rétrécissement serré de l'urètre, et son interrogatoire ne me révèle aucune autre cause d'hématurie que le rétrécissement lui-même, cause que j'hésite d'autant moins à admettre que le fait, à ce moment sous mes yeux, me remet immédiatement en mémoire un cas absolument identique qu'il m'avait été donné de voir longtemps auparavant, à l'hôpital Necker, dans le service du Professeur Guyon, mais que je n'avais pas oublié, car il m'avait beaucoup intéressé et vivement frappé. Comme le malade que j'avais à soigner, celui hospitalisé à Necker rendait des urines fortement hématiques et était également porteur d'un rétrécissement urétral très étroit à l'existence duquel le Professeur Guyon attribua l'hématurie dont il demanda la cessation à une urétrotomie interne, laquelle, pratiquée d'urgence, mit, en effet, fin au saignement. J'imitai, bien entendu, la pratique du Professeur Guyon et l'urétrotomie interne que je fis sans tarder, eut le même résultat que la même opération avait eu chez le malade de Necker, l'arrêt de l'hématurie, qui ne se reproduisit pas (1).

Une hématurie abondante est une complication rare du rétrécissement de l'urètre, exceptionnelle même si l'on en juge par le petit nombre de faits de ce genre, cités et publiés qui, à ma connaissance, sont, en plus du cas que j'ai vu à l'Hôpital Necker, et de celui que j'ai observé moi-même dans ma clientèle, deux observations de MM. le Professeur Duvergey et Dax (de Bordeaux) communiquées à la Société française d'Urologie (2), et deux autres dues à M. le docteur d'Averseng (de Toulouse), communiquées à l'Association française d'Urologie (3) et aussi par cette réflexion d'un urologiste réputé ayant déjà parcouru une longue et très active carrière, M. le docteur Noguès (4), qui, à l'occasion de la communication de MM. le Professeur Duvergey et Dax dit n'en avoir jamais rencontré.

Dans sa communication à l'Association française d'Urologie, le savant et distingué urologiste qu'est M. le docteur Averseng, après avoir relaté les observations de MM. le Professeur Duvergey et Dax, ainsi que les siennes propres, les accompagne de commentaires extrêmement judicieux et trop intéressants et trop instructifs pour que je n'en donne pas ici, sinon le texte même intégral, du moins le sens, la substance et l'esprit.

Voici d'abord, très sommairement résumées, les observations de MM. le Professeur Duvergy et Dax.

1° Homme de 46 ans, blennorrhagique depuis 13 ans. Jamais sondé. Hématurie totale depuis 15 jours. A l'exploration, rétrécissement urétral impossible à franchir. Cystostomie qui permet de constater la congestion de la muqueuse vésicale, sans autre symptôme. Cathétérisme double des uretères : urines claires. Malgré la dilatation de l'urètre et la bouche hypogastrique le saignement persiste pendant 33 jours.

2° Homme de 59 ans. Blennorrhagien ancien. Jamais sondé ; hématurie totale qui dure depuis plusieurs heures. Rétrécissement infranchissable de l'urètre. Cystostomie qui permet de constater une muqueuse vésicale de teinte ecchymotique. La cystostomie suffit à arrêter l'hématurie.

Ces observations, dit très justement M. Averseng, « sont remarquables en dehors de l'histoire clinique, par le contrôle opératoire dont elle font état ».

Voici maintenant les cas de M. Averseng :

1° Homme 49 ans. Blennorrhagie à 25 ans, mal soignée. Dilatation en 1900. Depuis longtemps difficultés d'uriner, très prononcées depuis cinq jours. Essai infructueux de cathétérisme, le 3 février 1911. Fièvre hématurie le lendemain. M. Averseng voit le malade le 5. Miction difficile, urines rouge sombre, rétrécissement en échelle, barrage bulbaire ; pas d'hémorrhagie ; plus de fièvre. Filiforme à demeure, remplacée le lendemain par une plus volumineuse. La dilatation se poursuit jusqu'au n° 15. A ce moment arrêt de l'hématurie qui ne se reproduit pas ;

2° Homme de 47 ans. Blennorrhagie à 20 ans. Electrolyse (?) en 1912. Difficultés d'uriner depuis longtemps. Rétention d'urine à la suite d'excès de boisson. M. Averseng voit le malade le 4 août 1924. Emission de quelques gouttes d'urine louche, barrage bulbaire, pas de prostate, globe vésical prononcé. Filiforme à demeure, évacuation d'une grande quantité d'urine qui deviennent sanglantes. Mictions cuisantes : le malade enlève la filiforme : l'hématurie continue. Dilatation rapide par béniqués conduits qui dans la même séance arrive au n° 30. Instillation abondante d'argyrol. Le soir même, cesssation de l'hématurie qui n'a pas reparu. La dilatation est ensuite poursuivie normalement jusqu'au n° 52.

Voici donc, remarque M. Averseng, « quatre cas d'hématurie qui venant chez d'anciens rétrécis cèdent à la dilatation du canal ou à la dérivation des urines, c'est-à-dire à la décongestion de la vessie ».

« Le premier cas de MM. Duvergey et Dax fait bien une exception apparente à ce qui précède puisqu'il a fallu plus d'un mois pour que le sang s'arrêtât, malgré la cystostomie et la dilatation de l'urèthre. Mais ici il y a sans doute une susceptibilité individuelle qui masque l'histoire de ces hématuries, très nette chez les trois autres »

(1) J'ai signalé ces deux cas à la 3e séance du 24e Congrès français d'Urologie, octobre 1924, Procès-verbaux, mémoires et discussions, p. 363, à l'occasion d'une communication de M. le docteur Averseng, (de Toulouse), sur des faits analogues.

(2) Professeur DUVERGEY et DAX. — *Les grandes hématuries des rétrécis.* Société française d'Urologie, 2 juin 1924. In *Journal d'Urologie*, juillet 1924, tome XVIII, n° 1.

(3) D'AVERSENQ. — *Les hématuries dans les rétrécissements de l'urètre.* Association française d'Urologie, XXIVe Congrès français d'Urologie, Paris, octobre 1924.

(4) Professeur DUVERGEY et DAX. — *Les grandes hematuries des rétrécis.* Société française d'Urologie, 2 juin 1924. Discussion. In *Journal d'Urologie*, juillet 1924, tome XVIII, n° 1.

La cause de ces hématuries n'est pas douteuse, poursuit M. Averseng. Ce n'est pas une cause générale. Aucune hémophilie, aucune prédisposition aux hémorragies : elle n'est due ni à une tumeur, ni à la tuberculose, ni à un calcul, ni à une autre affection intercurrente « puisque par deux fois, la cystostomie a permis de constater leur absence aussi bien à son défaut la ligne clinique eut suffi à les éliminer. »

« Ce sont des hématuries *congestives*. Le rôle de la congestion dans les hématuries n'est pas discuté depuis Guyon. Albarran a montré qu'elle suffisait à déterminer des hématuries rénales et le mécanisme des grands saignements de l'hypertrophie prostatique simple n'est pas autre, ainsi que l'a dit ici même Pasteau (1).

« Ce sont des hématuries *vésicales*. A défaut de contrôle opératoire, qui, désormais, ne fait pas défaut, la physiologie pathologique le dit: Pour ces saignements abondants, il faut l'appel d'une cavité. Là c'est le bassinet, ici c'est la vessie.

Dans la production de ces hématuries, ajoute M. Averseng, « jamais ne manque un élément de première importance ; l'infection, sur le rôle de la quelle notre regretté collègue Escat (2) s'est expliqué le premier dans sa thèse en 1897. Deux ans après Legueu (3), dans un rapport à notre Association, s'appuyant sur les travaux de Bouchard et de Charrin, admet aussi que l'infection s'ajoute à la congestion pour provoquer des hématuries. La chose n'est plus contestée maintenant.

« Elles cèdent, dit en terminant M. Averseng à la dilatation du canal et à la désinfection de la vessie. »

Les considérations que M. Averseng émet sur la pathogénie et le mécanisme des hématuries des rétrécis, outre qu'elles sont au point de vue théorique des plus justes et de des plus vraies, ont encore, au point de vue pratique, une portée et une importance considérables, car elles tracent, d'une façon absolument nette et précise la ligne de conduite à tenir en pareils cas, laquelle peut se résumer ainsi : assurer l'évacuation de la vessie : soit par l'urétrotomie interne ainsi que le fit le Professeur Guyon, dont j'imitai la pratique ; soit, par la cystostomie, à l'exemple du Professeur Duvergey, soit par la dilatation rapide ainsi que l'employa M. Averseng ; tous procédés qui, en amenant l'évacuation de la vessie, en font cesser la congestion, facteur important de l'hématurie et par cela même la tarissent et permettent l'urétrotomie interne surtout de par sa sonde à demeure *obligatoire* ouverte, donc drainante et donnant la facilité de faire de grands lavages vésicaux antiseptiques et ainsi de réaliser la désinfection de la vessie.

(1) PASTEAU. — *Les hématuries chez les prostatiques*. — 15e Session de l'Association française d'Urologie, 1911.
(2) ESCAT. — *Les hématuries chez les prostatiques*, Paris 1897.
(3) LEGUEU et MALHERBE. — *Les hématuries essentielles*. Rapport, 4e Session de l'Association française d'Urologie, 1899.

Biochimie du sang et Gynécologie. — SCHEPETINSKY et KAFITIN **ont constaté que, dans le fibrome utérin, la calcémie est normale, mais que l'exérèse du fibrome est suivie d'une hypercalcémie légère. Le potassium était normal dans les deux tiers des cas et augmenté dans un tiers. L'exérèse du fibrome le faisait baisser. Dans l'aménorrhée, le potassium est souvent très diminué.** (*Arch. für Gynäk*, t. CXXXVI, p. 379 et 397).

H. V.

VARIÉTÉS

Dans le Mode Pascalien et trop humain.

I

LA TRAGI-COMÉDIE HUMAINE

« Le théâtre, du Monde image symbolique »,
dit Pascal. — Oui, la vie est un drame d'un jour,
Que, sous l'œil du Destin, spectateur ironique,
La troupe humaine joue au passager séjour.

La terre est le décor changeant et magnifique
Où l'action se meut. Triste et gai tour à tour,
L'Homme-Acteur dit son rôle, ou bouffon ou tragique,
Sa tirade, enflammée ou de haine ou d'amour.

Mais, que les pièces soient bien ou mal débitées,
Semblable dénouement : même aux plus hauts sommets
L'acteur succombera, ses heures sont comptées.

Bon ou mauvais, son rôle est fini désormais,
« Et, quand on a jeté deux ou trois pelletées
« De terre sur sa tête, en voilà pour jamais. »

II

LES DROITS A L'ÉCHAFAUD

Vous que tyrans ou peuple ont jetés au charnier
Des Révolutions, innocentes victimes,
Morus, Egmont, Bailly, Malesherbes, Chénier,
Vous méritiez la mort, simples ou magnanimes.

Chacun de vous, de son idéal prisonnier,
Défendit Foi, Patrie ou Liberté : Quels crimes
A châtier ! Aussi, modestes ou sublimes,
Vos têtes ont roulé sanglantes au panier.

Quand le temps est venu de moissonner les chênes,
Trouvant les troncs chétifs indignes de ses peines,
Le Bûcheron choisit les arbres sans défaut.

L'Histoire nous le prouve au cours de ses tempêtes :
Si Rois ou Peuple font des abattis de têtes,
Les plus nobles d'abord ont droit à l'échafaud.

III

VICTIMES ET BOURREAUX ANONYMES

Ce n'est pas seulement des victimes choisies
Que moissonne la faux des Révolutions,
Ni les fauteurs des Schismes et des Hérésies
Qu'engloutit le Moloch des persécutions.

Un tyran veut la mort ou les apostasies,
Il punit les auteurs des nobles actions !
Mais la Foule, fouettée au vent des factions,
Tue enfants, femmes, vieux, tout — dans ses frénésies.

Le Bûcheron choisit les arbres les plus beaux,
Au hasard l'Ouragan balaye tout, entraîne
Les chênes pêle-mêle avec les arbrisseaux.

Aussi l'Humanité doit confondre en sa haine
Avec Torquemaada tous les inquisiteurs,
Henri-Huit, le duc d'Albe et les Septembriseurs.

Paul LE GENDRE.

CORRESPONDANCE

L'opérateur final de Waldeck-Rousseau

Je suis étonné qu'on ait eu tant de mal à retrouver le nom du dernier opérateur de Waldeck-Rousseau.

Il n'y a donc plus, désormais, à Paris, de « Journaliste médical historique ».

Où est le temps du *Progrès Médical* de 1885, de Bricon, de Quesneville, sans parler de ce pauvre ami Cabanès, qui nous a laissé à sa traîne... Heureux les morts.

Tous ceux qui, dans la presse médicale antérieure à 1890 et surtout à 1895, ont connu ce chirurgien fameux — qui fit tant parler de lui — alors que, dans notre ouvrage intitulé *Les opérations nouvelles sur les voies biliaires* (Paris, 1897, in-8°, 100 p., 5 fig.), nous le citions presqu'à chaque page, et sont encore vivants, se rappellent certainement de ce PRÉCURSEUR, qui n'était pas même un Académicien..., et qui alors n'avait aucun titre ni aucune décoration.

C'était tout simplement ce qu'on appelait jadis, avant la lettre, avant la Révolution chirurgicale provinciale — révolution à laquelle nous avons pris dès 1888 la part que l'on sait, et qui est écrite à toutes les pages du *Progrès Médical* de cette époque — un CHIRURGIEN LIBRE, un simple admirateur de la *chirurgie biliaire*, qu'il pratiquait avec une compétence toute particulière, sinon une maestria de haute école.

C'était un patient, un méticuleux, un savant, un convaincu, un homme de foi en l'avenir de cette chirurgie !

Combien il avait raison...

Mon illustre maître, le Professeur Félix Terrier, celui qui, en 1896, écrivait la préface de l'ouvrage que je viens de citer, ne l'aimait guère. Il « rugissait » à chaque fois que je lui signalais les interventions audacieuses de ce grand spécialiste hépatique !

Il devint surtout furieux contre Kehr, lorsqu'il apprit, après l'insuccès de Paul Poirier, qui n'avait pas au demeurant une compétence hors ligne en matière biliaire, que la famille du grand tribun, avec laquelle, grâce à Charcot, il était en relations indirectes, lui avait préféré l'opérateur allemand ! Il ne pardonna jamais cette élimination de la France.

Pour moi, j'ai connu la valeur des publications de Kehr, dès mon entrée au secrétariat de la rédaction du *Progrès Médical*, où je pouvais, tous les jours, lire les publications chirurgicales allemandes, dans l'original.

Dès ma réception à l'internat des hôpitaux, je me suis particulièrement intéressé aux opérations sur les voies biliaires et pour cause ! Ma mère était atteinte de cholélithiase et de cholécystite suppurée lithiasique. Je demandais en 1888 à mon chef d'alors, le Prof. Terrier, d'enlever la vesicule biliaire à ma pauvre malade (j'avais vu faire l'opération à Berlin en 1887) ! Il se récusa. Elle est morte à Vichy en 1889... Dès ce jour, je me jurai de me spécialiser dans cette partie de la chirurgie, étant chirurgien de métier.

En 1890, délégué du Gouvernement de la République au Congrès international de chirurgie comme secrétaire général français, j'ai eu l'honneur de déjeuner aux côtés de l'Empereur Guillaume à Potsdam et de rencontrer Kehr, à Berlin.

Ce n'était pas un homme brillant, certes. Il n'avait rien du chirurgien parisien, affiné par le concours d'agrégation et des hôpitaux ! Mais c'était un praticien connaissant son affaire mieux que personne ! Pour s'en assurer, on n'a qu'à relire mon ouvrage de 1896, ignoré aujourd'hui de tous les chirurgiens et journalistes, qui ne se souviennent plus des *Archives provinciales de chirurgie* et de l'œuvre formidable que cette modeste revue a accomplie avec les Doyen, les Vignard, les Le Prévost, les Boiffin, les Monprofit, les Pantaloni, les Delagénière (Tours), etc., pour ne parler que des morts !

* * *

J'ai l'air, par ces lignes, de reprendre la plume de mon pseudonyme littéraire du vieux quartier latin : le *D Clément-Saudeux*. Je m'en excuse. Je n'écris pas mes *Mémoires*. Mais Croix-de-Vie est proche de St-Vincent-sur-Jard ; et je suis de ceux qui n'ont jamais oublié que c'est Bourneville et le vrai Clemenceau qui, en 1893, m'ont envoyé en Amérique pour des raisons... je dirai diplomatiques, afin de ne rien préjuger, quarante ans après l'événement.

Mais ce voyage a tué mes *ambitions biliaires*. Et c'est pourquoi j'en parle AU SOUVENIR DE KEHR, aujourd'hui !

J'ai dû revoir Kehr, au Congrès de Rome, en 1894, où j'ai joué encore un rôle bien ignoré en dinant chez le Roi d'Italie,

aux côtés des Baccelli, des Maragliana, de mon fidèle ami des beaux jours, le Prof. Casper (de Berlin) (1).

1914 a fait sombrer toutes mes relations avec l'Allemagne ! Et j'en ai éprouvé une peine infinie. Mais peu de mes connaissances ont signé le manifeste de 1914 ! Toutefois la signature de mon maître Hœckel, au bas de cet infâme document, me désillusionna à fond !

Depuis, je redis avec Balzac et son *Médecin de campagne*, devenu mon livre de chevet, avec mon vieux compatriote et maître de St-Vincent-sur-Jard.

Aux cœurs blessés, l'ombre et le silence !

Marcel BAUDOIN.

(1) A ce Congrès, j'ai réussi à parer à un incident diplomatique, extrêmement grave pour la France, suscité par Crispi. C'était presqu'un *Casus belli*, à cette époque. Agissant au nom de la France, appuyé par Casper et Bacelli, j'ai réussi. C'était le Pr. Bouchard, notre président. Il m'en voulut longtemps de mon énergique action.

Mais, ayant beaucoup voyagé, même dans les hôpitaux de Paris, de 1883 à 1894, *j'avais beaucoup appris* !

Dès 1890, ma formule était celle d'Horace :

Impavidum ferient ruinæ...

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène, par M. TANON. 2 vol. Collection des Petits Précis. Maloine, éditeur, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

M. Tanon a su faire tenir toute l'hygiène en deux petits volumes. Cela nous change des gros traités qui peuvent être très utiles aux spécialistes, mais restent parfaitement inutilisables pour le médecin.

M. Tanon, d'autre part, est un homme de bon sens ; il n'a rien du doctrinaire et il va réussir à faire aimer l'hygiène dont l'autoritarisme de certains n'avait réussi qu'à écarter le corps médical.

M. G.

Maladies de la glande thyroïde. (Diseases of the thyroïd gland), par Arthur E. HERTZLEF, chirurgien de l'hôpital Halstead, 2e édition. Saint-Louis, C. V. Mosby Company, 1929.

Ecrit par un chirurgien distingué qui apporte dans sa rédaction son expérience personnelle et sa documentation iconographique originale, cet ouvrage de 289 pages abondamment illustré de 159 figures, réalise une contribution didactique intéressante à la pathologie du corps thyroïde.

Ce titre est toutefois un peu trop extensif puisqu'il s'agit avant tout d'un traité de goitre et des tumeurs thyroïdiennes et qu'un chapitre sur les thyroïdites aiguës ainsi que les inflammations spécifiques du corps thyroïde gagnerait évidemment à être ajouté pour justifier les termes mêmes de ce titre.

En dehors des chapitres sur l'étiologie du goitre, la morphologie et l'anatomie topographique du corps thyroïde, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement des « goitres », deux chapitres retiendront particulièrement l'attention : l'un documenté original sur le fonctionnement d'un hôpital pour goitreux, rédigé par le Dr V. Chesky, collaborateur de l'auteur. L'autre concernant l'anatomie pathologique du goitre dans lequel on trouvera une bonne étude analytique de certaines lésions élémentaires du corps thyroïde improprement appelées d'ailleurs « changements dégénératifs ».

Malgré le souci évident de négliger toute bibliographie étrangère — et quelques opinions peut-être trop définitives — témoin la critique puérile du métabolisme basal au nom de la vieille clinique, ce livre traduit la tradition excellente à laquelle nous ont habitué les neurologistes américains, à la fois cliniciens, histopathologistes et opérateurs.

Lucien CORNIL.

Mort véritable et fausse mort, par H. DE VARIGNY. 1 vol.; 20 fr. Alcan, éd., Paris.

Dans ce volume, l'auteur envisage à la fois des faits de pure biologie et d'autres plutôt pratiques tenant de l'un et l'autre de ses deux volumes précédents. Toutefois, le nœud en est la question essentiellement pratique de l'inhumation prématurée.

Le danger de cet affreux accident est réel, même dans une société civilisée, parce que diverses conditions sont susceptibles d'amener un état de mort apparente, prêtant à confusion. Des cas se présentent où le cadavre inspire du doute. La mort est-elle vérité ou n'est-elle qu'apparente ? Cette question en suggère d'autres ; elle impose l'étude des signes usuels de la mort et de leur valeur ; elle oblige à considérer les cas de fausse mort, de léthargie, d'états intermédiaires à la vie et à la mort ; elle amène à étudier les moyens proposés pour rappeler à la vie, dans les cas où l'on a quelque raison de soupçonner une fausse mort et cette étude conduit à une conclusion assez imprévue à savoir que si l'inhumation prématurée n'est pas fréquente, nous tenons pour morts des sujets qui ne le sont point encore et que nous pourrions rappeler à la vie, au moins pour un temps, mais que nous ne tracassons point de nos efforts parce que ceux ci n'aboutiraient, le plus souvent, qu'à infliger une double mort.

Voici les principaux chapitres étudiés dans ce volume : les degrés de la mort ; l'inhumation prématurée ; mort apparente et fausse mort ; retour spontané ou aidé à la vie ; les signes classiques de la mort ; les signes perfectionnés de la mort ; le danger de la mort apparente à la guerre ; la léthargie ; ni vie ni mort ; la vie est-elle continue ; le rappel à la vie ; un corollaire ; causes des inhumations prématurées ; comment éviter les inhumations prématurées ?

La medicina militare nella legenda e nella storia, par le Colonel médecin ARTURO CASARINI. Rome 1929. Ministère de la Guerre.

Je signalais récemment l'ouvrage du professeur Mignon : *le Service de santé français pendant la guerre de* 1914-1918 (1). Et je traitais de monument cette œuvre historique dont ne devront se passer ni l'instruction du médecin ni celle de l'officier.

C'est encore un *monument historique* que je signale aujourd'hui : *La Médecine militaire dans la légende et dans l'histoire* du docteur Arturo Casarini.

Ce magnifique in-8 raisin de 800 pages avec 155 figures admirablement choisies constitue un formidable résumé à la fois clair, précis, fervent, tout en demeurant objectif, de l'histoire de la santé aux armées.

Arturo Casarini n'est pas un inconnu. En particulier, il a donné il y a quelques années une étude : *Le choix des pilotes pour la navigation aérienne* (Rome. Libreria dello Stato. In-8 raisin 220 pages) qui est un traité à la fois original et complet, magnifiquement ordonné.

Les mêmes qualités se retrouvent dans l'œuvre nouvelle : la *médecine militaire dans la légende et dans l'histoire*.

Un premier chapitre, plein d'imprévu, est consacré aux périodes antéhistoriques et aux civilisations d'Orient : Assyriens et Babyloniens ; Chinois, Egyptiens, Hébreux, Hindous, Perses, Grecs... et à la médecine dans l'œuvre d'Homère.

Puis vient un chapitre des plus intéressants sur la médecine militaire des Romains. Tout ce que l'épigraphie et Pompéi, les prosateurs et les poètes, César dans ses Commentaires, ont laissé est exposé avec une méthode très sûre et une clarté parfaite. Nous en arrivons, avec Casarini, à savoir quelle était la situation de ces médecins de troupes qui comptaient parmi les *principales*, ce qu'était leur trousse et presque les détails de leur uniforme. Il n'est pas besoin de recourir à l'imagination pour nous représenter, grâce au Colonel médecin Casarini, le poste de secours et même le dépôt de convalescents de l'armée romaine.

Mêmes qualités dans les chapitres suivants : consacrés au Moyen-Age (ch. 3) au XVI[e] siècle (ch. 4), au XVII[e] (ch. 5), au XVIII[e] (ch. 6).

Un chapitre entier est consacré aux services sanitaires militaires de la Révolution et de l'Empire. Nous avons la satisfaction d'y trouver largement exposés les titres de nos grands chirurgiens de l'Empire avec le juste tribut d'admiration qui leur est dû.

Le chapitre 8 est consacré aux médecins militaires du Piémont, de la Sardaigne, des Deux-Siciles et des autres Etats italiens d'avant l'Indépendance.

Puis viennent (ch. 9) l'étude des campagnes de l'Indépendance italienne, celle de Crimée et (ch. 10), celle de la guerre de Sécession et celle de la guerre de 1870.

Au chapitre XI est dévolue l'histoire de la médecine militaire au cours des guerres russo-turque, serbo bulgare, hispano-américaine, anglo-boers, russo-japonaise et balkanique.

Les chapitres XII et XIII sont consacrés respectivement aux campagnes coloniales de l'Italie, au service de santé militaire italien de la guerre de 1915-1919. Le dernier chapitre est un historique de ce service depuis l'époque de l'Indépendance italienne.

Dans l'appendice : *Cenno storico sulle associazioni di soccorso dei malati e feriti in guerra*, j'ai eu la joie de trouver (paga 663) le portrait de *Ferdinand Palasciano*, le grand médecin italien à *qui nous devons la Croix de Genève et ses bienfaits*.

Il y a bien longtemps que je rêvais de trouver un ouvrage fidèle consacré à l'histoire de la médecine militaire. Mon rêve est dépassé, car l'œuvre d'Arturo Casarini, *monument historique* élevé à la gloire de ce que fit l'effort humain pour satisfaire la plus noble sensibilité : *secourir les blessés*, cette œuvre, ce monument dépasse en étendue, en documentation, en précision, en clarté tout ce que j'avais pu imaginer.

J'ajoute que les portraits, fac-simile, reproductions de tableaux, photographies de scènes, de formations sanitaires, d'appareils, sont choisis avec le goût lucide et sûr qui caractérise cet écrivain au style élégant et direct.

La publication de cette œuvre capitale fait le plus grand honneur autant au Ministère de la Guerre italien qui l'a décidée qu'au lauréat du concours de 1927 : Arturo Casarini. (*Reproduction autorisée*). D[r] G. ESPÉ, de Metz.

(1) Paris. Masson,

Igiene militare : manuale pratico per l'ufficiale medico. Professeur G.-B. MARIOTI-BIANCHI, Colonel médecin, et Doct. F. COSTA, major du du Service de santé. Rome. Studio Editoriale de l'Istituti Universitari, Voir Panisperma, 215.

Décidément l'on travaille bien en Italie.

Voici encore un excellent traité d'hygiène à l'usage du médecin militaire, traité qui d'une façon parfaitement claire nous offre une impeccable mise au point d'après les données scientifiques les plus récentes.

Trois parties :

Première : l'habitat : L'alimentation, l'eau potable, l'hygiène de la peau, l'exercice et les exercices militaires, hôpitaux et infirmeries, visites sanitaires, évacuations, principes d'hygiène coloniale.

Deuxième : Désinfections en général et désinfectations (disinfectazioni) : luttes contre la vermine, contre les mouches. Lutte contre le paludisme.

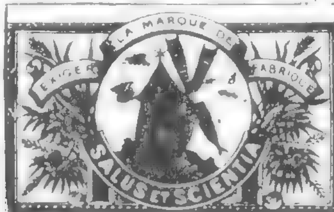
Troisième : Maladies infectieuses et parasitaires en particulier (étude de 81 maladies).

Les auteurs sont très complets et très clairs. Et, de plus, on pourrait citer dans chacun des chapitres maintes et maintes parties originales.

Je me suis arrêté à la lutte contre le paludisme a. s. de laquelle Marietti-Bianchi et Costa distinguent la *grande bonifica*, c'est-à-dire les améliorations à obtenir par des modifications d'envergure susceptibles d'influencer le régime tellurique de toute une contrée et celles qu'ils étudient *la piccola bonifica* qui doit résulter de la lutte engagée contre le moustique dans l'habitat et autour même de l'habitat.

L'étude des 81 maladies infectieuses ou parasitaires est à citer comme modèle ; c'est pour chacune des maladies un résumé parfait. Voici à titre d'exemple les rubriques des différentes parties du passage consacré à la scarlatine : Mortalité. Distribution géographique. Fréquence. Nature inconnue du virus. Siège. Vitalité et résistance. Mode de transmission. Voie de pénétration dans l'organisme. Incubation. Durée de la période de contagiosité. Diagnostic. Prophylaxie. Tel est le plan généralement suivi pour chacune des 81 maladies avec, bien entendu, le cas échéant, des développements relatifs au diagnostic bactériologique.

Tout serait à citer dans ce manuel de 600 pages in-8 cour. présenté en une jolie édition aux jolis caractères nets. Dr. G. E. de M.



NOUVELLES

XXe Congrès français de médecine (Montpellier, 15-19 octobre 1929). — *Programme des excursions.* — A l'issue du XXe Congrès français de médecine, trois excursions, organisées par les soins de son Comité, seront ouvertes à ses membres adhérents et associés. L'une d'elles durera deux jours (vendredi 18 et samedi 19 octobre). Les deux autres dureront une journée (vendredi 18 octobre).

Leurs programmes respectifs seront les suivants : Excursion A (deux jours : vendredi 18 et samedi 19 octobre). — L'Aigoual, l'Aven Armand, les Gorges du Tarn, le Larzac. — Départ de Montpellier le 18 octobre au matin en auto-cars pour Ganges et l'Aigoual. Déjeuner à Meyrueis. Visite de l'Aven Armand dans l'après-midi. Dîner et coucher à Florac. — Départ de Florac le 19 octobre au matin. Descente du Tarn en bateau de la Malène au Cirque des Baumes. Déjeuner au Rozier. Traversée du Larzac. Retour à Montpellier vers 18 h. 30. — Taux de la cotisation individuelle : 390 francs.

Excursion B (un jour : vendredi 18 octobre). Nîmes, le pont du Gard, Aigues-Mortes. — Départ de Montpellier, en auto-cars, le 18 octobre au matin, pour Nîmes (visite). Déjeuner au Pont-du-Gard. Dans l'après-midi : visite d'Aigues-Mortes et, si possible, du Grau-du-Roi. Retour à Montpellier vers 18 h. 30. Taux de la cotisation individuelle : 125 francs.

Excursion C (un jour : vendredi 18 octobre). Ganges (manufactures de soieries), les gorges de la Vis, le irque de Navacelles, Le Larzac. — Départ de Montpellier, en auto-cars, le 18 octobre au matin, pour Ganges (visite de la manufacture de bonnetterie de soie Jules Lauret). Déjeuner à Madières. Dans l'après-midi : visite des gorges de la Vis et du cirque de Navacelles. Traversée du Larzac. Retour à Montpellier vers 18 h.30. — Taux de la cotisation individuelle : 130 francs.

L'heure exacte du départ, pour chacune de ces trois excursions, le matin du 18 octobre (vers huit heures) et le lieu du rassemblement seront indiqués par voie d'affiche pendant le Congrès.

Les inscriptions doivent être adressées le plus tôt possible au trésorier du Congrès (Prof. M. Carrieu, 5, *bis* rue de la Merci, Montpellier, compte-courant postal 100-14, Montpellier). Le versement de la cotisation doit, pour des raisons d'ordre, accompagner l'inscription.

La participation aux excursions n'est absolument garantie qu'aux congressistes ayant fait leur demande avant le 13 octobre.

Hôpital de la Charité (47, rue Jacob). — *Cours de revision d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Ce cours aura lieu du 4 au 9 novembre 1929 sous la direction du professeur Emile SERGENT et du Dr Camille LIAN, agrégé, médecin à l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux : FAROY, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des Hôpitaux ; JOANNON, agrégé ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Chaque matin dans un hôpital différent ; 9 h. 1/2 à midi : Exercices et démonstrations pratiques au lit des malades. — Lundi 4 : M. LIAN, hôpital Tenon ; mardi 5 : M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié ; mercredi 6 : Professeur SERGENT, hôpital de la Charité ; jeudi 7 : M. FERNET, hôpital St-Louis (service de M. Lortat-Jacob) ; vendredi 8 : M. FAROY, hôpital Andral ; samedi 9 : M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

2° L'après midi à l'hôpital de la Charité ; 3 heures à 4 heures : Démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du Professeur Sergent. La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur SERGENT. Lundi 4, 3 heures à 4 heures : M. Henri DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. le professeur SERGENT (appareil respiratoire) ; 5 h. 1/2 à 6 1/2 : M. PRUVOST (appareil respiratoire).

Mardi 5, 3 heures à 4 heures : M. C. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. PÉRISSON (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie nutrition).

Mercredi 6, 3 heures à 4 heures : M. PÉRISSON (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. FAROY (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 heures : M. HARVIER (endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 1/2 : M. ABRAMI (pathologie générale).

Jeudi 7, 3 heures à 4 heures, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 ; M. FERNET (peau et syphilis) : 5 h. 1/2 à 6 heures : M. JOANNON (hygiène), 6 heures à 6 h. 1/2 : M. AUBERTIN (sang).

Vendredi 8, 3 heures à 4 heures : M. WEISSENBACH (méd. générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. DUVOIR (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : M. Gaston DURAND (intestin).

Samedi 9, 3 heures à 4 heures, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : M. C. LIAN (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours. Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi de 3 heures à 4 heures) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 francs. S'inscrire auprès du Dr BLONDEL, assistant du Dr LIAN, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Hôpital Tenon (4, rue de la Chine. Métro : Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques.* (Insuffisance cardiaque ; angines de poitrine ; douleurs précordiales ; syncopes). — Ce cours, qui aura lieu du 11 au 21 novembre 1929, sera fait par M. Camille LIAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves MM. HAGUENAU, médecin des hôpitaux ; A. BLONDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux, premier assistant du service ; H. WELTI, prosecteur, chef de clinique chirurgicale ; VIAU, VIBRASCO et Mme BARRAS, assistants du service ; GILBERT-DREYFUS, P. PUECH, ALIBERT et THOYER anciens internes et internes du service ; BRÉANT, chef du laboratoire du service ; FRAIN, chargé de la radiologie du service.

Tous les matins, à 10 heures, conférence clinique avec projections ; à 11 heures, exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade. Tous les après-midi à 15 heures, démonstrations pratiques ; à 17 h. 3/4, deux conférences cliniques avec projections.

PROGRAMME. — Lundi 11 novembre, 10 heures. M. LIAN

Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque ; 11 heures. M. Lian : Examens cliniques ; 15 heures. Mme Barras : Epreuves cliniques d'insuffisance cardiaque ; 17 heures. M. Blondel : Dyssystolie et hyposystolie ; 17 h. 3/4, M. Gilbert-Dreyfus : La toux cardiaque.

Mardi 12 novembre. — 10 heures. M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures. M. Blondel : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 heures. M. Blondel : Asystolie ; 17 h. 3/4. M. Thoyer : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 13 novembre, 10 heures. M. Lian : Le bruit de galop ; 11 heures. M. Lian : Exercices cliniques ; 15 heures. M. Frain : Démonstrations de radiologie ; 17 heures, M. Blondel : Encombrement ventriculaire gauche ; 17 h. 3/4. M. Haguenau : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 14 novembre, 10 heures. M. Lian : Le pouls alternant ; 11 heures. M. Lrain : Examens radiologiques ; 15 heures. M. Blondel : Démonstration de sphygmomanométrie ; 17 heures. M. Blondel : Encombrement ventriculaire droit ; 17 h. 3/4. M. Thoyer : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 15 novembre, 10 heures. M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures. M. Viau : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 heures. M. Blondel : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque ; 17 h. 3/4. M. Bréant : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Samedi 16 novembre, 10 heures, M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; 11 heures. M. Lian : Exercices cliniques ; 15 heures. M. Viau : Démonstrations d'électrocardiographie : 17 heures. M. Alibert : Accidents gravido-cardiaques ; 17 h. 3/4. M. Vibrasco : Electrocardiographie et insuffisance cardiaque.

Lundi 18 novembre. 10 heures. M, Lian : Considérations générales sur les angines de poitrine ; 11 heures. M. Lian : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine ; 15 heures. M. Frain : Démonstration de radiologie ; 17 heures. M. Blondel : Forme commune de l'angine de poitrine ; 17 h. 3/4. M. Viau : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 19 novembre, 10 heures. M. Lian : Consultation clinique ; 15 heures. M. Puech : Examen du cœur à l'autopsie ; 17 heures. M. Vibrasco : Electrocardiographie et angine de poitrine ; 17 h. 3/4. M. Blondel : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 20 novembre, 10 heures. M. Lian : Traitement médical des angines de poitrine ; 11 heures. M. Lian : Exercices cliniques ; 15 heures. M. Viau : Démonstration d'électrocardiographie ; 17 heures. M. Welti : Traitement chirurgical des angines de poitrine ; 17 h. 3/4. M. Frain : Radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 21 novembre, 10 heures. M. Blondel : Douleurs précordiales ; 11 heures. M. Frain ; Exercices radiologiques ; 15 heures. M. Viau : Démonstration de méthode graphique ; 17 heures. M. Blondel : Les syncopes ; 17 h. 3/4. M. Lian : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours, ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires et éventuellement comme assistants. Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires Tout le programme est réparti en quatre cours : 1° arythmies ; 2° grands syndromes cardiaques, 3° endocarde, péricarde, myocarde et aorte ; 4° artères, veines et capillaires. Le cours de juin 1930 portera donc sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde et de l'aorte. S'inscrire auprès du Dr Blondel, premier assistant du service à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription : 250 francs.

Ve Congrès international de physiothérapie (Liége, 4-8 septembre 1930.) — A l'occasion de l'Exposition internationale de Liége et du Centenaire de l'indépendance, le Congrès de physiothérapie retient l'attention du corps médical français et le Comité national a déjà poussé l'organisation dans ses détails, sous la présidence M. le professeur Gley, de l'Académie de médecine.

Les membres du Comité français sont : MM. A. Béclère, J. Belot, E. et H. Biancani, H. Bordier, Charles Brody, Dariaux, d'Arsonval, Delherm, L.-G. Dufestel, Durand-Fardel, P. Duhem, Roger Glenard, Gunsett, G. Haret, J. Heitz, H. Jausion, Latarjet, L. Merklen, R. Molinéry, Laquerrière, R. Rebillard, G. Rechou, Claude Regaud, J.-A. Rivière, G. Rosenthal, J. Saidman, Sigalas, Solomon, Ph. Tissié, Woringer.

Les Sociétés françaises d'électrothérapie, de radiologie médicale de France, l'Institut Curie, l'Institut d'actinologie de Paris, la Société de physiothérapie de Paris ont apporté leur adhésion au Congrée de Liége.

Voici la liste des rapports et communications qui sont déjà inscrits de la part de nos compatriotes et qui feront honneur à la physiothérapie française : La cure de rajeunissement par l'exercice pendant l'âge mûr chez l'homme et chez la femme, par Boigey. — L'association systématique de l'hélio et de l'actinothérapie, par Ch. Brody. — Traitement physiothérapique

Le nouveau rapide « MANCHE-OCÉAN » des Chemins de fer de l'État

De Dieppe, le Havre, Rouen vers la France du Sud-Ouest, les Pyré[nées] ou l'Espagne, vous irez plus vite et vous paierez moins cher en utilisa[nt le] nouveau rapide quotidien « MANCHE-OCÉAN » que les Chemins de [fer] de l'État ont mis en circulation depuis le 15 mai 1929.

Le train, partant de Dieppe à 15 h. 44, est en correspondance avec le [pa]quebot de Newhaven (départ de Londres à 10 h.), dessert les gares p[rin]cipales entre Dieppe et Bordeaux par Rouen, Le Mans, Nantes, Sai[ntes]. Il assure la correspondance pour Bagnoles-de-l'Orne. pour Granville, p[our] Rennes, pour Angers, passe à Nantes à 23 h. 28 et arrive à Bordea[ux à] 6 h. 43, en correspondance avec les express de la Compagnie du Mi[di].

Dans l'autre sens, un train partant de Bordeaux à 22 h. 10 dessert [les] mêmes villes et assure également les correspondances avec les principa[les] directions. Il arrive à Rouen à 12 h. 27 et à Dieppe à 13 h. 16 où il donne correspondance du paquebot vers l'Angleterre (arrivée à Londres à 18 h.

Ce nouveau train, qui permettra d'aller rapidement, en toutes clas[ses] et sans changement de voitures, de Dieppe jusqu'à Bordeaux ou inver[se]ment, comporte un wagon-restaurant ainsi que des couchettes (1re, [2e] et 3me classes) pour les parcours de nuit.

de l'asthme, par MM. Solomon et Gibert. — Les rayons limites, par J. Saidman. — La chronaxie et les affections myopathiques, par M. Bourguignon. — La diathermie et les affections tuberculeuses de la peau, par H. Bordier. — Traitement électrique de l'incontinence d'urines, par P. Duhem. — Les aliments et provitamines irradiés, par L.-G. Dufestel. — Tuberculose et diathermie, par le Dr Delmaseure. — Dr G. Richard : L'éducation respiratoire — Traitement des algies par l'actinothérapie, par E. et M. Biancani.

A l'heure actuelle, 18 autres pays ont constitué leur Comité et le secrétariat général, 25, rue Louvrex à Liége répond à toute demande de renseignements. C'est à lui que les adhésions doivent être adressées avec la cotisation de 150 francs belges.

Afin de faciliter l'organisation de ce Congrès, prions donc nos confrères de s'inscrire dès à présent ; ils contribueront au succès d'une réunion qui s'annonce comme devant spécialement retenir l'attention en 1930.

Le Congrès du groupement des syndicats médicaux de Lorraine. — Le groupement des syndicats médicaux de Lorraine qui réunit les associations de médecins de Meurthe-et-Moselle, de la Meuse, de la Moselle et des Vosges, a tenu, dimanche 22 septembre, son congrès à Nancy, sous la présidence du docteur Giry, conseiller général de Meurthe-et-Moselle, président du groupement, qui était assisté des docteurs Baudot, Legras, Giss, présidents des syndicats de la Meuse, des Vosges et de la Moselle ; Pierson, secrétaire général du groupement ; Morelle, maire de Commercy, conseiller général, représentant le syndicat des pharmaciens ; Lambert des Cilleuls, président du syndicat des dentistes.

Le président lut d'abord son rapport moral sur l'action du groupement, puis le docteur Pierson fit voter l'établissement d'un tarif unique à la base avec des majorations ou des diminutions suivant les cas.

Le docteur Giry traita ensuite, en un long exposé, la double et importante question des assurances sociales et du refus de collaboration du corps médical.

Après avoir affirmé que les médecins ne sont nullement opposés au principe des assurances sociales dont ils approuvent les intentions de justice et de solidarité, il exprima le regret « que le Parlement ait pu élaborer et voter une loi de cette importance sans prendre l'avis autorisé du corps médical ou plutôt sans tenir compte des avertissements qu'il n'a cessé de lui donner ».

« Si le corps médical, continua-t-il, refuse sa collaboration à la loi telle que l'a votée le Parlement, c'est qu'il a pris la peine — ce que n'a pas fait le législateur — d'étudier les conséquences de la loi au point de vue médical en examinant les résultats qu'elle a donnés dans les pays étrangers où elle fonctionne déjà depuis longtemps, en Allemagne notamment.

L'assemblée a vivement applaudi le discours du docteur Giry et elle a voté la résolution suivante :

« *Le groupement des syndicats médicaux de Lorraine déclare qu'il n'apportera sa collaboration au fonctionnement des assurances sociales que si les conditions énumérées sont en totalité inscrites dans un texte de la loi* ».

Un banquet a eu lieu ensuite au cours duquel des allocutions ont été prononcées par MM. Louis Godfrin, conseiller municipal de Nancy ; Morelle et Giry.

Dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé attaché à l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne aura lieu à Laval (Préfecture) le jeudi 24 octobre.

Les candidats devront être Français, âgés de 28 ans au moins et de 50 ans au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes d'admission au concours, rédigées sur timbre, devront être adressées au secrétaire de l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Mayenne à la Préfecture de Laval.

Un monument à Raspail a été inauguré à Tours. — En présence de M. Ferdinand Morin, député, maire de Tours, du représentant du préfet d'Indre-et-Loire, du docteur Guillaume Louis, directeur de l'Ecole de médecine de Tours, a eu lieu dimanche 22 septembre, place Raspail, l'inauguration du buste élevé à la mémoire de Raspail, créateur de la médecine populaire qui immortalisa son nom.

La statue est due au ciseau du statuaire Henri Varenne, tourangeau d'origine.

Les orateurs glorifièrent tour à tour la mémoire de Raspail.

(*Voir la suite page* 1696.)

TRAVAUX ORIGINAUX

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'ADMINISTRATION DE CERTAINS SÉDATIFS NERVINS

Toxidermie barbiturique à type d'érythème scarlatiniforme infiltré,

Par

J.-A. CHAVANY et P.-E. VANNIER

Chef de clinique à la Faculté. Médecin assistant à l'hôpital de la Pitié. — Interne des hôpitaux.

On sait l'efficacité remarquable, comme hypnotiques et sédatifs du système nerveux, des différents corps de la série barbiturique dérivés de la malonylurée. Le plus anciennement employé est le *véronal* (1903) mais les plus couramment usités à l'heure présente sont le *dial* et surtout le *luminal* et le *gardénal* (ces deux derniers produits ayant exactement la même composition chimique).

L'ingestion de ces divers médicaments en nature ou de nombreuses spécialités pharmaceutiques dans la composition desquels ils rentrent peut donner lieu à des accidents les uns graves d'autres bénins dont la littérature médicale de ces dernières années fourmille d'observations. La multiplicité des cas relatés pourrait de prime abord jeter un certain discrédit sur cette branche de cette thérapeutique calmante du système nerveux qui a cependant à son actif de merveilleux résultats, en ce qui concerne le traitement de l'épilepsie en particulier et de nombreuses névropathies en général. En réalité si l'on envisage le nombre formidable de malades qui utilisent les barbituriques, on se rend rapidement compte de la rareté relative des accidents observés. La possibilité de tels accidents, tout en rendant le médecin circonspect dans le choix des cas à traiter et prudent dans sa posologie, ne doit donc en aucune façon lui faire rejeter une série de médicaments qui ont tous fait leurs preuves indiscutables.

Nous n'avons point en vue dans ce travail les cas d'empoisonnements barbituriques consécutifs à l'absorption de doses massives par des psychopathes ou des désespérés qui veulent attenter à leurs jours : nous les mentionnons seulement pour soutenir, après Achard (2), Tardieu, que les produits barbituriques devraient être classés le plus tôt possible parmi les substances dangereuses mentionnées dans le tableau A du décret du 14 septembre 1926 et que leur vente devrait en être très sérieusement réglementée.

Notre étude porte uniquement sur quatre cas d'intoxication thérapeutique que nous avons pu observer durant les six premiers mois de 1929 dans le service de notre maître le professeur Teissier, à l'hôpital Claude-Bernard où ils nous ont été envoyés en observation pour scarlatine.

Les accidents cutanés et muqueux du barbiturisme peuvent se présenter en clinique sous des aspects très variés. Leurs traits principaux ont été récemment exposés par André Tardieu et A. Carteaud (3) dans un excellent article du *Journal médical français*. La toxidermie barbiturique peut prendre le masque de toutes les fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, rubéole), de l'érysipèle de la face et plus rarement d'un certain nombre de dermatites polymorphes. La plupart des auteurs, en outre du prurit habituellement constaté, signalent l'existence d'un mouvement thermique plus ou moins intense, ordinairement en rapport avec l'intensité de la réaction cutanée. La plupart aussi insistent sur la bénignité de telles éruptions dont l'évolution vers la guérison est la règle. Il convient d'ailleurs de remarquer, que les cas de barbiturisme aigu mortels consécutifs à l'ingestion de doses massives ne s'accompagnent jamais d'éléments éruptifs, d'aucune sorte, même si leur évolution se prolonge pendant plusieurs jours.

Nos cas, comme va le montrer la lecture des observations suivantes ont présenté une sémiologie un peu différente, en ce qui concerne les caractères intrinsèques des lésions cutanées ; par ailleurs, deux d'entre eux ont mis en défaut la loi de bénignité habituelle et ont évolué vers la mort.

Observation I. — V. S. 30 *ans*, danseuse.

La malade entre au pavillon 6 le 18 février 1929 au soir. Elle est envoyée de l'hôpital Tenon où on n'a pu l'admettre parce que suspecte de scarlatine. Très agitée le soir de son entrée, on ne peut la calmer qu'avec du sirop de chloral.

Le lendemain matin, à l'heure de la visite, elle est très abattue, subdélirante, répondant d'une voix brève et hachée aux questions qu'on lui pose.

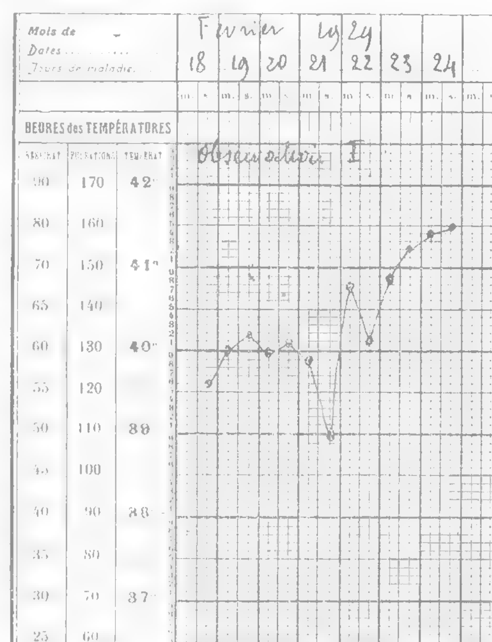


Figure 1.

L'interrogatoire nous apprend que, danseuse de son métier, elle est depuis assez longtemps sans travail, obligée faute d'argent de se restreindre au point de vue alimentaire. Ces soucis matériels entraînent des modifications considérables du caractère, un état anxieux marqué et surtout une insomnie rebelle. Au début du mois de février, elle consulte un médecin qui ordonne *l'absorption tous les soirs avant le coucher d'un comprimé de gardénal à* 0 gr. 10 *ctgr*. Durant les premiers jours l'anxiété se calme, le sommeil redevient normal et la malade se sent mieux. Vers la fin de la première semaine de traitement, elle est prise dans la journée de violente céphalée, devient somnolente au point de s'endormir une après-midi à une table de café. L'insomnie réapparaît la nuit et le matin elle se sent « très abattue, abrutie dans l'incapacité de faire un mouvement ».

Neuf jours après le début de la médication gardénalique, la malade présente un érythème d'abord localisé à la face et au cou en même temps que la température monte à 40°. La rou-

(1) L'un de nous (J. A. Chavany) a déjà relaté succinctement ces faits au cours de la discussion d'une communication de Rodriguez-Arias et Garcia Gonzalo, faite à la Société de Neurologie de Paris, le 6 juin 1929. — Voir *Revue Neurologique*, juin 1920, page 1171.

(2) Achard. — Empoisonnements barbituriques. (*Journal de Med. et de Chir. pratiques*, 25 avril 1929.)

(3) Tardieu et A. Carteaud. — Les accidents cutanés et muqueux du barbiturisme. (*Journal médical français*, novembre 1922.) — Nous remercions ici le Dr A. Tardieu qui s'est beaucoup occupé de cette question du barbiturisme, de l'amabilité avec laquelle il nous a fourni des références utiles pour ce travail.

geur ne tarde pas à se généraliser à tout le tégument dans les heures qui suivent. Devant cette symptomatologie sérieuse, son médecin appelé le lendemain décide son transfert à Tenon d'où elle est immédiatement dirigée sur Claude-Bernard.

A notre premier examen 19 février, nous constatons que tout le tégument est le siège d'une *rougeur intense s'accompagnant d'une infiltration œdémateuse de la peau.* Cette éruption de teinte cramoisie est *généralisée* elle est plus intense encore dans les zones de décubitus. Elle est légèrement prurigineuse.

A la face, au cou, à la partie supérieure du thorax, il se produit déjà une petite desquamation simplement furfuracée. Les lèvres sont fuligineuses, dans les régions commissurales, quelques points de perlèche. La langue est rôtie, dépapillée, d'aspect scarlatiniforme. La gorge est rouge et sur le pilier antérieur du voile du palais, à gauche, on voit quelques légères ulcérations recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux. Les conjonctives sont rouges. La malade se plaint de photophobie.

La température est à 40, le pouls à 110. L'examen du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal, cependant il existe un certain taux de dyspnée. La tension artérielle est de 13-8 au Vaquez. Le foie ne déborde pas les fausses côtes et n'est pas douloureux. La rate est augmentée de volume percutable sur 4 à 5 travers de doigt. Les urines sont rares (moins de 500 gr. par 24 heures) hautes en couleur, sans sucre ni albumine. Constipation et ballonnement du ventre. L'examen du système nerveux ne révèle rien de bien anormal. Les réflexes tendineux sont difficiles à mettre en évidence, mais ils existent. Il n'existe aucun phénomène parétique. Les réflexes pupillaires sont normaux. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal. Dès le premier jour on institue devant l'état adynamique du sujet un traitement par l'extrait surrénal injectable.

Dans les jours qui suivent, l'état général reste stationnaire. L'éruption persiste avec ses mêmes caractères sans atténuation aucune. L'empâtement dermique a tendance à augmenter, mais le tégument sec et chaud ne suinte en aucun point, même au niveau des plis cutanés. En aucun point on ne constate ni bulles, ni vésicules. Quoique la malade boive plus de deux litres de liquide (lait ou tisanes) par jour elle n'urine que 500 gr. environ. Pour activer la diurèse on fait le 20 février une injection sous-cutanée de 250 gr. de sérum glucosé isotonique. Cette injection est mal résorbée et il se produit au lieu de la piqûre un placard sous-cutané ecchymotique très douloureux. Les jours suivants des injections sous-cutanées de sérum physiologique sont très bien tolérées (500 gr. par injection) : aucune influence sur la diurèse.

L'urée sanguine le 21 est de 0 gr. 56 ctgr.

Une hémo-culture pratiquée le 22 au matin, alors que la malade avait 40° 8 de fièvre, se montre négative.

Sur cet état général alarmant se greffe un état mental spécial : des phases d'agitation, d'ailleurs de courte durée, alternent avec l'abattement profond. Il existe un état confusionnel non douteux au quel se surajoute une touche délirante avec hallucinations, illusions, tendance à l'interprétation et aussi idées de persécution, d'envoûtement. Ce complexe mental peut être le fait d'une tare antérieure sur laquelle nous n'avons aucun renseignement et aussi d'un éthylisme ancien d'ailleurs avoué par la malade.

Presque sans aucune variation quant à l'intensité de sa toxidermie, la malade décède le 24 au soir dans le collapsus.

A l'autopsie on note une congestion très marquée des deux reins et une congestion modérée du parenchyme hépatique sans aspect cirrhotique ni modification de volume de la glande.

OBSERVATION II. — K. Z. 48 ans, Polonaise.

Malade très maigre présentant un état général défectueux depuis déjà quelque temps ce qui l'a obligée à cesser son travail. Nervosisme très marqué avec insomnie absolue. Prend du gardénal depuis déjà six mois. Dans les jours qui précèdent son entrée à l'hôpital *elle était arrivée à la dose de 0 gr. 60 par 24 heures.*

Les accidents ont débuté quatre jours avant son admission à Claude-Bernard, par de la fièvre, une angine et par une éruption scarlatiniforme qui est apparue d'abord, au dire de la malade, sur le tronc et les bras.

Quand nous la voyons le 20 octobre 1928 au pavillon 6, il est difficile d'obtenir par l'interrogatoire des renseignements précis car toute question la fatigue et elle parle mal le français.

Elle est d'ailleurs dans un *état ataxo adynamique* très accentué.

L'éruption scarlatiniforme est généralisée à tout le tégument, plus marquée au niveau de certains points, cou, thorax, dos et fesses, où elle prend une teinte livide, véritablement ecchymotique par places. Au niveau de l'extrémité des membres, elle est représentée par de très larges placards écarlates séparés de-ci de-là par quelques intervalles de peau saine. La face présente une rougeur vultueuse avec un commencement de desquamation en petites lamelles. La pression ne fait pas disparaître cette rougeur foncée (lie de vin) de la peau. La palpation décèle un certain taux d'infiltration dermique ; la peau est sèche et chaude. La malade geint continuellement et accuse un prurit généralisé, sans lésions de grattage manifestes.

Au niveau des yeux la conjonctivite catarrhale présentée par la malade dès le début a bientôt fait place à une véritable conjonctivite purulente mais sans œdème palpébral, qui nécessite des soins réitérés de la région.

De même, la bouche est le siège d'une stomatite très intense. La langue est rouge, sèche, rôtie. La face interne des joues, les lèvres sont le siège de petites ulcérations saignotantes gênant la malade pour s'alimenter. La gorge est rouge, sans augmentation de volume des amygdales ni fausses membranes.

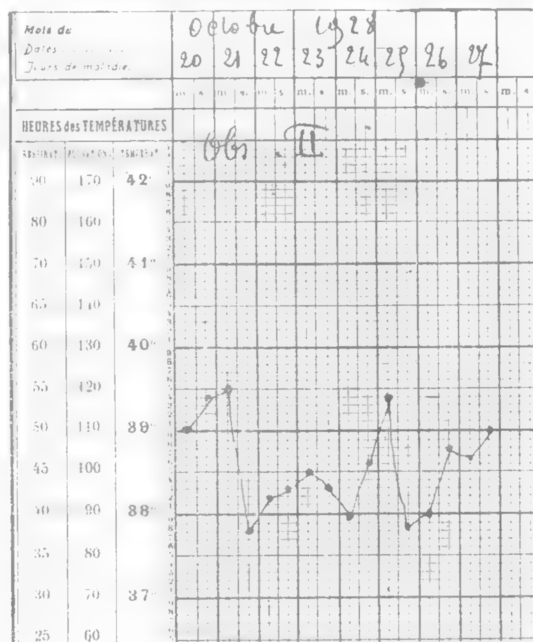


FIGURE 2.

L'état général est très touché ; la malade prostrée dans la journée, refusant de s'alimenter, présente, surtout vers le soir un degré d'agitation anxieuse (disant qu'elle va mourir) qui se mute dans la nuit en un délire tranquille.

L'examen viscéral ne révèle rien de bien anormal. Cœur, poumons, foie, rate, système nerveux apparaissent normaux. Cependant léger taux de dyspnée. Les urines sont rares, fortement teintées, sans sucre ni albumine, avec présence d'urobiline. Constipation opiniâtre qui ne cède qu'aux lavements huileux. T. A. 12,8 au Vaquez, *Pouls petit en rapport avec la température* (100). Urée sanguine . 0.45,

Dans les jours qui suivent son entrée, l'éruption cutanée persiste avec les caractères que nous avons décrits. La température qui était de plus de 39 à l'entrée descend autour de 38, 38,5. Les urines restent rares (au-dessous de 500 gr. *pro die*), quoique la malade prenne un litre de lait et reçoive matin et soir un goutte à goutte intra-rectal de 500 cmc. de sérum glucosé. Le pouls a tendance à devenir filiforme. L'état général, loin de s'améliorer empire.

L'éruption devient de plus en plus violacée véritablement purpurique par place. La desquamation furfuracée ne se poursuit que sur la partie supérieure du tronc.

L'adynamie devient extrême avec agitation anxieuse la nuit, Dans les derniers jours la température tend à remonter. La dyspnée *sine materia* se fait plus intense et la malade décède le 27 octobre au soir dans un état de prostration extrême, sept jours après son entrée à l'hôpital onze jours avec le début de son érythrodermie.

A l'autopsie, on trouve un foie polykystique dont l'aspect macroscopique rappelle celui de la maladie polykystique des reins. Une grosse partie du parenchyme hépatique est détruite par cette altération qui doit dater de longtemps. Reins normaux macroscopiquement.

OBSERVATION III. — B. W., ouvrière d'usine, âgée de 43 ans.

Psychopathe déjà internée, non épileptique, fait au début de

mars 1929 une crise d'agitation très marquée avec insomnie pour laquelle son médecin le Dr Poulin, de Bagnolet, prescrit à juste titre 10 centigrammes de gardénal matin et soir à prendre sans discontinuer pendant un mois. L'ordonnance date du 4 mars 1929 et est suivie scrupuleusement à partir du 5 mars. . Sous l'influence de cette médication sédative, l'agitation se calme.

Mais le 30 mars, la malade commence à présenter au niveau des avant-bras et des poignets une dermatite *prurigineuse* sans fièvre. Elle continue à absorber son médicament.

Le 5 avril, l'éruption se généralise et le 7 avril son médecin appelé suspend le gardénal et l'envoie à Claude-Bernard en observation.

A son entrée, le 7 avril, la malade présente un érythème scarlatiniforme diffus prédominant au niveau de la face, du cou et du tronc et au pourtour du bassin. Au niveau des membres, ce sont de larges placards rouge, très foncés, séparés par quelques intervalles de peau saine.

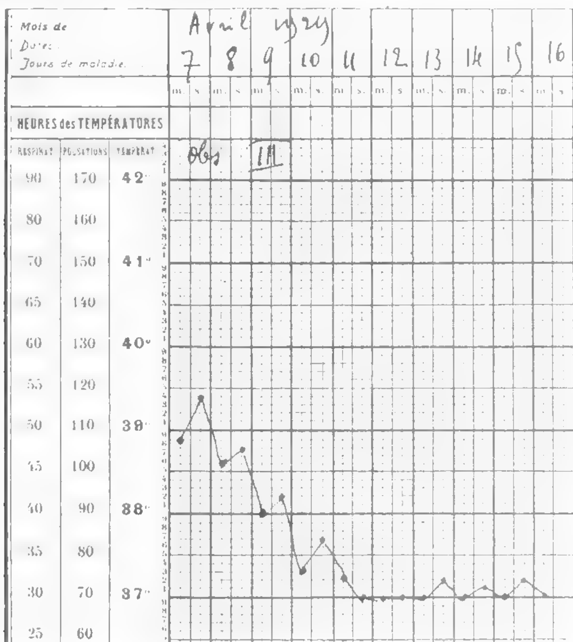


Figure 3.

Le derme de la face du cou et du tronc est largement infiltré. Le prurit est manifeste diurne et nocturne.

Les conjonctives sont rouges et il existe un peu de larmoiement. La langue est rouge framboisé, dépapillée sur ses bords. Mais il n'existe ni stomatite, ni angine.

La température est de 39 à son entrée, mais l'état général est excellent, le pouls bat à 100. L'examen visuel est complètement négatif. La T. A. est de 13.9 au Vaquez. Les urines émises dans les 24 heures (1000 cmc.) contiennent de fortes traces d'albumine sans sucre. Le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 51 par litre.

Deux jours après son entrée, la formule leucocytaire est la suivante :

Polynucléaires neutrophiles...........	56 %
Moyens mononucléaires...............	28
Grands mononucléaires...............	5
Lymphocytes.........................	5
Eosinophiles........................	6

Dès ce moment l'état de la malade s'améliore, la fièvre descend progressivement vers la normale, le taux des urines remonte vers 1.500 à 1.800 gr. *pro die.*

L'éruption parallèlement s'étend sur les diverses parties du tégument, Il se produit au niveau de la face et du cou une desquamation furfuracée.

La maladees en convalescence 6 jours après son entrée.

Observation IV. — Q. B..., 56 ans, cuisinière.

Est adressée le 7 avril 1929 par son médecin à l'hôpital Claude-Bernard pour douteuse de scarlatine.

Ethylique avérée, six semaines avant, la malade, « se sent devenir très nerveuse ». Son sommeil est agité. Elle est incapable d'accomplir un travail soutenu, et ne peut tenir en place. Elle consulte plusieurs médecins. Le dernier, vers le 25 mars, lui ordonne 2 *comprimés de Rutonal pro die.* La malade en prend pendant 8 jours de suite, l'amélioration, manifeste au début, s'atténue dans les jours qui suivent. Mais le neuvième jour du traitement, la malade est prise de céphalée et la température monte à 40. Une torpeur intense fait place à l'agitation habituelle du sujet. En même temps la malade fait une éruption généralisée de type scarlatiniforme peu prurigineuse, qui débute par la face et le cou. Cependant la malade n'a ni angine, ni vomissements. Elle cesse le rutonal. Son médecin appelé décide l'hospitalisation.

Quand nous la voyons, le 8 avril au pavillon 6, l'éruption, au dire de la malade, a déjà un peu pâli, elle est cependant très nette au niveau de la face, du tronc et des membres supérieurs, affectant le type scarlatiniforme. Cependant la peau n'est ni sèche, ni brûlante, il existe un certain degré d'infiltration du derme. Les conjonctives ne sont pas rouges. La langue est saburrale, non dépouillée. Pas de stomatite. Pas d'angine.

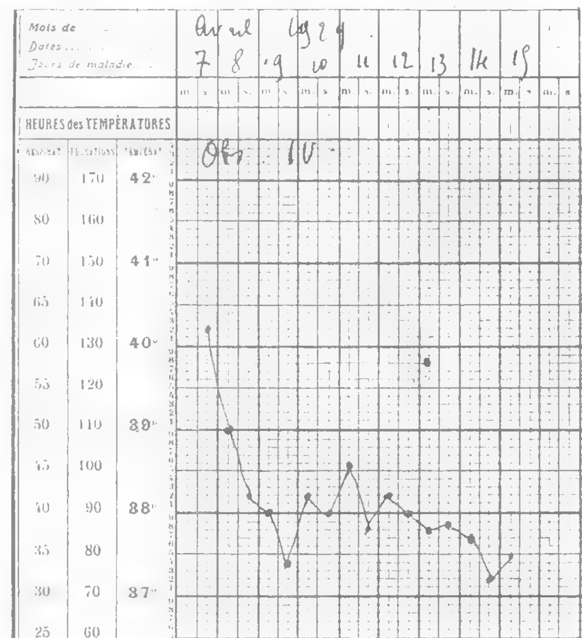


Figure 4.

La température est de 40, le pouls bat à 112, mais l'état général est très bon, les urines sont abondantes (1.500) ne contenant ni sucre, ni albumine. L'examen viscéral est négatif. Cœur, poumons, foie, rate, apparaissent normaux. La tension artérielle est de 12-6. La malade n'est plus réglée depuis l'âge de 52 ans.

La température descend rapidement en lysis. Un dosage d'urée sanguine pratiqué le lendemain de son entrée donne 0 gr. 40.

La formule leucocytaire est de

Poly neutro...........................	64 %
Moyens mono...........................	18
Grands mono...........................	5
Lympho................................	8
Eosinophiles..........................	5

L'éruption s'atténue rapidement et ne desquame pas.

Synthèse clinique

L'étude de ces quatre malades va nous permettre d'ébaucher la synthèse clinique de la toxidermie barbiturique à type d'érythème scarlatiniforme infiltré :

Certes, l'*éruption généralisée* rappelle à première vue la scarlatine et l'on comprend les hésitations du diagnostic à cet égard. Cependant on est dès l'abord frappé par l'intensité de l'exanthème, sa coloration rouge foncé, lie de vin, a tendance presque purpurique surtout dans nos deux premiers cas. La peau, quoique sèche et rugueuse ne présente point cet aspect granité de peau de chagrin signalé par Trousseau dans la scarlatine. En outre l'infiltration du derme est un symptôme constant qui nous a paru très spécial. *Cet empâtement du derme et de l'hypoderme,* surtout marqué en certaines régions (face, cou, thorax, bassin) ne nous paraît avoir jusqu'ici beaucoup retenu l'atten-

tion des auteurs qui se sont occupés de la question. Seul Lespinne (1), de Bruxelles, l'a signalé dans l'observation d'une femme qui prenant du véronal chaque soir depuis 3 ans 1/2 était atteinte depuis trois ans d'un érythème généralisé. Son intensité fait penser beaucoup plus à une érythrodermie qu'à un érythème. On serait presque tenté d'employer le terme d'érythrodermie barbiturique pour bien mettre en valeur l'existence de cette vive réaction inflammatoire dermo-hypodermique s'il n'était d'usage de désigner ainsi seulement les affections qui évoluent ordinairement vers une desquamation abondante en lamelles plus ou moins larges. Contrairement d'ailleurs aux autres érythrodermies toxiques et en particulier à l'érytrodermie arsénobenzolique, il n'existe ni vésiculation, ni suintement d'aucune sorte. L'intensité de l'éruption ne parait pas fonction de la gravité ultérieure du cas ; c'est ainsi que notre troisième malade qui présenta une très forte éruption s'achemina très rapidement vers la guérison. Par contre, la persistance de l'éruption est un facteur de mauvais augure ; dans nos deux cas mortels l'érythème infiltré persista jusqu'à la mort sans tendance aucune à la rétrocession durant huit jours dans le cas I et onze jours dans le cas II. La longue durée de l'éruption cutanée nous paraît un caractère différentiel supplémentaire avec la scarlatine authentique. Il en est de même du synchronisme du pouls et de la température. Cet exanthème s'accompagne souvent de réactions hyperémiques (avec parfois tendance à la purulence) des muqueuses des voies digestives supérieures (bouche langue pharynx). Mais c'est l'inflammation conjonctivale qui est le plus souvent notée (3 fois sur 4).

L'*hyperthermie* fait partie intégrante du syndrome. Débutant avec l'éruption, elle est toujours très élevée dans les premiers jours. Dans les cas graves, elle persiste pendant toute la durée de l'affection, tantôt aux environs de 40° comme dans notre premier cas, tantôt plus basse entre 38 et 39 lorsque l'absence de réaction de l'organisme se traduit comme chez notre second malade par des phénomènes ataxo-adynamiques très intenses.

Dans les cas bénins, la fièvre ne tarde pas à descendre soit progressivement, en un lysis de 3 à 4 jours, soit même d'une manière assez brusque pour aboutir à l'apyrexie complète. On ne peut s'empêcher d'établir un rapport entre la gravité de l'intoxication et la persistance de l'hyperthermie et il nous paraît difficile de souscrire à l'opinion des auteurs qui soutiennent que la fièvre est d'un bon pronostic dans l'évolution d'une intoxication barbiturique). Le parallélisme entre la courbe thermique et l'évolution de l'éruption nous paraît aussi un fait digne de remarque.

L'*atteinte de l'état général* est très marquée d'emblée dans les formes qui doivent évoluer vers la mort ; on est frappé par l'ataxo-adynamie extrême des malades qui présentent surtout vers le soir un état d'agitation anxieuse très net. L'examen clinique des différents viscères est cependant négatif. Seuls un certain degré de dyspnée *sine materia* et de diminution considérable du taux des urines objectivent l'intoxication. L'hémoculture pratiquée ne fournit aucun renseignement. La conscience est relativement conservée durant une longue partie de l'évolution de la maladie. Contrairement à ce qui se passe dans l'intoxication barbiturique avec des doses massives, le coma ici est seulement terminal, précédant de quelques heures seulement l'issue fatale.

La notion de terrain antérieur nous paraît jouer un rôle primordial dans la génèse de ces accidents et au premier plan il faut placer l'altération organique ou fonctionnelle du foie. Cette constatation n'est pas pour étonner quand on se rappelle l'importance de la fonction antitoxique de la glande hépatique. De très nombreux auteurs ont insisté sur le rôle du foie dans le barbiturisme (Pic, Labougle, J.-G. Pinard, A. Maître, Mlle G. Pissot (1), Trémolières et Tardieu (2), etc.). Nous n'avons pu nous-mêmes dans nos cas nous livrer à des recherches toxicologiques ni même faire pratiquer des analyses pondérales minutieuses des urines et des humeurs de nos malades. Mais deux de nos malades (cas I et III) étaient des éthyliques avérées et l'autopsie du cas n° II montrant un foie aux 2/3 détruit par des kystes fait bien comprendre quelle fragile barrière dut offrir un tel parenchyme à l'intoxication.

La question de la posologie apparaît ici comme secondaire. En dépouillant les observations antérieurement publiées on s'aperçoit qu'il ne s'agit ordinairement que de *doses thérapeutiques* parfaitement compatibles avec la tolérance de la majorité des sujets. Seule notre seconde malade absorbait du gardénal depuis six mois et était arrivée dans les derniers temps à prendre 0 gr, 60 par jour (dose qui dépasse nettement la dose thérapeutique habituelle. Mais dans notre premier cas, qui fut cependant, mortel la malade n'a ingéré que 0 gr. 10 centigr. de gardénal par jour et pendant neuf jours. Dans notre observation III, l'intoxication se déclare à la suite de 20 ctgr. de gardénal pro die pendant 23 jours. Deux comprimés de rutonal à 0 gr. 20 par jour, pris pendant huit jours, ont suffi chez notre quatrième malade a déclencher l'érythème fébrile, d'évolution bénigne d'ailleurs.

La date du début de la toxidermie par rapport à celui de la mise en œuvre de la médication mérite d'être notée et retenue. Chez notre première malade et chez notre quatrième, c'est autour du neuvième jour qu'apparurent les accidents. On retrouve le même délai dans un certain nombre d'observations, entre autres celles publiées par Caussade, Tardieu, Lacapère et Lejard (3) par Milian et Lenormand, par notre ami Dereux, de Lille (5).

Nous verrons dans un instant quelle importance présente pour Milian et pour ses élèves cette date qui n'est cependant pas fatidique du neuvième jour, quand il s'agit d'éclairer la pathogénie des accidents que nous étudions ici.

Il nous a paru difficile de baser *un pronostic* tiré des signes cliniques mis en valeur lors du premier examen. La connaissance de la dose absorbée (puisqu'il s'agit toujours ici de doses thérapeutiques) a peu d'intérêt. L'intensité de l'éruption, l'atteinte grave de l'état général avec dyspnée *sine materia* et oligurie sont précieuses à retenir contrairement à l'hyperthermie qui est un signe trompeur. Mais c'est surtout la notion de fragilité hépatique antérieure qui fixera exactement le pronostic et davantage l'évolution de la maladie avec la persistance de la fièvre, la persistance de l'éruption, l'apparition de symptômes cérébraux d'ordre délirant et confusionnel. L'issue fatale paraît être due à une insuffisance hépato-rénale : les constatations macroscopiques que nous

(1) Leppinne. — Toxidermie provoquée par le véronal. *Bruxelles médical*, IV, n 45, 8 mai 1921.

(1) Germaine Pissot. — Thèse de Paris 1926, inspirée par Kohn-Abrest, Jouve, éditeur.

(2) F. Trémolières et A. Tardieu. — Rôle du foie dans le barbiturisme. *Bulletin médical*, n° 40, 1er oct. 1927.

(3) Caussade, Tardieu et Lacapère. — Toxidermie au luminal ayant simulé la rougeole. *Bul. et mém. Soc. Méd. Hôp.* n° 21, 3 juillet 1925. Caussade, Tardieu et Lejard. — *Bull. et mém. Soc. méd. Hôp.* 27 novembre 1925.

(4) Milian et Lenormand. — Erythème du neuvième jour dû au véronal. Soc. Franc. de Derm. et de Syph. 10 mars 1927.

(5) Dereux. — Erythème du neuvième jour dû au Rutonal. *Bul. et mém. Soc. Méd. Hôp.* n° 20, 8 juin 1928.

avons faites aux autopsies plaident en faveur de ce mécanisme.

Aperçu pathogénique.

La pathogénie de tels accidents a non seulement une importance doctrinale mais aussi une importance pratique, ce qui va nous la faire brièvement envisager ici.

Milian (1) et en particulier G. Garnier (2) qui vient de faire sa thèse sur ce sujet soutiennent que dans les cas qui nous occupent on est en présence non *de phénomène d'ordre toxique, mais de phénomènes biotropiques*. Il s'agirait là d'un cas de biologie consistant dans le réveil d'un microbisme latent sous l'influence d'agents divers, chimiques le plus souvent introduits dans l'organisme.

Les accidents observés seraient en réalité des scarlatines véritables dont l'éclosion serait favorisée par la médication barbiturique, comme elle l'est dans d'autres cas par la médication arsenicale. D'où la présence dans de nombreux cas d'une *véritable période d'incubation* comme dans toute maladie infectieuse authentique. *Le médecin qui adopte cette théorie de biotropisme doit continuer à prescrire le médicament qui a déclenché les accidents.* Contre cette théorie, très séduisante au premier abord, plaident deux arguments de valeur : c'est d'abord l'absence de contagion, c'est d'autre part l'absence de l'immunité que confèrent habituellement les fièvres éruptives véritables. Il est en effet d'observation relativement courante de voir se reproduire chez le même sujet des éruptions analogues à celles qu'il a déjà présentées. P.-G. Woolley (3), Pasteur Vallery-Radot (4) et Blamoutier en ont rapporté des exemples. Ces derniers auteurs font rentrer leur observation dans le cadre de la sensibilisation, théorie dérivée de la notion d'anaphylaxie.

Dans les accidents de barbiturisme que nous venons de décrire nous sommes portés à croire que leur mécanisme intime est analogue à celui de maladie du sérum. Il se produirait dans l'organisme de certains sujets (insuffisants hépatiques, distoniques du vago-sympathique pour Tardieu) un produit nouveau différent du produit toxique lui-même. C'est ce produit qui posséderait des effets toxidermiques érythrogènes. Cette substance nocive hypothétique serait soit un produit de désintégration chimique, soit une véritable résultante réactionnelle des humeurs ; il nécessiterait plusieurs jours pour s'élaborer ce qui expliquerait l'intervalle libre sans accidents. On ne peut s'empêcher de noter les analogies qui existent dans cet ordre d'idées entre les accidents que nous décrivons et certaines manifestations anaphylactiques et on ne peut s'empêcher de rapprocher, toutes choses égales d'ailleurs, le produit dont nous parlons de l'apotoxine de Richet. Mentionnons, pour venir à l'appui de cette thèse, que F. Glaser (5) a trouvé dans le barbiturisme des variations de la teneur en chaux du sérum sanguin analogue à celles que l'on rencontre dans certaines affections de la série anaphylactique (asthme, œdème de Quincke) (6) et (7).

(1) G. Milian. — Le biotropisme. Baillière Paris 1929.

(2) G. Garnier. — Les érythèmes des arsénobenzols. Thèse Paris 1929. Jouve éditeur.

(3) P.-G. Woolley. — Veronal Dermatis. *J. Am. med. Ass.* 28 décembre 1906.

(4) Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier. — Accidents cutanéo-muqueux provoqués par le véronal et par un autre produit de la série barbiturique. Soc. méd. Hôp. 5 nov. 1926.

(5) F. Glaser. — *Medizinische Klinik. Berlin*, t. X nº 36, 7 septembre 1924.

(6) On peut encore, pour soutenir la théorie anaphylactique, admettre que le produit barbiturique lui-même lèse le foie et qu'à la faveur de cette lésion il se répand dans l'organisme des albumines hétérogènes qui sensibilisent ce dernier et créent l'état anaphylactique.

(7) Si l'on admet l'explication anaphylactique, il est curieux de noter que des produits chimiques peuvent se comporter comme des albumines.

Une comparaison s'impose en terminant entre le mécanisme que nous venons d'invoquer pour expliquer cette toxidermie barbiturique et la pathogénie de la scarlatine véritable entrevue à la lumière des recherches récentes et en particulier de la *notion de la toxi-allergie* si brillamment soutenue par Dochez. Un organisme déjà sensibilisé par des contacts streptococciques antérieurs rencontre un streptocoque doué d'aptitudes érythrogènes. Ce streptocoque végète au niveau de la gorge ou de la muqueuse pituitaire du sujet. A un certain moment les produits de désintégration de ce streptocoque qui passent dans le milieu intérieur sont attaqués par des lysines résultant de l'état allergique antérieur, d'où mise en liberté d'un complexe érythrogène. La substance qui déclenche l'éruption scarlatineuse (toxine de Dick) apparaît ainsi comme une *toxine secondaire* puisqu'elle nécessite un terrain spécial pour que ses effets se fassent sentir. De là s'explique contrairement à ce qui se passe pour la toxine diphtérique ou tétanique qui sont de véritables toxines, sa faible nocivité pour l'animal et sa très faible nocivité chez les sujets très jeunes, qui n'ont pas encore atteint l'état allergique nécessaire. Tandis que chez les sujets sensibilisés elle est susceptible à des doses infinitésimales de déterminer des cuti-réactions positives et à des doses plus fortes (en injections) d'engendrer des érythèmes scarlatiniformes expérimentaux. On voit tout l'intérêt ici de la notion de réceptivité du terrain.

Dans les cas de toxidermie barbiturique à type d'érythème scarlatiniforme infiltré, la notion de terrain nous apparaît aussi comme capitale et en particulier celle d'insuffisance. C'est pourquoi le médecin devra proscrire rigoureusement tous les corps de la série barbiturique chez tous les sujets qu'il soupçonne porteurs d'une maladie organique ou fonctionnelle de la glande hépatique (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le service social de l'enfance en danger moral

Le nombre des œuvres dites « philanthropiques » s'accroît chaque jour à un tel point que l'on n'arrive pas à s'orienter rapidement à travers les prospectus, les comptes rendus et les affiches qui sollicitent la générosité ou tout simplement la bienveillance du public. Bien souvent, un sentiment de satisfaction se fait valoir à propos d'une création nouvelle, tandis que parfois c'est du scepticisme et de l'ironie — hélas ! — bien justifiés. En effet, si l'on applaudit l'initiative hardie et vigoureuse qui s'explique par un besoin de soulager une misère, de combattre un fléau ou de prévenir une déchéance, pour ne citer que trois exemples auxquels on pourrait en ajouter tant d'autres, par contre, l'on condamne sévèrement les tentatives destinées à flatter l'amour-propre des esprits médiocres, prétendus organisateurs, qui, au milieu d'une existence vide, agitée et presque dénuée de tout sens, trompent l'opinion publique et discréditent une cause, pourtant digne d'intérêt.

L'Œuvre du service social de l'Enfance en danger moral n'appartient pas, heureusement, disons-le de suite, aux institutions discutables. Bien au contraire, il s'agit d'une branche d'activité médico-sociale qu'il faut recommander. Créée à Paris, en mai 1923, à la demande des magistrats du Tribunal pour enfants et adolescents, MM. Rollet et Aubry, l'Œuvre du service social de l'Enfance en danger

(1) Signalons comme curiosité la rareté des accidents cutanés chez les épileptiques traités par les barbituriques.

(2) Siège social, Administration et bureaux, 2 *ter*, rue Surcouf, Paris VIIe.

moral se propose d'aider les magistrats de ce tribunal dans le rôle d'éducateur et de protecteur de l'enfance prescrit par les lois de 1912, mais sans leur donner les possibilités pratiques de la remplir.

Les assistantes et assistants du service social sont actuellement au nombre de 17. Ils servent de liaison entre le magistrat, la famille de l'enfant, l'enfant lui-même et les institutions publiques ou privées qui s'occupent de l'enfance.

Les assistants et les assistantes exercent une triple action :

1° Ils font, sur l'enfant et son entourage, des enquêtes sociales et familiales, qui sont complétées par les consultations médico-psychiatriques et syphiligraphiques du service, et ainsi documentent le magistrat sur l'histoire de l'enfant et les causes réelles des difficultés à résoudre.

2° Ils proposent des solutions au juge (mesures d'éducation, soins, changement de milieu).

3° Ils exécutent certaines mesures adoptées et exercent sur l'enfant et sa famille une surveillance amicale et une influence éducative.

***

La première branche du Service Social a été organisée et fonctionne auprès du juge des corrections paternelles. La loi ne prévoit que la mise en prison de l'enfant ou de l'adolescent dont les parents se plaignent ; de cette correction, qui paraît trop primitive, les magistrats de Paris ont fait une consultation et ainsi des soins et une rééducation spéciale ont pu être procurés à certains enfants, tandis qu'une protection indispensable contre les parents qui les exploitaient était donnée à d'autres. La seconde branche importante du service est celle des déchéances paternelles. Là, le substitut chargé de protéger les enfants maltraités ou en danger est aidé par les assistants. Le magistrat décide, d'après le résultat des enquêtes qu'il reçoit, la déchéance des parents, s'il y a lieu, ou si l'on peut arriver à améliorer la situation de l'enfant par une influence régulièrement exercée. Souvent, grâce à l'autorité du magistrat et à l'influence de l'assistante, les parents consentent à ce que les enfants soient placés comme on le leur conseille et la famille reste sous la surveillance du Service Social.

Depuis novembre 1927, l'examen médico-psychiatrique de certains jeunes délinquants, organisé bénévolement et, à titre de démonstration, à la Petite-Roquette, ayant lieu régulièrement, le Service social continue à faire, pour les médecins, les enquêtes familiales qui sont communiquées au juge d'instruction et restent dans le dossier de l'enfant. Comme la démonstration faite est probante, dorénavant, il a été décidé d'organiser cet examen médico-psychiatrique pour tous les prévenus mineurs de 18 ans.

Le Service social s'occupe également des parents ou des adolescents qui s'adressent spontanément à lui et également de certains enfants que lui signale la préfecture de police. Enfin, parfois l'Administration pénitentiaire lui confie la surveillance et la direction de pupilles que leur conduite a permis de libérer conditionnellement des colonies pénitentiaires avant leur majorité.

Ainsi, la situation de 2.214 familles, plus de 4.000 enfants ou adolescents dont un grand nombre a été et est encore sous sa protection, a été examinée par le Service social de mai 1923 au 20 avril 1929.

***

Le Service social a pu, en 1928, acquérir une propriété dite « le Château de Soulins » à Brunoy (Seine-et-Oise). Voici, d'après Mme Spitzer, la secrétaire générale de l'Œuvre, quelques détails sur le fonctionnement du foyer qui sera installé à Soulins et dont le début du fonctionnement a été prévu pour septembre 1929. Disons d'abord qu'il est suffisamment vaste pour qu'on puisse y installer deux institutions distinctes ayant chacune leur but particulier et leur indépendance. La même économe pourra s'occuper de l'administration des deux institutions dont les services généraux (cuisine, buanderie, etc.) seront communs et l'exploitation générale sera, de ce fait, moins onéreuse.

Le foyer comprendra :

1° La maison d'accueil et l'observation pour les « enfants en danger ».

2° Une école ménagère professionnelle moderne pour des jeunes filles ayant au moins 18 ans et désireuses de se préparer à être de bonnes maitresses de maison, des directrices, des gouvernantes, économes d'institutions, des professeurs d'enseignement ménager dans les groupes industriels et sociaux.

La maison d'accueil et d'observation du Service social hébergera provisoirement, avant de prendre pour eux une mesure définitive :

1° Les enfants et les adolescents dont la conduite est bizarre ou asociale et ne s'adapte pas à leur milieu.

2° Ceux qui doivent être retirés d'un milieu indigne et dépravé, et dont on présume qu'ils ont déjà subi la mauvaise influence.

Sans doute, ces enfants se recruteront principalement parmi ceux que leurs parents amènent au juge pour la correction paternelle, parmi ceux qui sont retirés provisoirement de la famille par le magistrat et dont les parents sont menacés de la déchéance paternelle, et, enfin, parmi ceux qui sont amenés au Service social pour une consultation pédagogique par leurs parents.

Ils seront observés généralement pendant trois à huit semaines. Les enfants devront passer un examen médical et médico-psychiatrique avant d'être admis. Le foyer ne prendra ni des malades, ni des mentaux qui dépendent nettement de l'asile ou du psychiatre.

Deux groupes seront formés, deux familles : une de petits garçons d'âge scolaire et une de filles, habitant chacune un appartement complet et indépendant. Les groupes ne comprendront pas plus de 14 enfants, pour le moment. La vie de l'enfant sera le plus possible semblable à la vie normale d'un enfant dans une grande famille. Il sera occupé dans le ménage, en classe, à l'atelier, au jardin. Un chef ou une directrice de groupe se trouvera à la tête de chaque famille : ils vivront avec les enfants comme les parents doivent vivre avec les leurs ; une infirmière et une institutrice, faisant partie de l'une ou l'autre famille les assisteront et habiteront avec elle, mais exerceront leur activité sur les deux. Les chefs de groupe, institutrice et infirmière recevront une préparation spéciale pour leur rôle d'observateur et d'éducateur. Chacun dans leur sphère, ils auront le devoir de :

1° Chercher à comprendre les difficultés de l'enfant (car ce qui met un enfant en opposition active avec son entourage c'est qu'il a lui même des difficultés).

2° Chercher à exercer une influence sur lui.

Ces recherches permettront de découvrir à quel traitement l'enfant est sensible et réagit.

C'est à l'infirmière qu'incombera le devoir d'observer les enfants pendant les soins quotidiens ; à l'instituteur, pendant les classes et les leçons ; à l'éducateur ou l'éducatrice pendant les conversations particulières, les jeux, les repas, les travaux manuels à l'atelier et au jardin : et, enfin, au médecin psychiatre, qui a examiné les enfants avant leur entrée, et qui les suit dans l'établissement même. Tous ces observateurs, après avoir pris des notes sur chaque élève, se réuniront pour discuter le cas de chaque enfant et un résumé de leurs observations avec conclusion sera fait, dûment signé par le chef de groupe et le médecin.

On mettra à profit le séjour des enfants au foyer de Soulins pour soumettre les enfants à un examen physique complet (yeux, nez, gorge, oreilles, dents) et également pour étudier de plus près leurs conditions sociales.

NOUVELLES

La réforme de la patente. — M. Rollin, député de Paris, président de la commission du commerce et de l'industrie, a adressé au président de la commission des finances une lettre dans laquelle, insistant sur la nécessité d'une réforme de la patente, il écrit notamment :

La commission des finances sait mieux que personne l'importance et l'urgence de cette réforme que l'on ne peut plus différer, même sous le prétexte qu'elle serait liée à une réforme d'ensemble des impôts départementaux et communaux depuis des années sur le chantier et jamais réalisée.

La Chambre a manifesté à cet égard sa volonté formelle et par le vote récent que je rappelais et par le dépôt de propositions de loi dont l'une, que j'ai eu l'honneur de déposer, porte la signature de près de trois cents de nos collègues.

Ce serait une grande et amère déceptiou dans le monde des travailleurs intellectuels, des professions libérales et aussi dans le monde du moyen et petit commerce littéralement écrasé par les charges fiscales, si, après que le gouvernement et le Parlement ont proclamé la nécessité de mettre un terme aux inégalités et aux abus de nos impôts, non seulement ceux-ci subsistaient mais se trouvaient encore aggravés du fait des répercussions des majorations de loyer résultant de la loi du 29 juin dernier.

Je reconnais qu'il n'est pas facile d'élaborer un texte, mais qui pourrait être mieux qualité pour le faire que la grande commission que vous présidez ?

Clinique médicale propédeutique. (*Hôpital de La Charité*, 47, rue Jacob). — *Cours de revision d'une semaine (4 au 9 novembre 1929) sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du Professeur Emile Sergent et du Docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux ; avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, Joannon, agrégés ; Faroy, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Programme des cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à midi, exercices et démonstrations pratiques au lit des malades.

Lundi 4 : M. Lian, hôpital Tenon ; Mardi 5 : M. Aubertin, hôpital de la Pitié ; Mercredi 6 : Professeur Sergent, hôpital de la Charité ; Jeudi 7 : M Fernet, hôpital Saint-Louis (Service de M. Lortat-Jacob) ; Vendredi 8 : M. Faroy, hôpital Andral ; Samedi 9 : M. Périsson, hospice de la Salpêtrière (Service du professeur Guillain).

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 heures à 4 heures : démonstration pratique (Service ou laboratoire du professeur Sergent) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : conférences cliniques (Amphithéâtre de la clinique du Professeur Sergent). La leçon d'ouverture du cours sera faite par le Professeur Sergent.

Lundi 4, 3 heures à 4 heures : M. Henri Durand (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. le Professeur Sergent (appareil respiratoire) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 5, 3 heures à 4 heures : M. C. Lian (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. Périsson (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : M. Chabrol (foie, nutrition).

Mercredi 6, 3 heures à 4 heures : M. Périsson (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. Faroy (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 heures : M. Harvier (endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 1/2 : M. Abrami (pathologie générale).

Jeudi 7, 3 heures à 4 heures, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. Fernet (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 heures : M. Joannon (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2 : M. Aubertin (sang).

Vendredi 8, 3 heures à 4 heures : M. Weisssenbach (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. Duvoir (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : M. Gaston Durand (intestin).

Samedi 9, 3 heures à 4 heures, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : M. Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : M. Lian (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours. Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi, de 3 heures à 4 heures) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 francs. S'inscrire à la Faculté de médecine, tous les jours, salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Le conflit entre les médecins et la caisse des malades de Strasbourg. — Le syndicat des médecins de Strasbourg-Ville communique la note suivante, destinée à compléter et mettre au point les informations parues au sujet de son conflit avec la caisse locale des malades :

« Dans le conflit actuel entre la caisse locale et le syndicat des médecins de Strasbourg-Ville, ce dernier, en repoussant les offres de la caisse, a demandé dans sa contre-proposition les honoraires que l'Assistance publique donne pour les soins aux indigents.

« La caisse a refusé et fait le geste de rupture. Quant à l'arbitrage, la caisse ne l'a jamais demandé et tout permet de penser qu'elle ne l'accepterait pas. Le Syndicat des médecins s'est simplement refusé à en prendre l'initiative. »

Les négociations entre le Syndicat des médecins et la Caisse des malades n'ayant pas abouti, l'article 370 du code des assurances sociales est entré en vigueur, c'est-à-dire que la caisse versera aux assurés malades, en remplacement des frais médicaux, une indemnité allant jusqu'aux deux tiers du taux de l'indemnité légale.

Nécrologie. — Dr Pierre Mornard, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé des suites d'un accident d'automobile, à l'âge de 45 ans. — Dr A. Gauchas, ancien interne des hôpitaux, 28, rue d'Assas, Paris.

La réunion de tous ces éléments permettra de prendre, pour chaque enfant, la mesure d'éducation la plus appropriée possible ou de donner au magistrat un rapport lui permettant de décider du sort de l'enfant en connaissance de cause.

*
* *

La nouvelle possibilité qui s'ouvre devant l'œuvre grâce au foyer de Soulins ne fait pas oublier que, pour les organisateurs ainsi que pour les magistrats, la première, la vraie raison d'être sera toujours le Service social proprement dit : étude des enfants, des familles, protection et direction des adolescents qui lui seront confiés, assistance éducative aux enfants et aux parents sous l'égide des juges.

Malgré les efforts toujours grandissants, le Service social attaché au Tribunal pour Enfants, est encore insuffisant pour la préservation des enfants en danger de Paris et du département de la Seine. Le Service ambitionne d'être un jour à même de s'occuper de tous les enfants et adolescents pour lesquels les magistrats ont besoin de lui. Pour cela, il lui faudrait élargir ses cadres, ce qui ne sera possible qu'avec l'aide des sympathies agissantes de tous ses amis anciens et nouveaux, que l'on souhaite nombreux et doués d'un large esprit, à la fois social et médico-social.

G. Ichok.

ACTUALITÉS

Quelques notions obstétricales actuelles d'après un livre récent [1]

Les leçons du jeudi soir, faites à la Clinique Tarnier, par le professeur Brindeau, par certains de ses collègues et par ses collaborateurs, constituent un enseignement supérieur de l'obstétrique destiné aux praticiens avertis et aux spécialistes. Cet enseignement est hautement apprécié. Il constitue un complément et une continuelle mise au point de la *Pratique de l'Art des accouchements* qui est parue sous la direction du prof. Brindeau et qui est la quatrième édition du Bar, Brindeau et Chambrelent.

Nous allons extraire de la cinquième série de ces leçons un certain nombre de données qui nous ont semblé présenter un intérêt manifeste.

*
* *

C'est d'abord un réquisitoire intitulé : « De l'expectation en obstétrique » et dû au professeur Brindeau. Il contient plus d'une idée utile à méditer pour le praticien, pour l'accoucheur entreprenant ou pour le chirurgien qui tranche toute difficulté par le tranchant.

« Autrefois, dit M. Brindeau, les obstétriciens étaient considérés comme des médecins, puis, à mesure que la chirurgie a fait des progrès, les accoucheurs ont commencé à saisir d'une main tremblante le bistouri, puis le bistouri s'est assujetti entre leurs doigts et ils sont arrivés à voir l'obstétrique sous un angle chirurgical. Il semblerait que, en même temps qu'ils se dirigeaient vers les procédés opératoires, ils aient complètement oublié, ou plutôt qu'ils soient en train d'oublier la mécanique obstétricale, c'est-à-dire les procédés qui consistent à faire accoucher les femmes par les voies naturelles. »

C'est contre cette tendance que l'auteur réagit en faisant l'éloge de l'abstention, c'est-à-dire de l'attitude d'un accoucheur qui laisse aller les choses normalement, qui attend que la dilatation se fasse et qui n'agit qu'au dernier moment, pour empêcher le périnée de se déchirer, qui attend également, au moment de la délivrance, pour que le placenta se décolle spontanément.

(1) *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier.* (Cinquième année, 1928, Vigot frères, édit., 1929.

L'abstention est de règle dans l'accouchement normal.

M. Brindeau est sévère pour l'accoucheur ultra-moderne qui considère que l'accouchement est un acte qui lui appartient et que la femme n'est bonne qu'à nourrir le fruit jusqu'au moment où il sera bon à extraire.

Cet accoucheur dilatera le col avec un ballon ou avec les doigts, appliquera dès la dilatation complète ou à peu près complète le forceps prophylactique et la version prophylactique.

En réalité, il faut en faire beaucoup moins. Pendant la période de dilatation, chez une primipare, si elle souffre beaucoup, on la calmera soit avec de la morphine, soit en lui faisant respirer de temps à autre une bouffée de chloroforme. Au moment de la période d'expulsion, on donnera du chloroforme à la Reine qui n'empêche pas la femme de pousser. Lorsque le fœtus sera sorti, on attendra la délivrance pendant quinze ou vingt ou vingt cinq minutes. Au bout de ce temps, si le placenta est descendu dans le vagin, il suffira de faire un peu d'expression et de faire quelques tractions sur le cordon pour amener la délivrance. Ensuite on surveillera l'utérus pour s'assurer que la femme n'a pas d'hémorragie, et l'acte obstétrical sera terminé.

L'abstention dans la grossesse et l'accouchement pathologiques demande du tact et une solide éducation obstétricale. Il est des cas où il faut s'abstenir, d'autres, au contraire, où il faut intervenir.

1° « Vous pouvez vous trouver en présence d'une femme enceinte qui est atteinte d'une affection d'ordre chirurgical : appendicite, kyste de l'ovaire, fibrome compliqué ou non. Dans ces cas, vous devez considérer que la femme n'est pas enceinte et vous devez faire pratiquer ou pratiquer vous-mêmes l'opération qui serait nécessaire si la femme n'était pas enceinte ».

2° « S'il s'agit d'affection d'ordre médical, d'une façon générale, on ne doit pas intervenir, ou, plus exactement, on ne doit pas interrompre la grossesse. Les affections de cette nature doivent se traiter médicalement.

Il y a cependant quelques exceptions très rares comme les vomissements incoercibles qui ne cèdent pas à l'isolement ; certaines pyélonéphrites qui résistent au traitement médical ; certaines albuminuries gravidiques qui sont également rebelles au régime lacté ; quelques cas rares de tuberculose pulmonaire nettement aggravés dès le début de la grossesse. »

3° M. Brindeau insiste ensuite sur l'expectation pendant l'accouchement dystocique, sur les petites dystocies, en particulier sur les bassins rétrécis. Le procédé le plus simple est évidemment de faire l'opération césarienne. C'est élégant ; mais la chose est mauvaise en soi : on ne fait pas malgré tout une opération césarienne de gaîté de cœur ; cela présente quelques inconvénients, et, même si le résultat immédiat est bon, il reste une cicatrice.

« C'est là où véritablement il est bon de connaître son métier d'accoucheur et en particulier le mécanisme d'accouchement dans les différentes variétés de bassin. Il est très important de savoir que la tête s'engage en position transversale droite ou gauche, qu'elle commence à s'incliner sur son pariétal postérieur, puis qu'elle s'incline sur son pariétal antérieur.

On peut s'en rendre compte par le toucher, car lorsque la tête va s'engager, la suture sagittale qui était tout près du pubis va s'en éloigner pour venir se rapprocher de la face antérieure du sacrum.

Essayez de placer, comme le préconisait Farabeuf, un certain nombre de doigts entre la bosse pariétale postérieure et le sacrum. Si vous arrivez à passer trois doigts c'est que déjà la bosse pariétale va venir se mettre en contact avec la face antérieure du sacrum. Lorsque l'on ne peut plus mettre qu'un doigt c'est que la tête est profondément engagée.

S'agit-il au contraire d'un bassin généralement rétréci ? Si vous connaissez bien votre mécanisme, vous n'ignorez

pas que la tête s'engage généralement dans un diamètre oblique, qu'elle descend tout doucement en hyperflexion en exécutant des petits mouvements de vis. On sent alors la fontanelle au centre de l'excavation, la bosse séro-sanguine descend en forme de coin et finit par entraîner la tête.

S'il est nécessaire d'intervenir pour terminer l'accouchement, il va falloir que vous jugiez si la chose va être facile ou difficile.

Je suppose qu'au bout d'un certain temps, vous vous aperceviez que la tête ne progresse plus, que la femme se fatigue ; il faut en finir. Or, il est indispensable de se rendre compte de la distance et du degré d'engagement auxquels la tête est arrivée, de savoir si la tête n'est pas trop grosse et si la bosse pariétale ne dépasse pas trop le pubis.

Vous devez pratiquer le palper mensurateur qui, dans ce cas, sera facile parce que la tête sera déjà à moitié engagée ; puis, par le toucher vous devrez vous rendre compte de l'état d'engagement plus ou moins profond de la tête. Méfiez-vous, surtout chez les femmes ayant un bassin généralement rétréci, quand la tête s'engage très fléchie, la bosse séro-sanguine est tellement volumineuse qu'elle repose sur le périnée. Si vous faites une application de forceps, souvent vous refoulez la tête et vous vous apercevez que vous êtes obligés d'articuler pour ainsi dire dans le vagin et que la tête est prolongée d'une autre tête qui n'est autre chose que la bosse séro-sanguine.

Si vous ne connaissez ni votre mécanisme de l'accouchement, ni votre clinique, vous vous lancez dans une une application de forceps très difficile, vous aurez un enfant mort alors que si vous aviez su que la tête n'était pas encore engagée, vous auriez pu par symphyséotomie extraire un enfant vivant. Si même la tête était par trop grosse et trop peu engagée, une césarienne supra-symphysaire ne présenterait pas un grand danger ».

Bien entendu quand, pendant le travail et quel que soit ce travail, s'il se produit une complication, l'abstention n'est plus de règle. Quand la femme a de l'infection amniotique, quand la rupture des membranes s'est faite depuis un certain nombre d'heures, quand le liquide sent mauvais, quand la langue de la femme est sèche, son pouls rapide et que l'enfant souffre, il faut intervenir pour terminer l'accouchement. On interviendra à plus forte raison si l'utérus contient des gaz : si l'enfant est mort, il faudra même employer les procédés les plus rapides.

On interviendra, également, quand le travail de l'accouchement est compliqué par une hémorragie.

Et on interviendra, aussi, pour les complications de la délivrance.

Dans les suites de couches, M. Brindeau est très peu interventionniste. Il ne fait pour ainsi dire jamais de curettage, d'injections intra-utérines ; il ne fait rien du tout. Il soigne ces femmes, comme on soigne une pneumonie, une fièvre typhoïde, en remontant leur état général, et ses résultats ne sont pas plus mauvais que ceux des interventionnistes.

***

Pierre Lantuéjoul, qui est l'assistant du professeur Brindeau et qui a été l'élève de Demelin expose ensuite excellemment « ce que l'on doit entendre par segment inférieur de l'utérus. »

La question a été embrouillée à souhait. Il était bon que quelqu'un l'ayant bien étudiée fasse une « clarification » et une mise au point.

« Quand on pratique le toucher vaginal chez une femme à terme avec une tête engagée, on constate que cette tête est recouverte par une portion extrêmement amincie de l'utérus....

De même quand on pratique une césarienne abdominale, on peut constater que la partie fœtale qui se présente au-dessus du détroit supérieur est recouverte par une portion également très amincie de l'utérus ; c'est cette partie amincie que l'on appelle le segment inférieur....

Quand, après l'expulsion du fœtus, on introduit la main dans l'utérus, par exemple pour faire une délivrance artificielle, on constate que la partie inférieure de l'utérus est extrêmement mince et flasque, contrastant de façon absolue avec la partie supérieure de l'utérus, qui, au contraire est en général très épaisse et plus ou moins contractée. Il semble que l'utérus soit alors constitué de deux régions très différentes, une supérieure, épaisse, contractée, à laquelle est appendue une portion extrêmement flasque, mince. C'est toute cette portion flasque et amincie que l'on appelle généralement segment inférieur.... »

L'anatomie nous a appris à connaître, en dehors de la gestation, deux zones utérines, col et corps, séparé par l'isthme qui est un simple plan fictif. D'où provient ce segment inférieur.

Pour les anciens auteurs, sous la poussée de l'œuf, au cours de la grossesse, l'orifice interne se laissait distendre et toute la partie supérieure du col servait à constituer le segment inférieur ?

Plus tard, à l'opposé de ces vieilles théories, Stoltz soutint que le col gardait toute sa longueur pendant la grossesse et que l'orifice interne ne subissait aucune modification jusqu'au moment du travail.

Bandl décrivit à la partie supérieure du segment inférieur une zone transitoire brusque à laquelle d'aucuns attribuèrent, sous le nom d'anneau de Bandl, une constance et une individualtié anatomique.

Hofmeier et Benkiser donnèrent comme limite supérieure du segment inférieur l'endroit où le péritoine adhère intimement à l'utérus.

Enfin, certains auteurs allemands ont décrit dans cet endroit un gros sinus veineux, appelé encore sinus circulaire ou Kranzvene, qui fut considéré comme la limite supérieure du segment inférieur.

Demelin après avoir longuement étudié la question arriva à la conclusion . « A la fin de la grossesse, tout le monde s'accorde à entendre par là la région inférieure du corps utérin celle qui se sépare du col par l'orifice interne fermé, région nécessairement tapissée de caduque sur laquelle s'insère le placenta prævia. Pendant le travail, au contraire, on entend par segment inférieur une cavité appendue au corps et dont fait nécessairement partie le col effacé et dilaté », c'est le canal cervico-segmentaire, col + segment.

Avec M. Brindeau, Lantuéjoul a repris l'étude du segment inférieur grâce à la pratique de la césarienne basse.

1° Ils ont étudié, d'abord, la zone décollable du péritoine qui recouvre le segment inférieur. Cette zone a une importance très variable d'après eux. Quand la ligne de solide attache du péritoine remonte haut, la césarienne basse est facile. Quand au contraire la ligne de solide attache est bas située, il faut aller décoller la vessie très bas, et l'incision du segment inférieur finit par s'étendre jusqu'au voisinage de l'orifice interne, qui quelquefois même est incisé. Sur 6) observations, la zone décollable est marquée comme large. Sur 29 observations, on a, au contraire, noté cette zone comme étant très étroite et il a fallu s'efforcer de décoller aux ciseaux le péritoine du muscle utérin à la partie supérieure. A quoi tiennent ces divergences : il ne s'agit ni du fait que la femme soit en travail depuis longtemps, ni de la présentation, ni de la multiparité, mais, tout simplement, d'une disposition anatomique individuelle.

Par ailleurs, en général, la limite supérieure de la zone décollable répond à la limite supérieure de la zone mince de la paroi utérine. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

2° Une veine circulaire existe rarement et elle ne correspond que plus rarement encore à la limite du segment inférieur.

3° Les anneaux de contraction ; cette limite supérieure est-elle bien marquée par un anneau de contraction ou de rétraction, par une augmentation brusque d'épaisseur

de la paroi ? Si oui, le fait est très important, car la caractéristique essentielle du segment inférieur est la minceur de sa paroi. Si, brusquement, l'épaisseur de cette paroi se modifie, il n'y aurait aucune difficulté à reconnaître la limite supérieure du segment inférieur. Or, il n'en est rien.

4° La formation du segment inférieur est fonction de la présentation avant tout et il est particulièrement bien formé quand le travail dure depuis un certain temps au cas de présentation du sommet.

Lantuéjoul étudie alors la constitution anatomique du segment inférieur. Il décrit d'abord, le péritoine et, au-dessous de ce péritoine, au-dessus du muscle de la paroi utérine, une sorte de tissu cellulaire dans lequel se trouve des formations lamellaires qui constituent parfois un véritable fascia ; on se sert de ce fascia assez résistant dans quelque cas, pour recouvrir la ligne d'incision dans la césarienne basse.

Puis il aborde l'étude du muscle.

Au niveau de la partie supérieure de l'utérus, le tissu musculaire est en très grande abondance, avec fibres longitudinales et fibres cellulaires qui paraissent à peu près d'égale importance. Cette texture musculaire persiste-t-elle au niveau de segment inférieur ? Lantuéjoul expose la conception de Fieux, qui peut se résumer ainsi : au niveau du segment inférieur il y aurait, proportionnellement, très peu de musculaire ; non seulement la paroi est plus mince, mais elle serait constituée en majeure partie de tissu conjonctif. Pour Varnier, la dissociation des feuillets est plus facile sur le segment inférieur, car ils y sont moins adhérents entre eux, de même qu'ils sont moins adhérents au péritoine. Ils sont moins nombreux, plus grêles. Acconci insiste sur la pauvreté du muscle, la prédominance de faisceaux dirigés dans le sens longitudinal et l'abondance de tissu élastique.

Au contraire, Demelin, dans son dernier livre, considère qu'il n'y a pas de différence anatomique entre le segment inférieur et le reste du corps utérin : le segment inférieur est essentiellement musculaire avec les mêmes couches alternatives à la fois longitudinales et circulaires que le corps. Il n'y pas de différence de structure, il n'y a que différence d'épaisseur.

D'une façon générale, pour Lantuéjoul, le segment inférieur est un organe musculaire, mais, comme le disait Varnier, les faisceaux musculaires sont très facilement dissociables, certainement plus grêles qu'à la partie moyenne ou supérieure. Par ailleurs, ces faisceaux musculaires apparaissent comme quasi uniquement longitudinaux.

Pour comprendre comment il y a des interprétations si différentes, il faut tenir compte que les colorations ne semblent pas prendre d'une façon toujours extrêmement nette, même quand elles sont faites avec beaucoup de soin. D'autre part, il semble qu'il y ait dans le segment inférieur des formations conjonctives en voie de transformation musculaire ou inversement et qui prennent mal les colorants.

Mais, au demeurant, ce qui fait la structure du segment inférieur, c'est sa paroi extrêmement distendue, dissociée par la présentation.

***

R. Vaudescal expose, ensuite, les données de la pyélographie au cours de la gestation, résumant ses belles recherches avec Huighe de Beaufond et Porcher. Je n'en parlerai pas aujourd'hui, me réservant d'y revenir bientôt à l'occasion d'une chronique « en gestation » sur la pyélonéphrite. Je ne parlerai pas, non plus, de deux importants articles de L. Camus et de Nattan-Larrier consacrés à l'hérédité

***

Lorsque en 1911 Ancel et Bouin eurent décrit chez la lapine gestante un organe endocrine qu'ils nommèrent glande myomètre et qui aurait « quelque chose à faire » avec l'activité sécrétoire de la glande mammaire, Keiffer fut un des premiers à étudier ce sujet chez le cobaye puis chez la femme. Dans les *Leçons*, il expose l'état actuel de ses recherches sur le placenta myométrial humain.

Au cours d'interventions chirurgicales, et plus spécialement de césariennes, il a pu fixer dans de bonnes conditions des fragments de paroi utérine, du troisième au neuvième mois et établir l'existence chez la femme d'une glande myométriale résultant de la transformation de cellules musculaires et conjonctives. Il décrit et figure les aspects de la cellule myométriale à l'apogée de son fonctionnement. Tout porte à croire que celle-ci élabore une série de substances destinées à l'embryon. Histologiquement, on reconnaît les signes d'élaboration de graisses, de glycogène et vraisemblablement d'une protéine à laquelle Keiffer a attribué une valeur spécifique. Suivant les cas, la cellule fond sur place ou tombe dans la lumière d'un vaisseau où ses granulations se dispersent ; parfois même, c'est toute une coulée cellulaire qui s'insinue dans un vaisseau et peut y déterminer la formation de caillots assez importants. Dans l'ensemble, on se trouve donc en présence d'un organe de nutrition auquel l'auteur propose de donner le nom de placenta myométrial.

***

Ed. Chomé expose ensuite le traitement chirurgical des infections puerpérales : péritonites (laparotomie ou hystérectomie) ; phlébites utéro-pelviennes suppurées (ligatures dont l'auteur discute les indications) ; septicémies secondaires à une localisation utérine, à une métrite parenchymateuse (hystérectomie, pour laquelle Chomé préfère la voie abdominale.)

***

La leçon que Marcel Metzger a consacrée à une étude critique du mécanisme physiologique par lequel les agents dilatateurs se proposent de dilater le col est d'un puissant intérêt parce qu'elle se fonde sur une expérience clinique étendue et sur un grand bon sens

L'idée essentielle est qu'il est impossible de dilater le col, si l'utérus ne se décide pas à se contracter pour réaliser cette dilatation. C'est la vérité même ; mais cette vérité a été trop longtemps méconnue par les inventeurs de procédés et les inventeurs d'appareils. Qu'il s'agisse d'avortement, qu'il s'agisse d'accouchement, on ne dilate pas le col, on excite l'utérus et cette excitation a pour effet de le faire contracter « à toutes fins utiles » « s'il plaît à Dieu ».

Marcel Metzger étudie, alors, la contraction utérine. C'est elle qui dilate le col. Metzger pense que la contraction agit surtout par traction des fibres longitudinales sur l'orifice ; ce mécanisme n'est pas admis de tous : M. Metzger la fait sienne et je ne discuterai pas ici son opinion pour la raison qu'elle me paraît contenir une part de vérité, mais que je ne saurais fixer les limites de cette part et qu'au total, la poche des eaux et la présentation me semblent avoir un rôle prépondérant (1). Mais, peu importe, poche des eaux et présentation sont propulsées par la contraction et nous sommes, sur l'importance de la contraction, entièrement d'accord.

La dilatation du col dans l'avortement est alors étudiée ; procès des bougies qui déchirent sans dilater (2),

(1) J'ai lu, avec un vif intérêt, les lignes où M. Metzger brosse le tableau de la dystocie par trop profond engagement de la tête.

(2) « Cette différence de dilatation du col selon qu'il s'agit d'un utérus en travail ou d'un utérus qui n'est pas en travail, va vous expliquer la discussion qui s'élève entre les accoucheurs et les chirurgiens pour le traitement de la rétention dans l'avortement.

Les chirurgiens disent qu'il faut faire le curettage ; les accoucheurs préfèrent le curage. Il n'y a là qu'une différence de mots. Les accoucheurs ne tiennent pas plus au curettage qu'au curage ; ils veulent surtout vérifier le contenu de la cavité utérine ; que ce contenu soit en-

procès des laminaires qui dilatent en excitant. Si l'utérus n'est pas excité à se contracter, pas de dilatation (1). S'il y a urgence à intervenir, ne pas essayer de dilater, inciser le col (2).

La dilatation du col dans l'accouchement est facile quand la contraction utérine est bonne, difficile si le muscle se contracte mal ; dans le premier cas, on peut l'accélérer artificiellement ; dans le second cas, rien à faire.

Je ne résume que sommairement cet article, riche de faits. *Il faut* le lire et le méditer.

***

Le professeur Jeannin expose, ensuite, le pronostic de l'albuminurie gravidique. Il montre toutes les difficultés d'appréciation de ces cas parfois angoissants, le syndrome chlorurémique moins grave, le syndrome azotémique d'une toute particulière gravité et le syndrome cardio-vasculaire avec tous les risques de l'hypertension.

***

Le professeur Gheorgiu, de Bucarest, ancien interne des hôpitaux de Paris, n'a pas hésité à franchir quelque 2.600 kilomètres pour soutenir, dans l'amphithéâtre où son maître Tarnier a jadis enseigné avec l'éclat que l'on sait, une pratique qui lui est chère : introduction systématique de la main dans l'utérus, *après tout accouchement*, pour enlever les moindres débris ovulaires et pour terminer par une irrigation à l'eau stérilisée.

***

Enfin, un biologiste d'une haute compétence, le professeur Porcher, dont les travaux sur le lait font autorité, est venu faire un admirable exposé de l'action de la présure sur le lait : les notions qui en découlent ayant le mérite d'expliquer, jusqu'à un certain point, pourquoi le « lait de la mère appartient à son enfant ».

Henri Vignes.

suite évacué avec des curettes ou avec les doigts, cela n'a aucune importance. Ce qui est capital, c'est de savoir ce que l'on a fait

Lors de la discussion qui a eu lieu à la *Société de Chirurgie* à propos du traitement de l'avortement, les chirurgiens se sont accordés pour dire « le curettage est une opération très difficile ». Ils ont rapporté des observations. L'un a dit : « Mon interne enlève le placenta ; le lendemain, la femme expulse son fœtus ; cela prouve combien le curettage est difficile ». Dans un autre cas, le chirurgien a fait lui-même le curettage ; la femme a continué à perdre des morceaux de placenta. Un autre rapporte : « J'ai fait un curettage ; la femme a continué à faire de l'infection. J'ai dû pratiquer une hystérectomie ; il restait du placenta ». Cela montre combien il est difficile de faire bien un curettage aveugle. »

(1) « La question de la dilatation du col nous explique pourquoi les accoucheurs et les chirurgiens ne sont pas d'accord : ils ne voient pas les mêmes cas. Les accoucheurs voient des fausses couches, si l'on peut dire, naturelles ; ce sont des femmes enceintes, désirant un enfant et qui font ce qu'elles appellent un accident : perte de sang, endométrite. Elles appellent l'accoucheur qui les a surveillées. On ne peut arrêter l'avortement, le col se dilate ; on met le doigt facilement dans l'utérus.

Le chirurgien voit en général des femmes « qui ne sont pas enceintes ». Elles ont une métrite hémorragique spéciale ; elles viennent le consulter parce qu'elles ont des pertes ; elles ne veulent pas être mises dans une maternité ; elles vont dans un service de chirurgie pour une métrite. Si c'est en ville, on ne va pas appeler un accoucheur de crainte que l'on ne soupçonne une fausse couche : c'est une perte ; on fait faire un curettage par un chirurgien.

Ce sont des femmes qui se sont fait avorter (ponction de l'œuf ou injection intra-utérine) ; les manœuvres ont donné des pertes de sang, mais elles n'ont pas provoqué le travail. Ces malades gardent un col long fermé, dans lequel on ne peut pas entrer parce que l'avortement a été provoqué et que ce ne sont pas les contractions utérines qui l'ont amené. »

(2) « Il y a quelquefois urgence à intervenir, et alors on arrive à cette contradiction apparente que, d'une part, il est nécessaire, quand on veut faire une évacuation correcte de l'utérus, de pouvoir pratiquer un contrôle digital ; mais, d'autre part, répondent les chirurgiens, il est impossible d'entrer dans l'utérus.

Alors que faire ?

Il faut faire entrer l'utérus en travail. Le plus souvent, il n'y a pas urgence contrairement à ce que l'on dit et que l'on pense en général : la femme vient de faire une fausse-couche ou dit qu'elle a fait une fausse couche ; elle perd un peu de sang. Il n'y a pas urgence à vider l'utérus. Si l'on met une laminaire, dans l'immense majorité des cas, elle finira par faire entrer l'utérus en contraction, peut-être pas toujours dans les 24 ou 48 heures, mais il n'y a qu'à patienter ; quand la dilatation est suffisante, on vide l'utérus.

Lorsqu'il y a urgence et que l'on ne peut pas dilater le col : au lieu de faire l'opération aveugle qui consiste à pratiquer une petite dilatation juste suffisante pour le passage d'une curette, il vaut mieux couper le col.

Un matin, deux internes de chirurgie de Tenon sont venus affolés me trouver en me disant : « Nous venons de faire un curettage ; nous avons retiré le placenta ; il reste le fœtus ; nous ne pouvons pas l'avoir et la femme saigne. »

J'ai fait amener la malade dans mon service, j'ai fait une incision du col et j'ai sorti le fœtus, au grand étonnement des spectateurs qui avaient essayé en vain de forcer le col, sans songer à le sectionner.

L'incision du col qui, en apparence, est une grosse opération, est beaucoup moins grave que la dilatation artificielle du col, que le forçage du col. Chaque fois que l'on fait une intervention sur un organe quelconque et que l'on est maître de la situation, on se tire d'affaire, mais quand on va au hasard, on risque une catastrophe. C'est ce qui se passe dans l'avortement quand on veut forcer le col. »

CHRONIQUE

L'épilepsie est-elle une affection héréditaire. — L.-B. Ahlford (L'épilepsie, dégénérescence hérédo-familiale, *Med. Journ. and Record*, 16 sept. 1925, p. 340) considère que l'épilepsie résulte d'une dégénérescence cellulaire congénitale et que, donc, le facteur héréditaire doit être tenu pour le principal.

Sanchis y Banus (*Revista medica de Barcelona*, juillet 1927 p. 2), chez 83 pour 100 des épileptiques, relève dans les antécédents familiaux des crises nerveuses, des migraines, de l'incontinence nocturne ou une irritabilité exagérée.

Notkin (*Journ. of Nervous and Mental Dis.*, avril 1928, p. 321) rapporte les données étiologiques que lui a fournies l'étude de quarante femmes épileptiques. Dans vingt et un cas, il y a un facteur héréditaire et, dans six cas, l'hérédité était similaire. Treize fois, il y avait des parents alcooliques. Cinq patientes indiquaient des antécédents de traumatisme cranien.

Gerum (*Zeits. für d. ges. Neurol. und Psych.*, 25 juillet 1928) est partisan d'une influence héréditaire. Il y a beaucoup plus de garçons atteints quand l'hérédité est paternelle et beaucoup plus de filles quand elle est maternelle.

W. Green, à propos de 1.000 épileptiques appartenant à des familles ayant deux enfants ou davantage, a relevé l'ordre de naissance du malade. (*Michigan State Med. Soc. Journal*, 1928, p. 525). Vingt-quatre pour cent étaient des premiers nés. Mais la proportion était très variable suivant les séries : dans 96 familles à deux enfants, l'épileptique était 61 fois l'aîné et 35 fois le second, alors que dans 51 familles à 10 enfants, il était, seulement, 5 fois l'aîné.

Hartenberg, à la *Société de Médecine de Paris*, n'a trouvé que trois fois sur quatre-vingt, l'hérédité dans les antécédents des alcooliques.

Le Prof. Pierre Marie (*Presse Médicale*, 21 janvier 1928, p. 81) considère l'épilepsie comme liée au traumatisme obstétrical ou quelquefois à l'infection (sans que l'infection syphilitique soit particulièrement en cause). Pour lui « l'épilepsie n'est pas le *mal héréditaire* dont la transmission presque fatale aux descendants a fait l'effroi des siècles passés. Et cependant, ne voit-on pas, dans quelques familles, plusieurs individus être atteints de cette affection ? Le fait est indiscutable, et comment l'interpréter en dehors de toute notion d'hérédité ? On a pu invoquer une particulière fragilité des tissus encéphaliques dans certaines familles, la chose est possible, mais, très hypothétique, et nous n'avons aucune preuve réelle de cette fragilité. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les convulsions épileptiques peuvent se montrer soit d'une façon héréditaire, soit d'une façon familiale dans certaines familles, mais alors ces convulsions sont liées à des *psychoses* bien caractérisées, et on peut affirmer, presque à coup sûr, que ces psychoses sont de celles qui s'accompagnent de lésions organiques de l'encéphale.

Mais ces cas sont relativement rares, et pour expliquer la pluralité des épileptiques dans une même famille il suffit de se rappeler ce que nous disions, au début de cette conférence, de l'influence des traumatismes obstétricaux sur la genèse de l'épilepsie. Il est certaines femmes chez lesquelles la dystocie est presque la règle à chacun de leurs accouchements ; aussi les enfants de ces femmes sont-ils plus particulièrement exposés aux séquelles des accouchements difficiles, et par conséquent à l'épilepsie. Et puis il y a des familles où les enfants sont mal soignés, exposés à toutes les infections, et cela encore peut être cause que plusieurs enfants soient atteints d'épilepsie. D'ailleurs, cette influence du manque de soins et de la mauvaise hygiène des enfants sur la production de l'épilepsie est rendue manifeste par le fait bien établi que c'est dans les pays les plus arriérés, parmi les populations les plus pauvres et les plus ignorants. que l'on voit se produire un plus fort pourcentage de cas d'épilepsie. »

***

Les Instituts Pasteur d'Indochine. — J'ai signalé dans ce journal à diverses reprises l'activité courageuse de nos confrères de l'armée coloniale qui assurent la bonne marche des Instituts Pasteur d'Indochine. Je viens de recevoir le numéro d'avril de leurs *Archives* et je l'ai lu avec intérêt. Tout particulièrement je me suis arrêté sur un article consacré au bactériophage (p. 113) C'est là une question importante et sur laquelle le médecin non bactériologiste a quelque peine à se documenter.

Or, en décembre 1928. à l'occasion d'une épidémie de choléra, le Dr SOUCHARD a été chargé d'aller étudier les effets prophylactiques et thérapeutiques du bactériophage qui, d'après les expériences tentées par D'HÉRELLE aux Indes anglaises en 1927, donnait de grands espoirs. Voici le texte des *Archives*.

« Dans l'accomplissement de sa mission qui dura du 20 décembre 1928 au 15 janvier 1929, M. Souchard se heurta à de nombreuses difficultés, dont la principale fut le trop petit nombre de cas de choléra qu'il lui fut possible d'observer. Pendant son séjour dans la Province de Soctrang, le choléra en effet n'a pas eu un caractère franchement épidémique, mais plutôt celui d'une grande endémie, caractérisée par un taux de morbidité peu élevé (197 cas sur 200.000 habitants en décembre) et par une dissémination extrême de tous ces cas, répartis dans tous les villages et hameaux. dont beaucoup, dans cette province, ne sont que difficilement accessibles et uniquement par voie d'eau. Il ne lui fut pas possible, de ce fait, d'observer de véritables foyers de choléra analogues à ceux qu'on peut observer aux Indes Anglaises. D'autre part, les indigènes dissimulant soigneusement tous les cas en activité, la déclaration à laquelle ils se soumettent n'étant effectuée qu'après décès, ce n'est qu'en parcourant la province, s'arrêtant à chaque village, que M. Souchard réussit à observer les quelques cas de choléra, sur lesquels a porté son étude.

Les 7 cas observés de cette façon furent tous traités par le bactériophage, suivant la technique indiquée par d'Hérelle. Sur ces 7 cas il fut constaté 6 décès et une guérison

La souche de bactériophage, utilisée dans ces essais, fut celle que d'Hérelle employa aux Indes en 1927 et qui fut envoyée à l'Institut Pasteur de Saïgon par les soins de M. le Directeur du Bureau d'hygiène de la Société des Nations à Singapore. Cette souche avait été, avant son emploi, l'objet de multiples passages au laboratoire suivant les techniques de d'Hérelle, en vue d'exalter sa virulence. On pouvait la classer au n° 9 de l'échelle donnée par cet auteur et correspondant, d'après ses indications, à un degré d'activité élevé.

La dissémination des cas dans toute la province et la faible morbidité de chaque village ne permit de faire aucun essai de prophylaxie.

Il ressort, en somme, des essais thérapeutiques tentés par M. Souchard au cours de sa mission à Soctrang que le bactériophage n'a pas donné de résultats satisfaisants dans le traitement du choléra ; mais les essais pratiqués ayant porté sur un nombre restreint de cas, il n'est pas possible de se faire une opinion définitive sur la valeur de ce nouvel agent thérapeutique.

L'étude de cette question est poursuivie par l'Institut Pasteur dans la limite où il est possible de se procurer des cas favorables à l'observation. »

***

Un nouveau tempérament. — La question des tempéraments et des constitutions est de celles qui ne sauraient laisser le médecin indifférent. La médecine française, jadis, a apporté à ces problèmes une importante contribution et bien des travaux récents importants sur ce sujet ont été écrits par des Français, encore que le mot tempérament ait, chez nous, plus mauvaise presse encore que le mot hérédité.

M. LOEPER, avec M. J. BAUMANN, vient d'individualiser un état constitutionnel qui, d'emblée, donne l'impression de grouper de façon logique certains faits bien connus des cliniciens (1). Sous le nom de léiasthénie, il décrit l'asthénie du système musculaire lisse.

La léiasthénie s'apparente à la neurasthénie et à la ptose, la ptose étant un relâchement des moyens de suspension et la léiasthénie étant une déchéance du muscle lisse. Il y a léiasthénie quand tous les muscles lisses sont atteints : hypotonicité gastro-intestinale et hypotension artérielle.

Le malade est incurablement fatigué, déprimé, anéanti, malgré une musculature externe satisfaisante. Il se plaint de défaillances, de vertiges, de refroidissement des extrémités ; son habitus extérieur est indolent avec regard inexpressif et fixe.

Les troubles dyspeptiques sont importants. On constate, en même temps, du clapotage gastrique précoce (différent du clapotage tardif des ptoses et du clapotage à jeun).

La radioscopie montre un estomac très dilaté qui, malgré cette dilatation, se vide paradoxalement vite.

La constipation est de règle absolue. L'abdomen est mou. Le côlon est dilaté et, pourtant, les anses se vident vite jusqu'au rectum, non compris.

L'hypotension artérielle est de règle, avec une grande amplitude du pouls.

La pupille est dilatée, le scrotum est relâché.

Causes : syphilis congénitale ? Séquelle d'infection grave ?

Traitement : 1° des protides qui nourrissent le muscle ; 2° strychnine ; 3° pas de pilocarpine, ni d'adrénaline ; 4° des léiotoniques, l'uzara, l'hypophyse, l'ergotine, le quassia, l'hydrothérapie froide, les eaux minérales chlorurées magnésiennes.

H. V.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Circulation

L'hypotension artérielle permanente est plus fréquente que ne l'indiquent les classiques. Brelet (*Gazette médicale de Nantes*, 15 août 1929) en a relevé 50 cas, qui se répartissent ainsi :

19 cas ont une hypotension secondaire, relevant d'un passé fruste : les uns ont été touchés par le bacille de Koch, les autres sont des dyspeptiques ou ont eu de l'ictère, des coliques hépatiques, de l'entéro-colique.

21 sujets sont hypotendus sans aucune lésion organique apparente ; ils présentent de l'asthénie, de la céphalée, des vertiges ; c'est la forme idiopathique.

10 cas présentent une hypotension latente ; c'est par hasard que l'on recherche la pression artérielle et que l'on découvre des chiffres de 9 1/2-6, 10-5, 11-5, 11-6 ; cet état est considéré comme physiologique par certains auteurs.

(1) M. LOEPER et J. BAUMANN. — La léiasthénie. *Presse Médicale*, 7 septembre 1929.

Chirurgie.

La péritonite à pneumocoques, bien connue chez l'enfant, passe pour exceptionnelle chez l'adulte (Brin, *Gazette médicale du Centre*, 15 août 1929) ; il semble que, dans certains cas, l'origine soit génitale. Quoi qu'il en soit le diagnostic est rarement fait avant l'opération, et, lorsque le microscope révèle la présence de pneumocoques dans le pus péritonéal, le pronostic est presque toujours fatal. Il est extrêmement rare de faire le diagnostic avant l'intervention, mais l'hypothèse d'une péritonite à pneumocoques ne doit pas retarder une opération qui s'impose presque toujours ; ce serait courir le risque de laisser évoluer une appendicite grave ou une perforation gastrique.

Obstétrique.

L'appendicite au cours de la grossesse présente une certaine gravité, qui tient à des causes locales (refoulement des viscères, tiraillement d'adhérences anciennes, modifications de la circulation abdomino-pelvienne) et générales (constipation, fréquence de l'infection colibacillaire) ; enfin la résistance générale est défavorablement modifiée (L. Barbier, *Bourgogne médicale*, juin 1929).

Les symptômes sont fréquemment modifiés. La douleur est variable comme intensité et il faut lachercher surtout dans le quart inférieur de l'abdomen à droite ou au creux épigastrique. Les nausées et les vomissements sont plutôt rares. La femme souffre du ventre et on trouve son utérus dur en permanence.

Il faut, chez la femme enceinte suspecte d'appendicite, opérer au premier symptôme, sans s'attarder à refroidir. Si l'on n'est pas intervenu et que la crise se soit atténuée, une nouvelle poussée se déclanche au moment de l'accouchement ou dans les suites immédiates de couches, avec une gravité spéciale.

Au point de vue technique, l'intervention ne comporte pas de grosses difficultés, sauf aux deux derniers mois ; à cette période il faut chercher l'appendice plus haut et surtout plus en arrière, en arrière de l'utérus. L'appendicectomie ne semble pas amener d'accidents dans l'évolution de la grossesse.

Oto-rhino-laryngologie.

Le cas de sinusite maxillaire gangréneuse, rapporté par G. Verger (*Gazette médicale limousine*, juillet 1929) est intéressant par sa rareté et par sa guérison ; elle avait pour origine la 2e grosse molaire supérieure gauche dévitalisée.

L'opération, sous anesthésie locale à la butelline, en badigeonnage et à la scurocaïne en injection, consista en incision au niveau du sillon gingivo-jugal, rugination du périoste, ouverture au niveau de la fosse canine à la gouge et au maillet, curettage de l'alvéole, résection de la cloison et du cornet inférieur, contre-ouverture nasale ; une adénopathic sous-angulo-maxillaire énorme nécessita, trois jours après, sous anesthésie locale une grande incision curviligne.

La thérapeutique médicale a été très active : huile camphrée, 2 injections de propidon, 4 flacons de sérum antigangréneux, 3 injections de 15 cgr. de novarsénobenzol.

Un mois après, tout était terminé, sauf une fistule, qui faisait communiquer le sinus avec la bouche et qui mit deux mois pour se fermer.

Parasitologie.

La lambliose (ou giardiose) résiste aux différents traitements : régimes, désinfectants intestinaux, médicaments antiparasitaires et même arsenicaux pentavalents ; elle présente un intérêt réel pour les praticiens, car elle existe en France chez des sujets qui ont un long passé de troubles intestinaux qualifiés *entérite* et elle est toujours une découverte de laboratoire ; nous en avons constaté récemment un cas chez un malade, traité pour coli-bacillose, qui n'avait jamais quitté l'Auvergne. Pensons donc à la lambliose !

Plusieurs auteurs, aux Etats-Unis, en Autriche, en Allemagne, émirent l'opinion que la vésicule biliaire devait être le réservoir de la lambliose et que cette affection était d'autant plus tenace que l'infection vésiculaire se poursuivait à l'abri des agents thérapeutiques habituellement employés. La cholécystectomie s'imposait donc.

Cade, Cotte et Morenas rapportent, dans le *Journal de médecine de Lyon* (20 août 1929), l'observation d'un cas de lambliose caractérisée par une diarrhée chronique, avec épisodes dysentériformes et réaction vésiculaire, rebelle à toutes les thérapeutiques médicales employées ; une cholécystectomie a été pratiquée.

Alors que le tubage duodénal montrait la présence de nombreuses lamblia dans la bile, la vésicule ne renfermait pas de parasites ; ce fait, déjà constaté par d'autres auteurs, prouve que la cholécystectomie n'est pas indiquée pour supprimer l'infection lamblienne.

Pathologie exotique.

La vaccination anticholérique reste l'un des éléments primordiaux de la prophylaxie du choléra (Gaide et Blandin, *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, février 1929).

Il a été pratiqué, en Indo-Chine, 1.980.000 vaccinations de janvier à octobre 1927, 4.788.560 d'octobre 192 à mai 1928 et 1.462.311 de mai 1928 à janvier 1929.

La campagne de vaccination n'a pas donné partout les mêmes résultats ; les différences proviennent soit du peu d'empressement de la population, soit des difficultés de toute nature rencontrées par un personnel en nombre insuffisant, soit de l'impossibilité de la surveillance des voyageurs. La vaccination incomplète de foyers bien constitués et très virulents paraît quelquefois inefficace ; l'existence de porteurs de germes permet l'apparition de nouveaux foyers, ce qui fait, à tort, douter de la valeur de la méthode.

Dans l'impossibilité actuelle de prémunir la population entière, il y a avantage à adopter les mesures suivantes : en période ordinaire, assurer la prophylaxie des groupements constitués et facilement contrôlables ; en période d'épidémie, isoler, désinfecter et immuniser les foyers le plus rapidement et le plus complètement possible, établir des barrages sanitaires sur terre, sur mer et sur les fleuves.

Varia.

C'est le sort des spécialités, même les plus limitées, de croire qu'elles sont plus indispensables que la médecine elle-même (René Cruchet, de Bordeaux),

Aujourd'hui, tout conscrit a dans sa giberne, à défaut d'un bâton de maréchal, un carnet de réformé, et, à moins d'être dénué de toute imagination, ne quitte pas la caserne sans être muni d'une maladie, d'une réforme et d'une pension (Bosc, de Tours).

L'asile d'aliénés, si pénible aux familles, si désespérant par lui-même, si faux également, parce qu'il ne s'applique qu'à une certaine catégorie de malades, doit céder la place à l'hôpital psychiatrique ou à l'établissement psychothérapique, ce qui est mieux encore (Rayneau, de Chamalières).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er octobre 1929.

Dix années d'expérience de l'association tartrate-borico-potassique-gardénal dans le traitement de l'épilepsie et de certains accidents nerveux. — *M. Carrière* (de Lille) apporte une statistique portant sur 800 cas, dans lesquels il a mis en pratique cette médication. Il a traité des inquiets, des nerveux, des anxieux, des parkinsoniens, des délirants post-traumatiques, des basedowiens, des sujets atteints de paroxysmes angineux ou porteurs de syndromes fonctionnels neuro-végétatifs, les résultats sont, dans l'ensemble, très bons et la tolérance parfaite. En pédiatrie, nombreux succès dans les convulsions infantiles, la spasmophilie, la tétanie des nourrissons, les manifestations choréiques, la miction nocturne involontaire.

Les réformes hygiéniques à introduire dans les pèlerinages musulmans. — *M. Dinguizli* (de Tunis), rentrant de mission à la Mecque, expose les principaux points à réformer de manière urgente.

Pour les transports par mer et l'installation à bord, il faudrait adopter des navires du type cargo pour éviter l'entassement dans les cabines, inévitables avec les paquebots.

En ce qui concerne l'alimentation, pour supprimer à la fois les risques d'intoxications alimentaires et les dangers d'incendie, les Pouvoirs publics devraient exiger des affréteurs qu'ils

se chargent de la nourriture des pèlerins. Des cuisiniers musulmans assureraient la préparation des repas et l'abatage du bétail conformément aux principes rituels.

Les cinq litres d'eau douce quotidiennement alloués à chaque pèlerin sont insuffisants, vingt-cinq litres sont un minimum pour assurer la boisson et le lavage du linge. La glace, indispensable pour les usages thérapeutiques, devrait être abondante.

GLANURES

Nombre des étudiants étrangers à Paris et en France. — Etudiants étrangers régulièrement inscrits dans les cinq Facultés de l'Université de Paris de 1921 à 1927.

	1921	1926	1927
Etudiants Suisses	118	185	242
— Anglais	159	185	242
— Américains	167	235	238
— Allemands	2	169	502

Chiffre de tous les étudiants étrangers en France :

en 1921	3.554
en 1926	5.737
en 1927	7.215

En 1900, on ne comptait guère qu'un *millier* d'étudiants étrangers, élèves de nos Facultés

En 1928, ils étaient **8.000**, sur un nombre total de **27.000** étudiants, soit 28 %.

(*L'Animateur des Temps nouveaux*).

Les périls financiers des assurances sociales. — On lit dans le *Journal des débats* (7 octobre 1929) :

Les assurances sociales donnent de la tablature au gouvernement du Reich. Il faut essayer de reporter sur les industriels et commerçants une partie des charges sous lesquelles étouffe le budget. Le récent débat sur l'assurance-chômage, qui a été marqué par la mort de M. Stresemann, a vivement frappé l'opinion publique non seulement en Allemagne mais en France. Chez nos voisins, on s'occupe beaucoup du problème.

Même dans les millieux administratifs des institutions d'assurance, qui, pourtant dépendent des syndicats ouvriers, on ne nie plus aujourd'hui que d'énormes abus se sont développés. Les travailleurs consciencieux sont grevés au profit de ceux qui, sans scrupules, exploitent l'assurance. « *Dans de nombreuses caisses des malades, les contre-visites ont révélé que, jusqu'à 60 %, des assurés déclarés malades ne l'étaient pas réellement et avaient indûment touché des secours.* » *On s'en prend aux médecins. Mais c'est surtout le système qui est mauvais.*

« Il faudrait, dit un industriel, M. Piatscheck, dans la *Gazette de Cologne* du 21 septembre, prendre des précautions pour que les assurés ne fissent pas appel aux caisses sans motif legitime. Mais avec le système actuel des cotisations, tous les assurés sont égaux par rapport à la caisse, c'est-à dire que le travailleur consciencieux, qui ne court pas chez le médecin au moindre bobo, et qui ne prélère pas l'allocation au travail, reste dans ce cadre fixe avec sa charge de cotisations et n'obtient pour sa bonne conduite à l'égard de l'assurance ni reconnaissance ni avantages. De là vient qu'un nombre de plus en plus grand d'assurés perdent leur frein moral et que les dépenses de l'assurance croissent sans arrêt, bien que l'état sanitaire du peuple ne soit pas plus mauvais qu'avant la guerre. »

Voilà des constatations que certains voudraient qu'on puisse faire chez nous. C'est un idéal qui n'est pourtant pas souhaitable.

Le surmenage sportif et mondain de l'écolier. — *On lit dans* l'Œuvre (*6 octobre 1929*) *sous la signature de M. César Santelli.*

« On n'aura rien fait contre le surmenage scolaire tant qu'on n'aura pas mis un frein au surmenage sportif que je ne confonds pas, bien entendu, avec l'éducation physique rationnelle. Qu'on nous garde compétitions en latin, en mathématiques, en histoire, avec des programmes trop lourds, très bien ; mais qui nous gardera des folles compétitions du stade, avec les matches de foot qui claquent les joueurs, avec les courses qui mettent sur le flanc, ou ces ruées à la performance ou à la gloriole qui nous rendent le lendemain des élèves anémiés, les yeux agrandis, les joues creuses, les traits tirés, et, le surlendemain, je veux dire plus tard, des champions arrière ou aile, mais en même temps — cela se voit tous les jours — des inaptes à l'enseignement, à la marine, à polytechnique, au service militaire ? Et le surmenage par la bicyclette ? Que de gosses dont le cœur a été forcé non par Tacite ou Newton, mais par les excès commis pendant les vacances ou les dimanches, à l'heure où il aurait fallu se détendre ou se refaire.

***

Et puis, il ne servira de rien d'alléger la tâche à faire à l'école si la famille ne se soucie pas davantage de ménager les forces de l'enfant. Voilà un petit garçon qui, le lundi matin, nous arrive pâle, somnolent et qui n'écoute que mollement la leçon. Naturellement on incrimine les programmes, toujours les programmes, à peu près comme le docteur Nicole s'en prenait invariablement au poumon. Mais avez-vous réfléchi, ô papa, que vous faites coucher cet enfant une ou deux fois par semaine à minuit pour qu'il vous accompagne au théâtre ou au cinéma ; que cet hiver, plusieurs fois, ô maman, vous avez fait danser votre enfant jusqu'au petit jour, sans compter les thés et les réceptions qui reculent jusqu'après un dîner ou trop rapide ou trop copieux l'heure des devoirs scolaires ; bref, que les uns et les autres vous avez trop souvent créé autour de ce jeune cerveau, qui a tant besoin de toutes ses forces pour se développer, une atmosphère d'agitation et de nervosité absolument déplorable ?

***

Allégeons les programmes, j'y consens volontiers, mais allégeons aussi, je vous prie, la vie de l'écolier de tout ce qui mord sur son sommeil, sur sa nourriture, sur son système nerveux si délicat et si vulnérable. »

Surmenage scolaire et année scolaire écourtée. — On lit dans le *Journal des Débats* (20 septembre 1929), sous la signature de M. A. Albert Petit :

Où en est, nous demande-t-on de toutes parts, la question de l'allègement des programmes ? Elle est en route, mais il reste à craindre que rien ne soit résolu, ni même amorcé, pour cette année. Et nous allons encore avoir vingt-neuf heures de classes par semaine, écrasant, au physique comme au moral, les élèves consciencieux, et dégoûtant à jamais les autres de toute velléité de travail personnel. Le coup de sécateur n'est pas donné, le coup de massue risque de l'être.

Plusieurs correspondants nous demandent de revenir sur une difficulté que nous avons plusieurs fois soulignée. A mesure qu'on allonge les programmes, on rétrécit l'année scolaire, de sorte qu'on entend faire entrer un contenu de plus en plus volumineux dans un contenant de plus en plus réduit. C'est assurément un des paradoxes de la situation. Naguère, les grandes vacances duraient tout juste deux mois : elles durent aujourd'hui deux mois et trois semaines pour les familles scrupuleuses et elles ne le sont pas toutes. D'ailleurs les classes à baccalauréat sont encore plus écourtées que les autres, puisque l'examen commence avant la fin de juin. Nous ne regrettons pas l'époque, il y a un demi-siècle, où la distribution des prix n'avait lieu que le 7 ou le 8 août, mais les bons comptes font les bons raisonnements. Faut-il rappeler que la famille du duc d'Orléans, le futur Louis-Philippe, retardait son départ pour la campagne jusqu'au 20 août, parfois davantage, à cause des jeunes princes qui étaient au collège ? On a remarqué récemment, dans notre rubrique : « Il y a cent ans », que des professeurs expriment au compte de Vatimesnil le regret de ne plus l'avoir comme ministre au sortir de la distribution des prix, et c'est dans le numéro du 19 août 1829. Aujourd'hui les prix ont lieu le 12 ou le 13 juillet, et il n'y a pas grande affluence. Les vacances de Pâques durent quinze jours, celles de Noël et du Jour de l'an neuf en moyenne. Avec les petits congés, c'est trois mois et demi qu'il faut déduire de l'année scolaire. Croire que l'intensité du travail peut compenser sa diminution de durée, c'est d'un optimisme plus que délirant. Cette bousculade aboutit en réalité à un piteux rendement.

Critiquer n'est rien. Que peut-on faire. Pour la durée de l'année scolaire, on ne peut revenir à la Restauration, ni même au Second Empire. Mais au moins que la date du 14 juillet soit respectée, et respectée par les familles tout d'abord. C'est une concession extrême, qu'on n'y ajoute rien par veulerie ou indifférence. Et qu'on emploie ces amples vacances à la culture physique, ce qui est plus efficace que de réclamer, dans le cours de l'année, des heures supplémentaires de gymnastique ou de sports variés. Mais il y a des enfants délicats, à qui ce régime

ne suffira pas. Sans doute, et c'est infiniment regrettable pour eux, mais les études secondaires utilement faites ne sont pas compatibles, au moins en commun, avec une santé fragile, pas plus qu'avec une intelligence ingrate. On admet, comme vérité élémentaire, que tout le monde ne peut pas être un athlète complet. Il en est de l'esprit comme du corps. Ne forçons point notre talent, orientons-le vers ce qui lui est accessible. C'est, pour éviter le surmenage, la première condition.

La seconde est de ne demander, même aux enfants bien doués, qu'un effort justifié et limité Nul ne peut tout savoir ; alors, pourquoi demander aux écoliers de tout apprendre ? Tenons compte des goûts et des aptitudes pour tout ce qui n'est pas le fond commun, c'est-à-dire la base sans laquelle un enseignement ne saurait être honnêtement qualifié de secondaire. Ce fond commun, c'est l'enseignement dit classique, avec des combinaisons permettant de remplacer le grec par des sciences ou des langues vivantes pour ceux qui n'ont pas la vocation d'hellénistes ou qui se préparent à des carrières où ils auront besoin d'autre chose. Oh ! nous entendons l'objection. « Vous cédez, dira-t-on, à la superstition du latin. On peut concevoir des humanités modernes, qui, après tout, ne seront pas forcément inférieures aux anciennes. » On le peut évidemment. Mais, sans discuter leur valeur comparative, demandons-nous si le meilleur moyen de faire de bonnes humanités modernes n'est pas de prendre pour tremplin le latin lui-même ».

NOUVELLES

Le 38e Congrès de chirurgie. — Le 38e congrès de l'Association française de chirurgie s'est ouvert le 7 octobre, dans le grand amphithéâtre de la faculté de médecine. Le professeur Louis Tixier (de Lyon) le présidait, ayant à ses côtés M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur ; le maréchal Lyautey ; MM. Roger, doyen de la faculté ; Quénu, président de l'Académie de médecine ; Charléty, recteur de l'Académie de Paris ; Walther, président de l'Association française de chirurgie ; les médecins généraux inspecteurs Dopter, Lasnet, Rouvillois, Rouget, Lévy ; Auvray, vice-président du congrès, etc., presque tous les professeurs de la faculté de Paris, de nombreux professeurs des facultés de province et des facultés étrangères.

M. Tixier a prononcé, en ouvrant la séance, un remarquable discours où, après avoir salué la mémoire des membres de l'Association de chirurgie morts depuis le dernier congrès ; Reynés, Gervais de Ronville, Dehelly, Delorme, Jacques Reverdin, Ducroquet, Lepetit, Alexandre, Vinon, il a traité de la formation chirurgicale en France durant les cinquante dernières années 1879-1880, c'est en effet la date où commencèrent à s'unir les facultés de Lyon, Toulouse, Bordeaux, Nancy, où furent réorganisées les facultés de médecine ; c'est surtout la date où furent appliquées à la chirurgie les doctrines pastoriennes.

La génération qui exerçait à cette époque transforma les organisations existantes en appliquant à la chirurgie ancienne les idées nouvelles. Celle qui suivit tira de celles ci les conséquences qu'elles comportaient et créa la technique de la chirurgie viscérale. Grâce à quelle formation la chirurgie a-t-elle atteint par la suite la situation qui est la sienne aujourd'hui et grâce à laquelle elle put contribuer si efficacement, lors de la dernière guerre, à la victoire finale ?

Le président, envisageant tour à tour la formation scientifique, technique, morale du chirurgien, a fait ressortir l'importance de la culture générale imposée à l'étudiant et le rôle fondamental des études très étendues d'anatomie et de médecine opératoire, sorte d'apprentissage qui n'existe que chez nous et dont les étrangers reconnaissent la valeur.

M. Tixier a parlé de la façon la plus éloquente de la formation morale du chirurgien ; il l'a montré sacrifiant la plus grande partie de son temps avec les malades sans fortune et dans des conditions qui permettent à ses pairs de connaître ses échecs comme ses succès.

Aussi quelle leçon de morale il va donner sous les apparences d'une leçon purement scientifique ! Toutes les indications thérapeutiques sont successivement et scrupuleusement envisagées. Les avantages et les inconvénients de chacune des interventions qui peuvent être proposées sont longuement discutés avec les assistants devants les élèves, les plus jeunes comme les plus anciens. L'opération est exécutée en public. L'opéré est transporté dans une salle ouverte à tous où chacun peut aller vérifier l'issue de la bataille. Cette grande, cette parfaite publicité de tous nos actes chirurgicaux est de tradition dans l'enseignement clinique en France. C'est un puissant facteur de probité...

Qu'importent, a-t-il ajouté, les passions humaines momentanément trompées. Condamner des hommes qui avec un désintéressement absolu mettent chaque jour gracieusement à la disposition de ceux qui la leur demandent tous les trésors de leur intelligence et de leur cœur, va à l'encontre de la traditionnelle conscience des foules. Ce sont elles qui depuis des siècles ont jugé la valeur morale des chirurgiens ; non les forces du prétoire ne prévaudront pas contre elles.

Et l'exemple que nous ont laissé nos ancêtres, que nous donnent chaque jour nos maîtres, est plus puissant pour le maintien de la saine formation morale des chirurgiens français que les cours officiels de déontologie médicale, que les arrêts des associations médicales, que les jugements d'un conseil de l'ordre.

Après cette incursion dans l'actualité, le Professeur Tixier fait connaître son opinion personnelle sur l'éducation et l'instruction du chirurgien qu'il voudrait de plus en plus médicale, afin qu'il ne se cantonne pas dans la pratique d'une technique perfectionnée.

Il est indispensable que le chirurgien lui-même s'habitue à penser de plus en plus médicalement. Il y a urgence sans quoi nous perdrons la maîtrise et nous serons bientôt réduits au rôle de chirurgien barbier.

Il a terminé par des considérations intéressantes sur la collaboration médico-chirurgicale et sur le besoin d'une organisation nouvelle qui, en concentrant les services chirurgicaux publics et privés dans des centres communs de travail, ferait gagner un temps précieux aux malades comme aux opérateurs.

Soyons donc résolus à faire prévaloir les réformes que nous jugeons utiles ; les chirurgiens ont coutume de prendre avec


CHOAY

calme les décisions les plus audacieuses et l'avenir est aux peuples forts et bien organisés.

Après ce discours très applaudi, le secrétaire général, M. Grégoire, a donné lecture du compte rendu annuel, puis le congrès a abordé la discussion de la première question inscrite à son ordre du jour : « La chirurgie de la tuberculose pulmonaire. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La greffe testiculaire du singe à l'homme. Technique opératoire. Manifestations physiologiques. Evolution histologique. Statistique, par S. VORONOFF et G. ALEXANDRESCU. 1 vol., in 8, 88 p., 39 pl., 15 fr. (Doin).

L'origine des êtres vivants. L'illusion transformiste, par L. VIALLETON. 1 vol., in-8, 4 fig., 20 fr. (Plon).

Les troubles mentaux de la sclérose en plaques. Contribution à l'étude des facteurs organiques dans les maladies mentales, par André OMBREDANNE. 1 vol., in-8, 352 p., 40 fr. (Les Presses Universitaires).

La criminologie nouvelle, par QUINTILIANO SALDANA. 1 vol. in-12, 317 p., 30 fr. (Les Presses Universitaires).

Bibliothèque de films radiographiques, par H. BÉCLÈRE et P. PORCHER. A. **Cancer de l'estomac** (30 images). 15 fr. — B. **Tumeurs des os** (30 images). 15 fr. — C. **Diverticules du duodenum** (30 images). 15 fr. (Masson).

Les ferments. Conceptions modernes, par J. SCHAEFFER. 168 p., 20 fig., 28 fr. (Masson).

Les broncho-pneumonies chez l'enfant ou pneumonies en foyer, par André HÉRAUX. 1 vol., 112 p., 21 fig., 18 fr. (Masson).

La perméabilité et les obturations tubaires. Stérilité. Infections salpingiennes. Chirurgie tubaire, par Claude BÉCLÈRE. 1 vol., 252 p., 70 fig., 50 fr. (Masson).

Le traitement du diabète, par Marcel LABBÉ. 3e éd. revue et augmentée. 1 vol., 172 p., 12 fr. (Masson).

Traitement des affections neuro-cutanées, par E. JUSTER. 1 vol., 138 p., 14 fr. (Masson).

Traité de physiologie normale et pathologique. Tome **VIII. Physiologie musculaire. Chaleur animale.** 1 vol. 742 p., 186 fig., broché 95 fr. (Masson).

L'ostéosynthèse métallique dans les fractures diaphysaires, par R. FRANTZ. 1 vol., 190 p., 54 fig., 35 fr. (Masson).

Tableaux mosaïque pour la recherche du daltonisme, par E. SCHAAF. 1 pochette avec 20 tableaux et notice explicative. 45 fr. (Masson).

Les épices, plantes condimentaires de France et des colonies. Leur histoire, leurs usages alimentaires, leurs vertus thérapeutiques, par H. LECLÈRE. 1 vol., 134 p., 15 fr. (Masson).

La découverte de Laveran (Constantine), par Ed. et Et. SERGENT et L. PARROT. 1 vol., 48 p., 22 fig., 25 fr. (Masson).

Tumeurs médullaires associées à un processus syringomiélique, par JONESCO-SISESTI. 1 vol., 296 p., 12 fig., 45 fr. (Masson).

Le cancer. Essai d'une théorie cellulaire physico-chimique, par Paul WOOG. 1 vol., broché : 10 fr. (Delagrave).

Laboratoire et ophtalmologie. Anatomie pathologique. Hématologie. Immunologie. Bactériologie. Parasitologie, par Ch. DEJEAN. 1 vol., in-18, 273 p., 44 fig., 25 fr. (Maloine).

Les Cahiers d'Alceste ou Introduction à l'étude de la psychologie du malade, par le Dr ALCESTE. In 8 (tirage de luxe limité), 30 fr. (Maloine).

Alimentation. Hygiène et thérapeutique infantile en exemples, par le Dr P. CARTON. In-8, 128 courbes de température : 25 fr. (Maloine).

Anatomie topographique radiculo-vertébrale, par G. PESSEGUERS. In-8, 2 pl. grandeur nature : 25 fr. (Maloine).

Hygiène et maladies du nourrisson et de la première enfance, publié sous la direction de MM. MARFAN et H. LEMAIRE. 1 vol., in 8, 1080 p., fig., 120 fr. (Baillière).

Les anévrysmes artério-veineux, par le Dr Raymond GRÉGOIRE. 1 vol., in-8, 160 p., 8 fig., 5 pl., 24 fr. (Baillière).

Eléments de psychiatrie, par le Dr L. BÉRIEL. 1 vol. in 8, 240 p., fig., 30 fr. (Baillière).

NOUVELLES

Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est autorisé à accepter, au nom de l'Etat, le legs fait à celui-ci par Mlle Haber (Edma-Eugénie-Félicie) suivant son testament olographe du 18 août 1925 et consistant en une somme de 100.000 fr. pour les arrérages en être affectés à la fondation d'un prix destiné à récompenser les médecins, pharmaciens ou chimistes de nationalité française pour leurs recherches scientifiques tendant à combattre les maladies notamment le cancer, la tuberculose et autres affections qui déciment le genre humain.

Service de Santé. — *Ecole du Service de santé militaire.* — Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1929.

1° *Section de médecine* : (*a*) Candidats à 4 inscriptions : 1. Bertrand ; 2. Fricaud ; 3. Sabatier (Paul) ; 4. Lapeyre ; 5. Villat ; 6. Deniau ; 7. Laquintinie ; 8. Desgeorges ; 9. Pascoet ; 10. Bonnefond ; 11. Leroux ; 12. Dardill ; 13. Ghemard ; 14. Chaumonnot ; 15. Brunies, Rimbal ; 17. Genet, Godeau ; 19. Gouverner ; 20. Mathias ; 21. Dagorn ; 22. Le Minor, Sabatier (Louis) ; 24. Robineau ; 25. Courtel ; 26. Carli. Liger ; 28. Mauzé ; 29 ; Bouissou ; 30. Barreau, Cantini ; 32. Biès ; 33. Laporte ; 34. Loubet ; 35. Cazaux ; 36. Notin ; 37. Grancolas ; 38. Jeantet ; 39. Vergnes ; 40. Tarride ; 41. Caritan ; 42. Pocreaux, Sergent ; 44. Berest ; 45. Molé ; 46. Robert Roussel ; 48. François ; 49. Brigandat, Caillot ; 51. Merprat ; 52. Féraud ; 53, Cordier ; 54. Gillet ; 55. Michaux ; 56. Aiguier.

b) Candidats de P. C. N. : 1. Grau ; 2. Charlin ; 3. Thomas ; 4. Chabœuf ; 5. Le Flem ; 6. Le Roux ; 7. Lacroux ; 8. Desorthes, Jassin ; 16. Le Tensorer ; 11. Derobert ; 12. Senechal ; 13. Abecassis ; 14. Bourland ; 15. Decouz ; 16. Boquet ; 17. Chambon ; 18. Fourault, Sibel.

2° *Section de pharmacie.* — *a*) Candidat à 4 inscriptions : Loup.

b) Candidats stagiaires : 1. Maecheer ; 2. Dougier.

Don à l'Association générale des médecins de France. — M. le Dr Plantier (d'Annonay), propriétaire de la « Panbiline », a fait un don de 10.000 fr. à l'Association générale. Cette somme sera répartie entre les confrères et les veuves et orphelins frappés par l'infortune auxquels l'association vient en aide et qui ne manqueront pas d'apprécier la délicatesse de ce geste généreux et spontané.

Assistance publique. — *Concours de l'internat en médecine.* — ORAL. — Séance du 10 octobre. — Questions données : Zona intercostal ; — Symptôme et diagnostic de l'étranglement herniaire. MM. Moline 21, Gillon 14, Reix 15, Albeaux 25. Courtial 17, Feuillastre 13, Aboulker (R.) 13, Cuvillier 25, Brincourt 13, Chevallier 25.

Séance du 12 octobre. — Questions données : Signes, formes et diagnostic du cancer du foie ; — Fracture de la rotule. MM. Boudin 27, Herbert (J.) 23, Baussan 22, Mlle Girardeau 16, MM. Soleil (André) 22, Villechaize 27, Couder (R.) 27, Mlle Hahn 14, MM. Bourgeois 29, Hermann 20.

— *Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.* — Composition du Jury : MM. les Drs Le Mée, Lemaître, Bourgeois, Rouget, Hautaut, Heuyer et Deniker. 6 candidats : MM. les Drs Aubry, Aubin, Maduro, Lévy, Huet, Winter.

— *Concours de l'externat.* — Composition du Jury : MM. les Drs Turpin, Paraf, Levesque, Coste, Maurer, Wilmoth, Oberlin, Huet, Halphen.

— *Concours de l'adjuvat.* — Epreuve écrite. Séance du 10 octobre : Questions données : Arrière cavité des épiploons ; — Sécrétion gastrique, — Lecture : Séance du 12 octobre. — MM. Audonin 24, Couvelaire 26, Guillot 28, Hussenstein 22, Luzuy 25.

Clinique médicale propédeutique. — *Cours de révision d'une semaine sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Ce cours aura lieu du 4 au 9 novembre 1929 sous la direction du Professeur Emile SERGENT, et du Dr Camille LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, HARVIER, agrégés, médecins des hôpitaux ; FAROY, P. PRUVOST, WEISSENBACH, médecins des hôpitaux, JOANNON, agrégé, BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FEPNET, PÉRISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à midi, exercices et démonstrations pratiques au lit des malades. Lundi 4 : M. LIAN, hôpital Tenon ; mardi 5 : M. AUBERTIN, hôpital de la Pitié. Mercredi 6 : professeur SERGENT, hôpital de la Charité. Jeudi 7 : M. FERNET, hôpital Saint-Louis (service de M. Lortat-Jacob). Vendredi 8 : M. FAROY, hôpital Andral. Samedi 9 : M. PÉRISSON, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

2° L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 à 4 h., démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent). La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Lundi 4, 3 à 4 h., M. Henri DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. le professeur SERGENT (appareil respiratoire) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (app. respiratoire).

Mardi 5, 2 h. à 4 h., M. C. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PÉRISSON (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition).

Mercredi 6, 3 à 4 h., M. PÉRISSON (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 M. FAROY (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h. ; M. HARVIER (endocrinologie) ; 6 h. à 6 h. 1/2, M. ABRAMI (pathologie générale).

Jeudi 7, 3 à 4 h., M. FERNET (peau et syphilis) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h., M. JOANNON (hygiène) ; 6 h. à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (sang).

Vendredi 8, 3 h. à 4 h., M. WEISSENBACH (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 6 h. 1/4, M. DUVOIR (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Gaston DURAND (intestin).

Samedi 9, 3 h. à 4 h., M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. LIAN (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours. Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques, le matin 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi, 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit de l'inscription de 250 fr.

S'inscrire à la Faculté de médecine tous les jours salle Béclard (A. D. R. M.) ou au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

Organisation d'une société pour le développement des stations thermales françaises. — Le municipalité des stations thermales de Saint-Nectaire, Châtel-Guyon, Mont-Dore, Saint-Honoré-les-Bains, La Bourboule, Pougues, Néris-les Bains, Bourbon-Lancy, Evaux-les-Bains, Royat, Bourbon-L'Archambault, Vichy, dans une réunion tenue hier à l'hôtel de ville, ont fondé une « *Union syndicale des communes de France érigées en stations hydro-minérales* » en vue de lutter contre la campagne des stations étrangères et pour travailler ensemble au développement des cités thermales de France.

L'assemblée a adopté un vœu demandant à l'Etat de faire abandon d'une partie des produits des jeux et du pari mutuel afin de permettre aux stations thermales de s'embellir et de s'assainir en attendant la création d'un crédit thermal.

VIe voyage médical international de Noël. — *Deux semaines sur la Côte d'Azur.* — Le grand voyage international sur la Côte d'Azur (Voyage bleu) organisé chaque année, à Noël, par la Société médicale du littoral méditerranéen, va se dérouler cette année, de Marseille à San Remo, avec une ampleur plus grande encore que d'habitude.

Le rassemblement se fera le 26 décembre, à Marseille, où aura lieu la réception inaugurale du Voyage. On visitera Aix, capitale de la Provence (l'ancienne Aquæ Sextiæ), puis le port de guerre de Toulon et les stations de Hyères, Giens, San-Salvadour, Fréjus la romaine, Saint-Raphael, Valescure, Boulouris, Agay, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Roquebrune, Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu. L'étude scientifique de chaque station sera assurée avec tout le soin nécessaire, et des réceptions auront lieu, comme de coutume, dans les villes principales.

Deux excursions sont préparées au cours du voyage : l'une sur la Riviera Italienne, au cours de laquelle auront lieu une cérémonie officielle, commémorant le séjour de Pasteur à Bordighera, et des réceptions à San-Remo et Ospedaletti ; l'autre dans les Alpes, à Saint-Martin-Vésubie capitale de la Suisse Niçoise, ou à Peyra-Cava station de sport d'hiver.

Le voyage se terminera à Nice le 8 janvier. Une excursion en Corse pourra être prévue à la suite, si les voyageurs la demandent.

On sait avec quel faste et quelle minutie sont réalisés les voyages de la Société médicale du littoral : les fêtes somptueuses, les parcours splendides et les démonstrations instructives, y alternent suivant un rythme harmonieux.

Tous les adhérents ont droit à un bon de parcours individuel à demi-tarif sur les chemins de fer français, 1re ou 2e classe à leur choix, d'un point quelconque de la frontière ou de l'intérieur de la France jusqu'à Marseille à l'aller, et de Nice à un point quelconque de la frontière ou de l'intérieur au retour. On peut emprunter des itinéraires différents à l'aller et au retour, pourvu qu'ils soient assez directs. L'arrêt à Paris est autorisé.

Le nombre des places est strictement limité. Les médecins et leurs familles, qui désirent prendre part à ce beau voyage de Noël, sont priés d'écrire, dès à présent, au Président de la Société médicale du littoral méditerranéen, 24, rue Verdi à Nice.

Ecole de médecine de Marseille. — *Prix Jules et Louis Jeanbernat.* (Prix annuel de 1.000 fr.). — Ce prix sera décerné en 1929 à un docteur en médecine ayant soutenu sa thèse dans l'année scolaire précédente et qui aura été jugé le plus méritant dans les deux dernières années de sa scolarité à l'école (4e et 5e années).

En vue de l'obtention du prix, pour 1929, les étudiants ou étudiantes en médecine ayant terminé leur scolarité à l'école de médecine de Marseille, qui auront soutenu leur thèse du 1er novembre 1928 au 31 août 1929, sont priés d'en informer le secrétariat avant le 31 octobre 1929 ; ils devront faire connaître les notes qn'ils ont obtenues au dehors ainsi que leurs titres hospitaliers.

Le 38e Congrès de chirurgie. — L'Association française de chirurgie a tenu hier à 14 h. 30 son assemblée générale à l'occasion du congrès. Elle a décidé que le congrès de 1930, qui doit être présidé par M. Auvray (de Paris), aurait comme vice-président M. Lambret (de Lille). Les questions suivantes sont inscrites à l'ordre du jour : 1° « Préparation des malades aux opérations », rapporteurs MM. Sauvé (Paris) et Lambret (Lille) ; 2° « Les spondylites traumatiques », rapporteurs MM. A. Monchet (Paris) et Frœlich (Nancy) ; 3° « Les pancréatiques hémorragiques », rapporteurs MM. Brocq (Paris) et Miginiac (Toulouse).

La séance qui a suivi a été consacrée à la projection de films et photographies. Citons celles de MM. V. Pauchet, Sénéchal, Fouchet, Steinmann, Dartigues, R. Santos. Des instruments nouveaux ont été ensuite présentés par MM. Dartigues, Barbarin, Stefani.

Elèves du service de santé de la marine. — Par décision ministérielle du 7 octobre 1929, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés élèves du service de santé de la marine, à la suite du concours de 1929 ;

Ligne médicale. — Candidats à quatre inscriptions : MM. Rautureau, Barroux, Domairon, Decugis, Raoult, Juget, Brisou, Goguet, Quéru, Brusq, Pelon, Pons, Arnaud, Homberg, Bartre, Touzin, Robin, Laquintinie, Baillet, Le Maignan de Kérangat, Moner, Perrin, Godeau, Paoli, Mathias, Dozul, Verprat, Barrau, Lagarde, Dardill, Prost, Bies, Miossec, Caussain, Le Gall, Bouissou, Renderitter, Riu, Guevellou, Le Breton, Mauze, Leonetti, Rabier, Juskiewenski, Brunies, Lapeyre, Fricaud, Gillet, Bosch, Cochard, Laporte, Le Minor, Liscoet, Vergnes, Le Mée, Ollivier, Benmerabet, Quinquis, Mille, L'Hôtellier, Rampont, Carbies, Rouvellat de Cussac, Le Roux, Dilhac Goerger, Robineau, Jourdain, Sergent, Provost, Kerguelen, Aymé, Ghersi, Le Breton, Clenet, Cuq, Lansade, Chassain, Gloaguen, Audemard, Dumas, Ragusin, Isoard, Le Bihan, Robert, Galibern, Sommaire, Messner, Gauffriaud, Imbert, Courtel, Dagom, Martin.

Ligne pharmaceutique et chimique. — Candidats munis de la validation de stage : MM. Piquenais, Lafargue, Raynaud, Perrote, Monnet, Guyader, Lajournade.

Ces élèves devront être rendus à Bordeaux le mardi 22 octobre 1929 et se présenter, avant 11 heures, au médecin général, directeur de l'école, 145, cours de la Marne.

Nécrologie. — Dr Sauton, doyen d'âge de la ville d'Orange, vient de mourir à l'âge de 96 ans. Son confrère, M. le docteur Madon, maire d'Orange, s'est fait l'interprète de tous les habitants du pays en lui apportant un dernier témoignage de gratitude. — Dr Albin Meunier, de Lyon, lauréat de l'Institut. — Dr Déhan, tué dans un accident d'automobile survenu au passage à niveau de Belarga, près de Campagnan (Hérault). — Dr Eugène Benoit-Jeannin, de Saint-Claude (Jura), décédé à l'âge de 71 ans. — Dr Georges Dufour, ancien médecin de la marine, décédé au Havre.

(*Voir la suite page* 1740 et 1761.)

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action physiologique et thérapeutique du vin,

Par M. LOEPER et J. ALQUIER.

Pour démontrer l'*action physiologique* du vin nous nous transporterons surtout sur le terrain clinique, et considérerons l'action directe du vin : *a*) sur l'estomac, *b*) sur le foie, *c*) sur le sang, *d*) sur le système nerveux, *e*) sur le rein et *f*) sur la nutrition générale.

Quelques données expérimentales nouvelles nous ont permis de saisir certaines réactions que les examens clinique, chimique ou cytologique mettent difficilement en lumière.

Tout d'abord le vin est un excitant de la *sécrétion salivaire*. Si l'on conserve dans la bouche une cuiller à café de vin pendant quelques minutes, ce vin agit puissamment sur les matières amylacées et les glucides, preuve qu'il s'est enrichi en ptyaline.

Parallèlement, le vin provoque une *sécrétion réflexe de l'estomac*. Déjà Nothnagel et Rossbach avaient démontré le fait pour l'alcool appliqué sur la langue à dose infime.

Sur cette véritable sécrétion psychique ou d'appétit, la qualité, c'est-à-dire la saveur et même le bouquet du vin ont évidemment de l'influence. D'ailleurs le vin frelaté ou malade est souvent refusé, même par les animaux, comme certains aliments sont refusés par les chiens dans les expériences de Malloizel. Il faut ajouter que Frouin est arrivé au même résultat en introduisant l'alcool par le rectum.

En ce qui concerne l'action directe sur l'*estomac* il y a beaucoup à dire.

Tout d'abord le vin est un liquide de concentration moléculaire assez élevée. S'il congèle entre — 3 et — 4°, c'est parce qu'il contient non seulement de l'alcool, mais aussi du glycérol, des sucres et des sels. Déjà dans la bouche, le vin attire l'eau de dilution, et son volume s'en trouve immédiatement accru. Il en est de même dans l'estomac.

Cette sécrétion est salée et acide, ainsi que l'avait déjà fait remarquer Ch. Richet ; le repas d'épreuve à l'alcool de Carnot et de certains auteurs allemands est fondé sur cette irritation.

La sécrétion est évidente et immédiate avec les dilutions de 20 à 10 % ; elle est moins rapide avec des solutions concentrées ; elle a même pu alors paraître nulle : mais,[1] comme l'a vu Gluginski, elle n'est que retardée.

Dans les expériences de l'un de nous, 60 ou 100 gr. de vin font sécréter, en 1/2 heure, 120 gr. d'un liquide contenant de 0,90 à 1,25 gr. d'HCl libre et même, chez les hyperchlorhydriques, 2,50 à 3 gr.

Il y a dans ce liquide moins de mucus que dans une solution d'alcool à titre égal et plus, semble-t-il, que dans une solution saline ou sucrée, même concentrée.

Il y existe aussi une quantité considérable de leucocytes. Le vin est un puissant excitant de cette *leucopédèse* que nous avons étudiée avec Marchal et qui représente un phénomène si intéressant, si constant et si utile de la digestion. Il fait affluer 2000 leucocytes par mmc. à la première heure. Il est à ce point de vue plus actif que l'alcool au même titre. Mais sa puissance leucopédétique est cependant inférieure à celle du sucre, et c'est pour cette raison qu'elle s'accroît dans les vins sucrés et diminue au contraire dans les vins astringents.

La sécrétion d'acide, la production des leucocytes, suffisent à prouver l'action favorable du vin dans la digestion.

Nos recherches confirment que le vin pris à dose modérée excite la digestion. Il représente alors de 3 à 5 % du contenu gastrique, proportion qui n'est pas atteinte après absorption de 250 cc. de vin au cours d'un repas.

Il n'est pas impossible que le vin active la digestion peptique. *In vitro*, la digestion des albuminoïdes semble accélérée de 15 à 20 % par des vins moyens titrant 10° d'alcool, 20 gr. d'extrait et 2,76 gr. d'acidité, alors même qu'ils sont ajoutés aux liquides digestifs dans la proportion de 15 à 20 %. Cette accélération, notre « cléret » français la produit aisément, mais non point ces multiples vins étrangers que l'on qualifie de Bordeaux et qui n'en ont que le nom.

On comprend, d'après ces quelques constatations, que l'examen d'une muqueuse d'estomac de chien présente après ingestion de 150 cc. de vin quelques *signes d'excitation*, une vascularisation importante, un certain gonflement des cellules de surface et de nombreux leucocytes polynucléaires ; mais ce ne sont pas là des lésions.

Avec l'alcool pur, les cellules sont au contraire contractées, les vaisseaux resserrés et la leucopédèse nulle. Avec l'alcool dilué, les réactions sont analogues mais la leucopédèse et la sécrétion apparaissent plus tard qu'avec le vin. La répétition des doses peut transformer les réactions cellulaires en lésions véritables et décelables (Hayem et Theohari).

Reste la question de l'*évacuation* par l'estomac. Les vins très chargés en alcool, très astringents, provoquent une contraction du pylore et une hypertonie de toute la musculature qui suspendent à l'écran, pour un temps, toute évacuation.

Mais un vin moyen, absorbé à la dose de 150 à 200 cc. avec 200 cc. de la bouillie barytée, ce qui fait une dilution seulement du tiers, accélère au contraire l'évacuation. Après une phase d'immobilité de quelques minutes, les contractions se font regulières, amples, un peu hâtives peut-être, et l'évacuation s'accélère, ainsi que Aubourg et Lebon l'ont vu dans les expériences déjà vieilles de 15 ans.

Sans doute, une certaine quantité de vin se résorbe dans l'estomac lui-même comme peuvent se résorber les cristalloïdes et même le ferrocyanure dans les expériences de Vallery-Radot et dans celles de l'un de nous. Le vin se résorbe un peu plus lentement que l'eau : Si l'on injecte dans l'estomac d'un lapin 100 gr. de vin après pincement du pylore, le vin disparaît en deux heures, c'est-à-dire dans un temps analogue à celui qu'il met à disparaître d'une anse grêle isolée entre deux ligatures. Il semble, d'après les tubages que l'un de nous a pratiqués, que la résorption gastrique du vin soit assez marquée dans les sténoses pyloriques.

Le vin passe ensuite dans le *duodénum*.

Certains vins légers et surtout les vins à peine alcoolisés sont des *cholagogues* incontestables, c'est-à-dire qu'ils accroissent, ainsi que le tubage duodénal permet de s'en rendre compte, le flux biliaire, bile du cholédoque et bile vésiculaire. Ils doivent cette action en partie au glycérol, en partie au tartrate de potasse. Peut-être accroissent-ils aussi la sécrétion pancréatique. En tout cas, ils agissent en général sur le pouvoir digérant *in vitro* du *ferment pancréatique*, le champagne mis à part car à une dilution de 10 ou 20 %, ce dernier semble au contraire entraver cette action.

Le vin gagne ensuite le *foie*, de plus en plus dilué par les sucs intestinaux, par conséquent à une concentration assez faible. Cette dilution évite l'action irritante et les lésions qui peuvent en être la conséquence. Mais elle n'empêche pas le vin de produire quelques modifications du chondriome, une leucocytose intrahépatique énorme et une fonte assez étendue du glycogène (Loeper et Michaux). Cette fonte du glycogène témoigne d'un accroissement de l'activité de l'amylase du foie. Elle explique, plus que la richesse même du vin en sucre, l'hyperglycémie qu'on observe quelquefois.

Il nous est apparu que le vin pouvait accroître le *pouvoir défensif du foie* vis à-vis des protides.

Un de nos malades, que l'urticaire ne manque pas d'envahir après l'absorption du poisson, ne fait pas d'urticaire s'il absorbe en même temps 200 gr. de vin pur.

L'absorption de vin ne détermine aucun choc hémoclasique ; la leucocytose polynucléaire, après une chute très passagère, s'élève à 15.000 dans les 2 heures qui suivent. Et le vin peut s'opposer chez des hépatiques frustes à la réalisation de l'épreuve de Widal, comme il s'oppose à l'urticaire et aux réactions toxiques.

Cette action défensive et anti anaphylactique méritait d'être signalée.

Le choc est au contraire fréquent après injection sous-cutanée ou veineuse de vin chez l'animal.

D'autre part, le vin agit sur l'*appareil circulatoire*, mais de façon un peu paradoxale. On considère habituellement les buveurs comme des hypertendus et Lian l'admettait récemment encore. Quoique ces buveurs ne soient pas uniquement des buveurs de vin mais aussi d'alcool, de spiritueux, d'apéritifs, et qu'ils soient de très gros buveurs, on peut admettre que l'absorption de vin fait de l'hypertension. Introduit par voie sous-cutanée chez l'homme, le vin est encore hypertensif.

Mais l'injection veineuse est *hypotensive*. L'un de nous a injecté, avec M. Lemaire et M. Michaux, 10 cc. de vin, titrant 10°, dilué de moitié ou pur dans les veines des chiens. La tension artérielle s'abaisse toujours, de 1 à 3 c. de Hg, et parfois pendant 4 à 5 minutes : plus avec le vin pur qu'avec le vin dilué, avec le vin riche en extrait qu'avec un vin pauvre, avec un vin non dépouillé qu'avec un vin dépouillé, avec le Bourgogne qu'avec le vin ordinaire et même qu'avec le Barsac sucré. Et, chose curieuse, qui montre bien la différence d'action du vin et de l'alcool, ce dernier, pur, à titre égal, s'accompagne d'une hypertension négligeable, parfois d'une hypotension et parfois de rien du tout.

L'action hypotensive du non-alcool du vin comme l'hypoleucocytose qui l'accompagne est un phénomène de choc.

Par voie veineuse, le vin semble agir sur le *vague*.

Par voie buccale et même sous-cutanée, le fait est moins certain. Pourtant le réflexe oculo-cardiaque est assez fréquemment modifié. De même le vin modifie les réflexes médullaires, mais, comme l'a déjà vu Gley, il atténue fort peu les acuités tactiles, et la perception des sensations.

A dose forte, le vin détermine des lésions nerveuses : 5 cc. suffisent en injection veineuse à provoquer une paralysie du train postérieur. A doses faibles, l'innocuité est absolue. Malgré leur affinité reconnue pour le système nerveux lui-même, les aldéhydes, les éthers, les alcools que contient le vin sont en proportion trop faibles pour provoquer par voie digestive une altération durable. Par contre le phosphore est un aliment des cellules nerveuses.

Nous ajouterons encore quelques considérations sur le *tonus musculaire*. Schnyder et Dubois avaient fait voir l'exagération par le vin des contractions des fléchisseurs des doigts, mais cette exagération est, du moins quand le vin est pris en dehors des repas, inférieure à celle que produit tout repas notamment de farineux.

L'un de nous a également vu s'accroître sous l'effet du vin la force musculaire mesurée au dynamomètre. Dans des expériences inédites faites sur des chevaux, il a constaté que le vin pris en barbotage un peu avant le travail, provoquait un accroissement du travail, en même temps qu'il améliorait le fonctionnement général de l'organisme. Cela ne se produit que chez les adultes entraînés, mais non chez les sujets surmenés, même remis en état et surtout chez les animaux jeunes.

On obtient alors un effet analogue à celui que produit le fouet lorsqu'il claque. L'excitation est bien supportée et toute différente de celle qui provient de l'ingestion d'alcool. Celui-ci provoque une secousse trop violente à laquelle un organisme épuisé répond par une diminution du rendement.

En ce qui concerne l'action du vin sur la *nutrition générale*, on ne possède que fort peu de documents nouveaux. Le métabolisme basal subit peu de variations si les organes sont sains. Le quotient respiratoire est accru et se rapproche de l'unité.

Rappelons que le vin, loin d'augmenter la désassimilation, épargne la combustion des graisses et des glucides. Il facilite la fixation de l'azote. C'est d'ailleurs ce qui explique en partie l'obésité de certains buveurs.

Reste l'action du vin sur le *rein*. La polyurie est indiscutable puisque le volume des urines rendues dépasse le le volume du vin ingéré. Elle est très forte avec certains vins de la Loire et d'Alsace, plus accentuée avec les vins blancs qu'avec les vins rouges, bien que les Bourgogne rouges soient diurétiques. Expérimentalement, on peut enregistrer, après injection intense de vin, un gonflement du rein, mais ce gonflement est secondaire. Il succède à une réduction de volume qui accompagne l'hypotension et est momentanée comme elle.

Le substratum histologique est une leucocytose intrarénale assez marquée avec des polynucléaires et des eosinophiles et une banale et légère dilatation des tubes avec affaissement des cellules nobles.

Le vin agit sur la circulation rénale et sur les cellules mêmes et il est assez naturel de constater, parallèlement à la polyurie, un excès d'urée et de chlorures. Le seuil d'élimination de certaines est abaissé. La constante uréo-sécrétoire peut être inférieure à la normale.

La responsabilité de cette polyurie est de détermination assez difficile. Sans doute le sucre, les sels de potasse et les tartrates jouent, chacun, un rôle important. On a d'ailleurs discuté l'action de l'acide tartrique et on lui a même attribué certaines lésions cellulaires, A faible dose il est certainement inactif.

* * *

L'action physiologique du vin est donc multiple et variée. Malgré l'élection de certains de ses composants pour tel ou tel organe ou telle ou telle cellule, elle résulte de *l'ensemble plutôt que d'une partie du mélange*.

Le vin constitue certainement, par l'importance de ses combinaisons salines organiques, une boisson nettement *alcalinisante*. On sait que la tendance à l'acidité résulte entre autres de l'alimentation azotée. Les fruits combattent cette acidité parce que les citrates, tartrates, malates alcalins qu'ils apportent, laissent après oxydation un résidu de carbonates alcalins. Pourquoi le vin n'agirait-il pas de même ?

En second lieu les sels organiques alcalins, de potasse par exemple, sont parfaitement susceptibles dans le vin comme dans le lait et dans le suc des plantes, de faciliter, en présence des sucres, la *dissolution et le transport de la chaux* dans les tissus. Ils agissent ainsi sur la fixation des phosphates alcalino-terreux par les tissus vivants, comme l'ont démontré des expériences poursuivies par l'un de nous, sur des chevaux nourris avec de la mélasse ou tout autre aliment riche en matières sucrées, en sels organiques alcalins. Peut-être aussi la nature colloïdale de certaines de ces combinaisons facilite-t-elle cette rétention phosphorée ?

Autre point capital : les éléments minéraux du vin sont dissous et en partie *ionisés*. Les électrolytes se comportent donc certainement comme des catalyseurs susceptibles d'accélérer une multitude de réactions chimiques indispensables. Et c'est le cas de reprendre le terme de *zymosthénique*, que le Professeur Roger a employé le premier et que l'un de nous avec Mougeot, a de nouveau appliqué aux eaux minérales.

Puisque l'on ne discute plus aujourd'hui l'importance biologique des aliments minéraux — fussent-ils employés même à l'état de traces — sur les échanges nutritifs et le métabolisme organique, puisque l'alimentation a pour but d'approvisionner l'économie animale non seulement en constituants normaux des tissus et des humeurs, mais également en diastases, on ne peut que bien se trouver de l'usage du vin et de ses composants inorganiques.

On a parlé de la *radio-activité* des vins et un récent arti-

cle de Cuvier la remet en question. Cette radio-activité est réelle : elle est comprise entre le dixième et le centième de l'uranium, et atteint de 0,07 à 0,030 microcuries pour les vins blancs, et de 0,015 à 0,020 pour les vins rouges, chiffres intéressants puisqu'ils approchent ceux de certaines eaux minérales, Bagnères-de-Luchon par exemple. Si la radio-activité est plus forte dans les vins blancs, elle est plus constante et plus stable dans les vins rouges.

Quant aux *vitamines*, elles viennent d'être étudiées avec grand soin par Mme L. Randoin au laboratoire de physiologie de la Société Scientifique d'hygiène alimentaire. Et les travaux de cet auteur comblent quelque peu les lacunes des recherches poursuivies à ce sujet en Amérique.

Des deux vitamines B, le raisin n'apporte que le facteur d'utilisation B nutritive, mais non la vitamine antinévritique. De la vitamine C, antiscorbutique, le raisin apporte une proportion assez forte, mais pourtant 5 à 6 fois inférieure à celle du jus de citron.

Or le vin qui résulte de la fermentation de ce raisin a presque perdu tout pouvoir antiscorbutique.

Le pouvoir antiscorbutique disparaît même complètement quand on concentre le vin au 1/3 de son volume. Le pouvoir d'utilisation nutritive de l'un des facteurs désignés sous la lettre B, a été retrouvé dans le vin concentré trente-trois fois.

Telles sont les diverses propriétés actuellement reconnues au vin. Comme on le voit elles, sont multiples, et les avantages priment de beaucoup les inconvénients.

Nul doute cependant qu'un vin trop acide ou trop sucré ne provoque des brûlures œsophagiennes et gastriques, qu'un vin insuffisamment dépouillé ne ralentisse la sécrétion gastrique, qu'un vin trop riche en éthers et en aldéhydes ne puisse irriter le foie et qu'un excès de sulfates et de tartrates ne soit susceptible à la longue de léser le rein, qu'un vin trop généreux, trop riche en alcool, et surtout trop largement absorbé ne finisse par léser les éléments nerveux.

Nul doute encore que certaines muqueuses et certains organes prédisposés, sensibilisés ou malades, ne souffrent d'un contact que d'autres supportent aisément et sans dommage. Il faut donc préciser les indications du vin et aussi les contre-indications.

∴

La *dyspepsie* hyperchlorhydrique s'accommode mal de l'absorption du vin même par petites doses. Elle supporte cependant les vins légers, peu alcoolisés, peu sucrés, peu acides et dilués.

Il est à peine besoin de dire que le vin est interdit aux anciens *ulcéreux* et qu'il l'est encore à tous les estomacs *hypéresthésiques* essentiellement irritables, à toutes les muqueuses fragiles, hypergénétiques ou desquamatives qui se dépouillent aisément.

L'action excitante du vin sur le foie le fait interdire aux *hyperhépatiques*, qu'ils aient ou non du sucre dans leurs urines, aux *lithiasiques biliaires* dont le vin excite la vésicule.

Le vin ne convient pas aux *instables* du *système nerveux*, pas plus qu'aux insomniques et aux anxieux. L'amélioration que produit un « coup de vin » est passagère et suivie d'un mauvais lendemain. L'excès du vin est en tout cas contre-indiqué chez les hypertendus et athéromateux. Les *goutteux* se trouvent assez mal du vin de Bourgogne, du Saint-Emilion ; les lithiasiques du rein, des vins blancs acides, riches en tartre, alors même que le collage excessif n'interviendrait pas dans leur nocivité.

De nombreuses études seraient pourtant encore nécessaires pour fixer ces contre-indications.

∴

Les *indications* du vin visent les états dyspeptiques, le foie torpide, la fatigue générale et nerveuse, les maladies infectieuses à leur période de convalescence, la tuberculose, l'élimination rénale et les maladies de la nutrition.

Le vin trouve son emploi dans la *dyspepsie atonique* et dans l'hypochlorhydrie. Déjà Chomel le vantait dans ce qu'il appelait la dyspepsie des liquides, et Carles n'hésite pas à le considérer comme un excellent apéritif

L'absorption, une demi-heure avant le repas, de 50 gr. de vin, même pur, non acide et un peu sucré, paraît avoir une influence favorable sur la sécrétion gastrique, insuffisante ou simplement tardive, sur la leucopédèse aussi, sur les contractions gastriques enfin. Nous l'avons démontré physiologiquement avec M. Marchal et avec M. Michaux.

Le vin excite les papilles de la langue et la sécrétion salivaire, par conséquent la transformation des amylacés. L'usage de l'associer aux amers, aux ferments, est par conséquent justifié.

On connaît l'action sédative des vins gazeux sur les vomissements ; le gaz carbonique a certainement ici un rôle supérieur à celui du vin lui-même.

Le vin peut exciter le *fonctionnement hépatique* dans cet état que l'on désigne sous le nom imagé de foie torpide. L'excitation se traduit par une augmentation fréquemment constatée du *coefficient azoturique* et du coefficient d'assimilation azotée. Elle est nulle ou remplacée par un phénomène inverse si le foie est particulièrement touché et s'épuise facilement. (Lœper et Michaux).

Le vin doux et jeune peut être *purgatif*. Le vin adulte ne l'est pas. Il n'est pas sans effet dans certaines diarrhées, voire dans certaines entérites infectieuses, où son action s'exerce sans doute sur la tonicité neuromusculaire.

Richelot a prétendu que le vin pouvait préserver de l'*appendicite* : beaucoup d'appendiculaires sont évidemment des buveurs d'eau, mais il s'agit là d'une boutade et non d'une affirmation bien établie.

Le vin depuis Grisolle, et ce fut une révolution, est administré aux *pneumoniques*. Ni Harsen, ni Manquat n'en sont très partisans, et ils ont tort.

Le vin est utilisé aussi dans le choléra, dans le paludisme (Le Dantec) et dans la *fièvre typhoïde* même. Il n'est pas impossible que l'effet bienfaisant dans les états typhiques soit dû à la fois à une action antiseptique, déjà démontrée par Eberth, par Richet et Gigou, et aussi à une action topique qui n'est pas discutable. Mais il est certainement un leucopédétique et joue un rôle dans la défense de l'organisme. Il accroît les ferments du sang.

Le vin est un *tonique du système nerveux*. Régis soutient que bien des délires cèdent à l'usage du vin plus qu'à son abstinence. En tout cas, le vin est depuis longtemps utilisé dans le délirium tremens. Il a une action incontestable sur la fatigue, surtout le vin rouge, le vin vieux et par conséquent assez phosphoré.

Il augmente la tonicité des fibres striées, agit sur les fibres lisses mais, chose assez curieuse, il agit différemment sur les fibres des vaisseaux et sur celles de l'intestin...

Le vin constitue l'excipient habituel de nombre de toniques et les *vins médicamenteux* abondent dans le Codex et la spécialité. Coca, quinquina, kola, maté, sont incorporés aux vins de Grenache, de Madère, de Samos, de Bordeaux qui apportent le triple appoint d'un élément de dilution, d'un élément agréable et d'un élément tonique. Les vins liquoreux sont particulièrement riches en pectines, donc en glycérophosphatides et conviennent aux surmenés.

Peut-être le vin par lui-même peut-il accroître les hématies, l'hémoglobine et le fer du sang. Il est utile dans les *convalescences*, par son alcool, par son phosphore et par ses sels minéraux.

⁂

La discussion reste ouverte en ce qui concerne l'utilisation du vin dans la *tuberculose*.

D'abord on a prétendu qu'il y prédisposait. Certes la tuberculose est plus fréquente chez les marchands de vin, les aubergistes, les voituriers et les garçons d'hôtel. Mais le vin, chose certaine, n'est pas, pour ces diverses professions, l'unique facteur prédisposant. D'autres alcools, la mauvaise hygiène, les excès de travail et de veille y entrent bien pour quelque chose.

On a compté 56 % de tuberculeux chez les buveurs d'alcool de l'Hérault, et seulement 15 % chez les buveurs de vin. Et cette différence tient certainement à la quantité d'alcool pur et d'essence absorbée par les premiers. Elle tient aussi à la quantité d'autres produits absorbés avec le vin par les seconds : et ces produits peuvent être de véritables antidotes.

On a prétendu enfin que le vin accélérait la tuberculose une fois développée et la faisait plus rapide et plus aiguë. L'alcool, peut-être? le vin point.

Aubertin soutient même le contraire et veut que le vin soit, en certains cas, un agent de sclérose, d'enkystement sinon de cicatrisation des lésions. Sans accepter cette proposition, on doit admettre que le vin est un aliment et même un médicament du tuberculeux et qu'il ne peut-être dangereux s'il est pris à dose moyenne.

∴

Reste l'action du vin sur la *nutrition*.

Pauvre en purines, il n'en apporte point au goutteux. Alcalinisant, il aide à la dissolution de l'acide urique. Diurétique, il facilite son élimination. Et c'est chose paradoxale que de voir le vin provoquer dans certains cas des crises goutteuses et aider dans d'autres à les améliorer.

Il est difficile, à l'heure actuelle de faire entrer en ligne de compte les vitamines dont Mme Randoin a poursuivi l'étude. Nous rappelons cependant que déjà Brouardel vantait le vin dans le scorbut.

La *diurèse* provoquée par le vin est souvent importante. Les plus diurétiques des vins sont les vins d'Anjou, les vins de Bordeaux blancs et les Bourgogne légers, sans doute à cause de leur richesse respective en sucre, en potasse, en tartre, et même en chaux. Le tartre semble un diurétique des chlorures et de l'urée et n'a point d'action sensible sur la cellule rénale.

Il est possible que le bore contenu dans certains vins ait une action antiseptique et sédative du système nerveux. Il est certain que le soufre peut influencer la nutrition. Sa grande abondance dans les vins du Rhin et de la Moselle, dans les Meursault, les vins du Roussillon, les vins doucereux *mutés* à l'acide sulfureux ne leur conserve pas seulement les qualités qui plaisent aux consommateurs, mais peut avoir encore un effet thérapeutique dans certains troubles osseux, pulmonaires ou nutritifs.

Personne ne discute aujourd'hui l'opinion de Bouchardat, à savoir que le vin est, à dose moyenne, un bon aliment du *diabetique*.

Les divers constituants du vin semblent bien utilisés par lui. Pourtant, il faut prohiber les vins souvent artificiellement sucrés de Bordeaux et de Champagne.

On a dit récemment, et le point est à noter, que l'acide tartrique abaissait le seuil rénal d'élimination du glucose.

De même que pour les toniques, le vin a été utilement associé à un grand nombre de médicaments diurétiques, cardiaques ou goutteux utilisés dans les maladies de nutrition.

Il existe un vin d'oignon, un vin de colchique, un vin d'Anduran, un vin de scille, un vin de la Charité et un vin de l'Hôtel-Dieu où le vin sert de véhicule à la scille, au sel de nitre, à la digitale, à la colchique, etc.

Depuis Ambroise Paré et Nicolas Lemery, le vin reste un médicament et renforce l'action d'autres médicaments.

∴

Nous avons envisagé uniquement l'introduction du vin par voie buccale. Il n'est pas impossible qu'on puisse faire entrer en ligne de compte *d'autres modes d'administion* : rectale, sous-cutanée, veineuse. Nous les avons tous trois étudiés.

La voie rectale fut recommandée pendant la guerre par Houssay qui n'hésita pas à donner à ses typhiques des lavements de 1 à 2 litres de vin et en obtint quelques succès rapides.

Les voies veineuse et sous-cutanée peuvent être également proposées.

L'injection de vin sous la peau est parfois douloureuse et doit être faite à une dilution asez étendue.

L'injection intra-veineuse est sans danger si elle ne dépasse pas, pur ou dilué, 1/10 cc. de vin par kilo. Elle peut produire un léger choc.

Il semble que ces injections provoquent une diurèse notable, une hypertension modérée, un réveil de l'activité cardiaque et un accroissement de la tonicité neuromusculaire.

Mais les recherches que l'un de nous a entreprises sur ce point avec MM. Lemaire et Michaux, sont encore trop incomplètes pour permettre une conclusion.

Elles permettront sans doute, un jour, de prouver la valeur physiologique élective des différents vins, de dissocier l'action de leurs divers composants, d'en fixer plus exactement les applications thérapeutiques et d'en multiplier ou renouveler les méthodes d'administration. Ainsi s'ouvrirait un nouveau chapitre, celui de l'*Œnothérapie*, aussi intéressant peut-être et aussi vaste que celui de la crénothérapie.

La vésicule biliaire pendant la gestation

Par **Henri VIGNES**.

Physiologie de l'évacuation vésiculaire (*en dehors de la gestation*). — Une partie de la bile s'écoule directement du foie dans l'intestin par le canal hépatique et le cholédoque ; une partie reflue dans la vésicule où elle s'emmagasine et se concentre comme s'il s'agissait, par cette concentration, d'obtenir un produit plus actif.

On a pensé que l'évacuation de la vésicule était déterminée par la pression qu'exerce l'inspiration sur les viscères abdominaux : cette théorie n'a, actuellement, plus de partisans : tout au plus, quelques auteurs admettent-ils, très accessoirement, une influence adjuvante du diaphragme. La très grande majorité des physiologistes et des médecins qui ont étudié cette question récemment par l'expérimentation et par l'examen radiologique, ont établi que l'évacuation est due à une contraction musculaire de la vésicule, et plus exactement, à l'antagonisme entre deux contractions, celle de la paroi vésiculaire qui tend à chasser la bile et celle du sphincter d'Oddi qui tend à la retenir (1). C'est l'ingestion des aliments qui règle l'évacuation de la vésicule. Les hydrates de carbone n'ont quasi pas d'activité à ce point de vue : les protéines n'en ont guère plus : ce sont surtout les corps gras qui ont ce pouvoir. Leur présence (2) dans l'estomac détermine une mise en tension de la vésicule, avec augmentation de volume ; puis, dès que le pylore s'ouvre, l'évacuation biliaire commence. L'acide chlorhydrique, la peptone, le sulfate de magnésie, l'huile de menthe poivrée, favorisent l'excrétion de la bile en relâchant le sphincter : le bicarbonate de soude a l'effet contraire.

Le système nerveux règle ce mécanisme. Schématiquement, on peut dire qu'une excitation du vague fait con-

(1) Il y a d'ailleurs des réserves à faire sur le caratère un peu simpliste d'un schéma aussi résumé : des travaux récents ont fait constater, dans certaines circonstances, une indépendance entre les deux phénomènes contractiles.

(2) Le jaune d'œuf a un effet particulièrement accentué ; c'est cette propriété qui est utilisée dans le repas d'épreuve de Boyden.

tracter la vésicule et inhibe le sphincter, et que l'excitation du sympathique contracte le sphincter et relâche la vésicule. De même, l'atropine et l'adrénaline inhibent la vésicule, et la pilocarpine l'excite.

La contractilité vésiculaire peut s'étudier, soit par le tubage duodénal qui permet d'apprécier l'excrétion de la bile, spontanée ou provoquée, soit par la cholécytographie. Non visible à la radiographie ordinaire, la vésicule le devient, en effet, par l'ingestion de tétraiodophtaléine.

Les phénolphtaléines introduites dans l'organisme étant, presque en totalité, reprises par le foie et éliminées par les voies biliaires, GRAHAM eut l'idée d'employer la phénolphtaléine tétraiodée, sel très opaque et très peu toxique, pour opacifier la vésicule. Quelques heures après l'absorption de ce sel (soit par injection intra-veineuse, soit *per os*), le tétraiode commence à opacifier la vésicule ; cette opacité va en augmentant par suite de la concentration de la bile (qui, nous l'avons déjà dit, est une fonction physiologique de la paroi vésiculaire normale). Puis la bile est évacuée dans l'intestin au cours du travail digestif et la vésicule cesse d'être visible.

Des radiographies prises à des intervalles convenablement choisis suivant le mode d'introduction montrent si la vésicule se remplit normalement et si elle se vide dans des délais normaux (1), si sa forme est normale et si elle n'est pas déformée par des adhérences.

Fréquemment, au cours de la gestation, la vésicule biliaire ne peut être décelée par la cholécystographie après injection ou ingestion des substances qui, en dehors de cet état, la rendent opaque aux rayons. — LEVYN, BECK et AARON (de Buffalo) pratiquant la cholécystographie à la fin de la gestation chez dix-sept primipares (après injection veineuse de tétraiode) n'ont pas pu voir la vésicule dans sept cas et l'ont vu dans les dix autres cas. FOGELSON a obtenu des résultats analogues avec divers substances opacifiantes :

Substances employées	V. non vue	V. vue
Bromeikon *per os*	16	7
Iodéikon *per os*	17	6
Tétraiode *per os*	9	1
Tétraiode par la veine	1	1
Total	45	15

La fréquence des vésicules invisibles augmente avec le terme de la gestation : tous les cas de LEVYN, BECK et AARON ont été observés à la fin de la gestation ; dans la série de GROSSEN et MOORE, la cholécystographie donne toujours des résultats au début et devient infidèle à la fin ; dans la série de FOGELSON, il en est de même et, en particulier, après sept mois et demi, il ne s'est pas trouvé une seule vésicule qui soit visible. De même, BENDA, au début de la gestation, a toujours pu voir la vésicule après injection de tétraiode : à la fin de la gestation, il n'en est pas de même : sur 22 primipares il a eu dix insuccès et, sur 15 multipares, le même chiffre de dix lequel, étant donné le total des multipares, témoigne d'une proportion plus grande encore d'insuccès.

Nous ne savons, actuellement, à quelle cause il faut attribuer l'invisibilité de la vésicule si souvent observée à la fin de la gestation. — En dehors de la gestation, on tient l'absence d'ombre vésiculaire pour un élément de diagnostic important qui permet de conclure à un état pathologique de la vésicule et c'est ainsi qu'on incrimine soit une oblitération du canal cystique, soit une cholécystite avec altération des fonctions de concentration, ou ayant produit une rétraction vésiculaire, soit l'influence hépatique. De plus, lorsque l'absorption a eu lieu *per os*, on peut incriminer une non-assimilation (2). Evidemment, au cours de la gestation, on peut invoquer la pression exercée par l'utérus gravide, mais cette pression directe n'a pas été démontrée de façon certaine, et WESTPHAL nie totalement qu'il puisse y avoir pression de l'utérus gravide sur la la face inférieure du foie. Evidemment, aussi, on peut incriminer une augmentation de la pression intra-abdominale (1), mais CANNON estime que l'augmentation de pression intra-abdominale s'exerce autant sur la vésicule que sur le canal et que ceci l'élimine en tant que facteur de stase.

Certains auteurs ont pensé que la gestation retarde l'évacuation de la vésicule, C'est ainsi que l'absorption du jaune d'œuf chez la femelle enceinte du chien, du cobaye, du spermophile, d'après MANN et HIGGINS, n'est pas suivie de l'évacuation rapide qu'on observe en dehors de l'état de gestation. L'introduction dans l'abdomen de ballons ayant la dimension d'un utérus gravide n'a pas le même effet : il n'y a aucune stase. Dans l'espèce humaine, NOEGELI, sur 70 % des primipares normales qu'il a examinées après repas de Boyden, a constaté un retard considérable de l'évacuation qu'il attribue à une atonie vésiculaire. Par ailleurs, NOEGELI a apporté des faits importants qui permettent d'éliminer le rôle du diaphragme : il a eu, en effet, l'occasion de constater que la résection du phrénique pour immobiliser la moitié droite du diaphragme dans un but thérapeutique ne modifie pas l'évacuation de la vésicule.

Mais cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs : WHITAKER et EMERSON considèrent que la gestation en soi n'exerce aucune action inhibitrice sur la vésicule biliaire chez la chatte pleine en état de santé normale. A ceci, on peut objecter, avec MANN et HIGINS, qu'en effet il en est ainsi chez la chatte, mais chez la chatte seulement. Pour l'espèce humaine, FOGELSON dit que chaque vésicule s'est vidée dans un temps normal ; dans les dix cas de LEVYN, BECK et AARON, où la vésicule était visible, la concentration du colorant et la rétraction après repas de Boyden étaient normales.

Les modifications nerveuses et humorales propres à la gestation sont susceptibles d'influer sur l'innervation et la motricité de la vésicule et permettront peut-être d'expliquer les anomalies de l'évacuation vésiculaire signalées au cours de la gestation. WESTPHAL a observé, expérimentalement, une augmentation du tonus du sphincter de Oddi. CHIRAY, LEBON et CALLEGARI, ont montré qu'au cours de la gestation, les extraits hypophysaires déterminent des contractions plus précoces et plus brusques qu'en dehors de cet état (2).

Par ailleurs, WILKE estime que l'hypercholestérolémie gravidique constitue un facteur d'excitation pour le sympathique et, partant, pour le sphincter.

FRIGYESI parle d'une névrose de la motilité pour expliquer certaines douleurs vésiculaires. Il conseille pour les soulager l'emploi de l'atropine et, aussi, la chaleur locale, l'ingestion d'huile, l'extrait hypophysaire, le sulfate de magnésie. De même, LEVYN, BECK et AARON conseillent de stimuler l'évacuation vésiculaire des femmes enceintes par un régime bien balancé en graisse.

Modifications de forme. — Dans les dix cas (sur dix-sept) où la vésicule était visible, LEVYN, BECK et AARON en signalent six ou la vésicule était déformée par pression. Cependant ils ne croient pas devoir incriminer la pression pour expliquer leur insuccès. FOGELSON, dans les quinze cas (sur soixante) où il a pu voir la vésicule, a toujours observé une forme normale. De même NOEGELI a noté une forme sensiblement normale.

Petits troubles liés aux anomalies de l'évacuation vésiculaire. — LEVYN BECK et AARON, croient avoir remarqué que les nausées étaient plus fréquentes dans les cas où l'on ne

(1) Ces délais varient suivant que l'évacuation est laissée au libre jeu de la digestion ou qu'elle est provoquée par un repas de BOYDEN.

(2) Si l'on utilise comme enrobage de la kératine, il faut avoir présent à l'esprit que la kératine est insoluble en milieu acide et que, chez les lithiasiques, le milieu intestinal est souvent acide.

(1) REUBEN PETERSON. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juillet 1910, a noté que les femmes ont, le plus habituellement, leurs attaques de coliques hépatiques au moment où le fond utérin atteint l'ombilic.

(2) Pour BOYDEN, la vésicule s'évacue plus vite chez la femme que chez l'homme.

pouvait déceler la vésicule. MARK GOLDSTINE a décrit des cas de dyspepsie pénible chez la femme enceinte avec douleur de l'hypochondre droit et nausées qui étaient soulagées par des repas de graisse.

BIBLIOGRAPHIE

BENDA. — Fonction vésiculaire et gestation. *Zentralblatt. f. Gyn.*, 30 juin 1929.

CHIRAY, LEBON et CALLEGARI. — Effets des extraits hypophysaires sur la contraction vésiculaire. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 15 janvier 1926.

CROSSEN et MOORE. — Cholécystographic s'udies on pregnancy. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1928, t, XVI, p. 840.

FOGELSON. — La cholécystographie pour apprécier la stase vésiculaire pendant la gestation. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn*, mai 1929, p. 613.

FRIGYESI. — *Med., Klin.*, 16 sept. 1927.

MARK GOLDSTINE. — Disc. de la communication de FOGELSON (p. 731).

LEVYN, BECK et AARON (de Buffalo). — Cholécystographie à la fin de la gestation. *Radiology* juillet, 1928, p. 48.

F.-C. MANN et G.-M. HIGGINS. — Effect of pregnancy upon the emptying of the gall-bladder. *Proc Soc. exp. Biol. and Med.*, 1927, t. XXIV, p. 930 et *Archives of Sugery.*, oct. 1927, p. 552.

Th. NOEGELI. — Rœntgenuntersuchungen der Gallenblase in der Graviditat im Puerperium. *Schweizeriche medizinische Wochenchrift.* t. LIX, n° 9, 2 mars 1929, p. 267.

WESTPHAL.. — *Zeitsch. f. kl. med.*, 1923, t. XCVI, p. 22.

LESTER, R. WHITAKER et WILLIAM C. EMERSON. — Emptying of the gall bladder in pregnancy. *Amer. J. of Physiol.*, 1928, t. LXXXIV, p. 516

WILKE. — On the functions of the Billary Passages in relation to their pathology. *Lancet*, 2 oct. 1926, p. 713.

Le système réticulo-endothélial,

Par Pierre DUHAIL.

Avant de donner une définition de ce système, il nous paraît nécessaire de rappeler les travaux nombreux faits depuis une cinquantaine d'années, surtout de l'autre côté du Rhin, et qui ont abouti après bien des étapes à la notion d'abord de tissu réticulo- endothélial — terme impropre comme nous allons le voir — enfin de système réticulo-endothélial (Aschoff et Laudau, 1913).

Tissu réticulo-endothélial en effet, c'est une expression qui implique, comme le fait justement remarquer Laguesse, quelque chose de restreint et de strict. Un système au contraire c'est « l'ensemble de toutes les parties de l'organisme constituées par le même tissu (ou les mêmes tissus), et ayant par conséquent même structure, même fonction, mêmes lésions. Mais on comprend très bien qu'il soit pourtant permis et même indiqué de réunir parfois sous le nom de système l'ensemble de toutes les cellules ayant également même structure, mêmes fonctions, mêmes lésions, et de mettre au premier plan la fonction pour établir ce système. C'est bien ainsi qu'a été compris par ses parrains le réticulo-endothélial-système. »

Par une série de travaux expérimentaux on est arrivé à grouper divers éléments pour constituer un système homogène au point de vue physiologique du moins.

Wirchov avait observé que les grains d'encre de Chine déposés par tatouage dans le derme étaient acheminés et retenus dans les ganglions lymphatiques. Il en va de même pour les particules charbonneuses amenées dans le poumon par la respiration.

Billroth, Cornil, von Ebner, Besançon et Labbé montrèrent que ces particules étaient retenues et phagocytées par les cellules réticulées cloisonnant les sinus de ces ganglions, cellules ayant, on le savait déjà, la propriété de retenir les corps pulvérulents et de détruire les hématies vieillies.

Kupffer avait précisé le même pouvoir phagocytaire aux cellules étoilées du lobule hépatique qui portent son nom.

Ces diverses constatations ont été groupées par Ribbert (1904) qui a eu le mérite de synthétiser aussi le premier le système réticulo-endothélial.

« Par ses expériences, il a prouvé qu'après des injections intra-veineuses répétées de la solution de carmin lithiné étendu d'un égal volume d'eau, le carmin se présentait constamment sous forme de granulations roses dans les tubes contournés du rein, mais encore qu'une partie était retenue dans l'organisme. Cette propriété si particulière était dévolue à certains éléments cellulaires dont l'ensemble constitue un système bien défini. Les cellules de KUPFFER, les cellules endothéliales et réticulaires de la rate et des ganglions lymphatiques, les cellules endothéliales des sinusoïdes de la surrénale médullaire, les cellules endothéliales de la moelle des os, certains gros éléments du thymus, certaines cellules du tissu conjonctif (identifiées par RIBBERT aux clasmatocytes de Ranvier) possèdent surtout cette affinité spéciale de rétention de certaines substances. Ultérieurement, il a mis en évidence l'influence que peuvent exercer certains processus pathologiques sur le degré et les modifications des propriétés communes et spéciales à tous les éléments et la possibilité par l'étude de ces variations, d'acquérir une idée plus exacte de certains processus. » (Morel).

Ribbert avait, pour ses recherches, utilisé le rouge trypau. Bouffard 1906 confirme les résultats en se servant du bleu trypau.

En 1912, Goldmann différencie certaines cellules, ayant une affinité spéciale pour le bleu pyrrhol, provenant surtout des taches laiteuses de l'épiploon répandues le long des vaisseaux de cet organe sous forme de cellules migratrices et tombant souvent dans la cavité péritonéale où elles deviennent alors des macrophages. Il est probable que ces cellules interviennent dans la digestion et jouent un rôle important dans le métabolisme général.

Aschoff et Kiyono (1913) montrent que certains globules blancs peuvent, après une seule injection de carmin, se charger du colorant. Et cependant, à proprement parler, ils n'appartiennent pas à la série leucocytaire puisqu'ils n'existent pour ainsi dire pas dans le canal thoracique tandis qu'ils abondent dans le sang veineux provenant du foie et de la rate. Ce sont donc des cellules endothéliales auxquelles ces auteurs donnent le nom d'histiocytes.

C'est alors qu'Aschoff et Laudau (1913) groupent tous ces éléments d'origine endothéliale dans un système d'ensemble qu'ils nomment « réticulo-endothélial Zellapparat » et finalement « réticulo-endothélial System ».

Morphologie du système R. E.

L'élément fondamental de ce système est l'hystiocyte au sens large du mot ou cellule réticulo endothéliale. Celle-ci présente « un noyau rond, ovalaire ou réniforme, plus petit que celui des fibroblastes et plus foncé, plus coloré, à réseau de chromatine plus serré et plus épais, par son corps plus petit, souvent arrondi à contour plus net et mieux limité que celui des dits fibroblastes Laguesse.)

Mais ce système en somme n'est que l'extension du groupe des macrophages de Metchnikoff qui réunissait les cellules de la pulpe splénique et des ganglions lymphatiques, les celulles de Kupffer, certains éléments du tissu conjonctif et les grands mononucléaires du sang.

Les éléments qui constituent le système d'Aschoff sont tous *d'origine mésenchymateuse*. Ils sont capables de se *mobiliser*, de *se libérer* avec la plus grande facilité d'être en-

traînés dans le sang. Ils peuvent enfin *accumuler* dans leur cytoplasma des substances colorantes (carmin lithiné, bleu pyrrhol ou bleu trypan) des pigments biliaires, des métaux colloïdaux, du fer, des lipoïdes et des microbes divers.

Voici quels sont les éléments groupés par Aschoff dans le tissu réticulo-endothélial :

« 1° Le reticulum de la pulpe splénique, des follicules corticaux et des cordons médullaires des ganglions lymphatiques.

2° L'endothélium réticulaire des sinus lymphatiques des ganglions, des sinus sanguins de la rate, des capillaires du foie (cellules étoilées de Kupffer, de la moelle osseuse, de la surrénale, de l'hypophyse).

3° Les histiocytes du tissu conjonctif, auxquels se rattachent les clasmatocytes de Ranvier, les polyblastes de Maximow.

4° Les splénocytes, les monocytes (leucocytes endothéliaux, histiocytes du sang) provenant des deux catégories précédentes (Verne). »

Les recherches plus récentes de Möllendorf (1925) et de Bruni (1926) montrent nettement qu'il faut faire rentrer dans le système réticulo-endothélial.

5° L'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques (Roger et Binet).

6° Les fibrocytes du tissu conjonctif qui fixent les colorants vitaux, se libèrent et se transforment en histiocytes.

Enfin certains auteurs tendent à faire rentrer dans le système la mésoglie du système nerveux et les cellules dites à poussières qui revêtent les alvéoles pulmonaires.

Dans la morphologie des éléments figurés, du sang, il existe, nous venons de le voir, des monocytes ou histiocytes du sang ayant les propriétés des éléments réticulo-endothéliaux. Leur origine a été discutée, mais l'opinion qui tend à prévaloir est de considérer le système réticulo-endothélial comme leur tissu matriciel.

En effet Mori et Sakaï ont montré qu'après une injection de produits colorants certains monocytes ont le pou- de fixer les couleurs, et que « cette injection elle-même, par l'excitation qu'elle détermine sur le système réticulo-endothélial, amène la formation de monocytes nouveaux non colorés et susceptibles de fixer une nouvelle substance injectée. Cette mobilisation d'éléments libres est précisément un des traits caractéristiques du système réticulo endothélial (Verne). »

Ces monocytes sont formés aux dépens de l'endothélium réticulaire des sinus lymphatiques, des ganglions ou des sinus veineux de la rate, aux dépens de l'endothélium des capillaires du foie ou de la moelle osseuse, aux dépens des endothéliums ordinaires et des histiocytes du tissu conjonctif.

Le fait qu'on a observé des leucémies à monocytes s'accompagnant de prolifération accusée des cellules réticulo-endothéliales est un des meilleurs arguments à l'appui de l'origine autonome des monocytes.

Il est certain en conséquence que le système d'Aschoff joue un rôle important dans la genèse des monocytes, mais il n'est pas encore établi que tous ces éléments reconnaissent une même origine.

Physiologie du système R. E.

A. — Les éléments du système réticulo-endothélial ont la propriété de *se mobiliser* facilement et *de fixer* certains produits, ce pouvoir fixateur est fonction « de l'activité phagocytaire et de l'activité sécrétrice » de ces éléments. Le pouvoir fixateur dépend du degré de dispersion de la solution colloïdale : plus elle est fine mieux se fera la dispersion entre les différents éléments du système d'Aschoff.

Mais le pouvoir de fixation diminue et disparaît lorsque les éléments sont bourrés de substances fixées par eux, on dit alors que le système est bloqué. Cette notion de *blocage* est d'ailleurs variable selon les individus. On a constaté en effet que l'injection destinée à obtenir ce blocage est capable de déterminer une véritable prolifération des éléments réticulo-endothéliaux. Il faut donc admettre qu'une substance donnée ne peut pas bloquer complètement le système, et que celui-ci garde la possibilité de fixer une autre substance ayant une constitution chimique et physico-chimique différente.

B. — Une fonction importante du tissu réticulo-endothélial est *la destruction des hématies*. Les globules rouges sont phagocytés et le fer est libéré sous forme d'un pigment ocre, l'hémosidérine, qui deviendra le pigment biliaire. On tend de plus en plus à admettre que la biligenèse pigmentaire a lieu partout où les éléments réticulo-endothéliaux existants sont capables de désintégrer les hématies : c'est en premier lieu la rate puis les cellules de Kupffer.

C. — Les éléments du système d'Aschoff interviennent encore dans le *métabolisme* de différentes substances par l'intervention de ferments intra et extra-cellulaires.

C'est d'abord *le fer* incorporé en molécules complexes, par la rate particulièrement, puis assimilé. Ce sont principalement *les graisses* et *les lipoïdes*, et l'on a observé que la rate jouait un rôle important dans le métabolisme de la cholestérine (Goebel et Guvinski 1927). Enfin, mais d'une manière moins précise, ce sont les *matières protéiques* et *les sucres*.

Ces propriétés physiologiques du système d'Aschoff ont été transportées dans le domaine de la pathologie. On a constaté en effet que la présence d'histiocytes en abondance favorisait la formation locale d'anticorps.

Dès lors, le pouvoir phagocytaire des éléments réticulo-endothéliaux joint à la propriété de former des anticorps est du plus haut intérêt dans la lutte de l'organisme contre l'infection. Toute maladie infectieuse en effet s'accompagne d'une prolifération des éléments du système d'Aschoff et l'on a pu en pareil cas assister à la phagocytose et à la digestion d'éléments figurés du sang et de bactéries.

Il ne reste plus dès lors qu'à utiliser au point de vue thérapeutique les propriétés du système réticulo-endothélial et c'est un champ d'expérience immense ouvert aux expérimentateurs. En effet l'emploi judicieux de substances qui déterminent le blocage du système d'Aschoff est capable de donner à celui-ci un véritable coup de fouet qui se traduit par une augmentation de la phagocytose et de la sécrétion de ferments.

Les substances colloïdales employées en injection ont, à ce point de vue, une action particulièrement efficace ; elles agissent en absorbant les poisons ou les toxines et en empêchant de la sorte l'action de ces produits nocifs sur les centres vitaux.

Les radiations ont une action analogue en augmentant le pouvoir fixateur des éléments réticulo-endothéliaux.

Il reste, on le comprend, un nombre immense de recherches thérapeutiques à faire en partant des propriétés physiologiques du système d'Aschoff et des espoirs apparaissent pour lutter avec succès contre les septicémies de toute origine.

Vers intestinaux. — Dans une chronique récente, j'ai résumé le livre de Léo sur les vers intestinaux. Dans cet ordre d'idées, je dois signaler une critique de Vourch (de Plomodiern), parue dans la *Gazette médicale de France* du 15 août 1929, à propos du traitement des oxyures. Cet observateur dénie toute action à la santonine, au calomel, aux lavements salés, au carbonate de bismuth, à la pyréthrine, au stovarsol.

Il se loue, par contre, de la purge quotidienne (eau-de-vie allemande pendant vingt jours) : l'effet mécanique empêche les larves d'oxyures de remonter vers le cæcum où ils attendent l'âge adulte.

« Depuis fort longtemps, j'avais remarqué que certains porteurs d'oxyures guérissaient spontanément, sans aucune thérapeutique..... Ce phénomène de la guérison spontanée..... peut s'expliquer par un péristaltisme plus accentué.

H. V.

BULLETIN DU PROGRÈS MÉDICAL

La médecine préventive et la politique.

M. Toulouse, le Président de la Ligue d'hygiène mentale, dont le nom est connu ou devrait être connu de tous ceux qui s'intéressent aux idées nouvelles et fécondes, a publié récemment un article sous le titre suivant : « La politique et la vie ». C'est en relation avec un fait fréquent, mais sous-estimé, que l'auteur distingué développe une argumentation serrée qui entraîne la conviction, et d'autant plus qu'elle se base sur ce truisme que les hommes d'État sont des hommes et, comme tels, sont soumis, ainsi que tous les autres, aux lois physiologiques.

M. Toulouse rappelle tout d'abord que si les modifications de la santé des chefs de peuples ou de partis ont des répercussions sur leur politique, cela est conforme aux exigences tyranniques de la nature de l'homme. Le règne de Louis XIV a bien été divisé en deux périodes avant et après la fistule, et l'action militaire de Napoléon avant et après l'embonpoint, signe pathologique. Ne peut-on point rattacher certains points du caractère de Louis XI à une épilepsie qui était soignée secrètement par le roi avec les moyens employés à l'époque contre ce mal ? Il en est de cela comme de mille autres choses de la vie sociale : l'opinion de tout le monde concorde, sans que cet accord et ce jugement conduisent à des mesures plus ou moins adéquates aux circonstances.

Pour redresser les erreurs et pour mettre en garde l'opinion publique, on doit proclamer que la médecine devient une science surtout préventive. Là, où les organisations sociales appliquent les notions scientifiques, comme aux États-Unis, il s'est fondé des centres d'examens médicaux où l'on vient se soumettre à des investigations de clinique ou de laboratoire, non seulement quand la santé se trouve en doute, mais également lorsqu'aucune crainte de maladie n'a été éveillée par un signe quelconque. » Et, qu'est-ce qui a poussé et même coopéré à ces créations ? « demande M. Toulouse pour répondre : » Ce sont les sociétés d'assurances sur la vie elles-mêmes, de même que là-bas aussi, ce sont des compagnies d'assurances contre l'incendie qui collaborent aux frais d'études de procédés contre le feu ».

La médecine préventive a établi le principe que l'examen doit avoir lieu en pleine santé apparente. De légers fléchissements sur une fonction peuvent alors renseigner sur une tendance morbide qui, prise dès le début, est plus sensible à l'action médicale. C'est à Jules Romains, dans son amusante comédie *Knock*, qu'il revient d'avoir exprimé, à la manière de Molière, une des plus justes et plus fécondes notions médicales : « Un homme en bonne santé est réellement un malade qui s'ignore »

Les maladies dont souffrent les hommes politiques sont bien connues, car la presse se charge de les transmettre à travers le monde, mais ce que personne ne sait et ce que personne n'a lu dans les journaux, c'est que M. le député ou sénateur X..., chargé de former un cabinet, s'était soumis à un examen médical afin de savoir s'il pourrait mener à bonne fin sa tâche. Un tel communiqué serait évidemment de nature à surprendre un bon public, qui est toujours porté à rire des nouveautés inattendues.

Un homme politique a son médecin, dira-t-on, et il le consulte en cas de besoin. Cela n'est pas une réponse à la question. Ce qui importe, c'est de se soumettre à un examen complet, qu'on en sente la nécessité ou non.

Physiologiquement parlant, un parlementaire qui a atteint la cinquantaine n'est plus intact. En quel état se trouve son myocarde et les orifices de son cœur ? Sa tension artérielle est-elle élevée et si oui, de combien ? Comment fonctionne son rein ? Quel est le taux de l'urée dans le sang ? Quels signes d'artério-sclérose ? Comment l'encéphale est-il irrigué ? Ressent-il des impressions de vertiges ? A quel degré et sous quelle forme le sujet est-il fatigable ? Le pouvoir d'action de l'individu pourrait être évalué avec un inventaire bien fait ainsi que la limite de son effort et les conditions qui lui permettront de l'exercer avec le moindre risque.

Ce discours semble nous éloigner, comme dit M. Toulouse, beaucoup de la politique, mais, en réalité, il nous en rapproche singulièrement, en ce que c'est cela même qui permet de la faire. Pour continuer une action, le vote de la Chambre est une approbation nécessaire, et sous la réserve tacite que la nature le tolère. Or cette autorisation, bien qu'essentielle, ne semble pas donner la moindre préoccupation.

En considérant la maladie d'un chef de gouvernement, ce problème pratique de la médecine préventive devrait capter l'attention de tous. Quand toute brusque interruption peut causer des pertes économiques et, par conséquent, doit être évitée dans la mesure du possible, quel haut exemple — conclut M. Toulouse avec raison —, donnerait le chef d'un gouvernement en se soumettant à un examen médical avant d'assumer la charge d'un poste !

G. Ichok.

CHRONIQUE

A propos de l'extrait folliculaire.

Le professeur Serdukoff (de Moscou) a publié dans *Gynécologie et Obstétrique* (n° de janvier 1929) un important mémoire sur l'emploi des extraits folliculaires en clinique. Il applique la folliculinothérapie sous trois formes : 1° folliculine fraîche prélevée sur des ovaires de porcs ; 2° solution huileuse de folliculine d'albumine ; 3° solution aqueuse de folliculine désalbuminée.

1° Le *suc frais folliculaire prélevé sur des ovaires de porcs* a un aspect jaune ambré.

Serdukoff le prélève à l'aide d'une seringue au niveau des gros follicules normaux : car il importe de ne pas employer de follicules kystiques trop riches en albumine. L'emploi du suc frais constitue d'ailleurs une véritable protéinothérapie associée à la thérapeutique endocriniennes.

2° La *folliculine huileuse* est une émulsion dans laquelle, après extraction de l'albumine, on trouve en suspension la folliculine amorphe.

3° La *solution aqueuse désalbuminée* se présente sous forme d'un liquide légèrement opalin. Elle se conserve peu de temps.

Les doses pour la solution désalbuminée varient de 8 à 12 cc. et 3 à 5 cc. pour la solution huileuse. On renouvelle tous les deux jours.

∴

Serdukoff a soigné 125 femmes.

Symptômes traités : céphalées, vertiges, bouffées de chaleur, vomissements, asthénie, fatigabilité, irritabilité, algies variées (43 % des femmes), troubles menstruels (31 %), stérilité (28 %), aménorrhée (11 %), dysménorrhée (16 %), leucorrhée (11 %), obésité (15 %), dyspareunie, absence de *libido* ou de *voluptas*.

Les *diagnostics* portés furent les suivants : 1° atrophie utérine, raccourcissement du ligament sacro-utérin, hypoovarisme, 8 cas ; 2° aplasie utérine congénitale, troubles vaso-moteurs, 4 cas ; 3° utérus rudimentaire, hypoovarisme, raccourcissement du ligament sacro-utérin, 2 cas ; 4° atrophie utérine post-abortive, obésité, 8 cas ; 5° atrophie utérine post-abortive, paramétrite, dégénérescence fibro-kystique ovarienne, 5 cas ; 6° atrophie utérine, ménopause, hytéro-névrose après castration, 2 cas ; 7° uté-

NOUVELLES

Congrès international de microbiologie. — Le premier Congrès international de microbiologie se tiendra à Paris, à l'Institut Pasteur, du 20 au 25 juillet 1930.

Inscriptions. — Les personnes qui désirent prendre part au Congrès devront, quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (100 fr. français) au trésorier du Congrès : M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI[e]).

Les demandes d'inscriptions sont reçues jusqu'au 1[er] juin 1930.

Il n'est pas nécessaire, pour s'inscrire, de faire partie de la Société internationale de microbiologie.

Communications. — Les congressistes pourront présenter des communications aux conditions suivantes.

a. Elles devront se rapporter à l'un des sujets suivants :

Variabilité microbienne. Phénomènes lytiques. Formes filtrantes des virus neurotrophes. Scarlatine (étiologie, prophylaxie, thérapeutique). Choléra (pathogénie). Grippe (étiologie). Fièvre ondulante et avortement épizootique.

Lipoïdes dans l'immunité.

Culture des tissus. Groupes sanguins.

Spirochétose ictéro-hémorragiques (maladie de Weill) et la formation de la matière humique.

b. Elles seront rédigées dans l'une des cinq langues suivantes : allemand, anglais, espagnol, français, italien.

c. Elles ne comprendront aucun historique, mais seulement des faits précis et le résumé des recherches que l'auteur a poursuivies sur la question.

d. Un même congressiste ne pourra présenter plus de deux communications. Des communications collectives pourront être faites, si l'un des auteurs est présent.

e. Chaque auteur de communication devra adresser au secrétariat du Congrès un résumé de sa communication. Ce résumé sera écrit à la machine et ne pourra dépasser 300 mots. Si les résumés ont l'approbation du Comité, ils seront imprimés et distribués à tous les congressistes au moment de l'ouverture du Congrès.

Ces résumés seront rédigés dans l'une des cinq langues citées plus haut, ils devront parvenir avant le 1[er] mai 1930 à l'un des secrétaires généraux : M. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, Paris ; M. le professeur Gildemeister, Reichgesundheitsamte, Berlin (Dalhem) ; M Harry Plotz, Institut Pasteur, Paris.

f. Le temps fixé pour chaque communication sera de dix minutes.

g. Les auteurs devront mentionner si les communications seront accompagnées de projections ou de films cinématographiques. Les clichés de projection devront être de format 8,5 × 10 et le film de la dimension « standard » (dans le cas contraire, s'entendre directement avec le secrétariat). Le courant électrique fourni par l'Institut Pasteur est du courant continu de 110 volts.

Des conférences seront faites sur : la vaccination anti-tuberculeuse (professeur Calmette); la vaccination anti-diphtérique (professeurs Park et Ramon) ; syphilis expérimentale et immunité (professeur Koll); les lipoïdes (professeur S. Belfanti); immunité chez les plantes (professeur Carbone) et sur des sujets de parasitologie (professeurs Brumpt, Fülleborn, Nesnil, Nuttal).

Des démonstrations pratiques auront lieu.

Une commission s'occupera spécialement des questions de nomenclature.

Voyage et logement. — L'Agence Thos Cook et Son, en coopération avec la Compagnie internationale des Wagons-lits, 2, place de la Madeleine, à Paris, se charge de fournir tous les renseignements et devis concernant le déplacement à Paris des congressistes et de leur fournir les billets de parcours, de leur réserver les chambres dans le genre d'hôtel choisi, etc.

rus infantile, hypoovarisme, 17 cas ; 8° utérus infantile et avortements habituels, 2 cas ; 9° utérus infantile et raccourcissement du ligament sacro-utérin, rétro-position utérine, 5 cas ; 10° utérus infantile avec kyste ovarien droit, 4 cas ; 11° utérus infantile avec dégénérescence fibro-kystique ovarienne, 6 cas ; 12° utérus infantile, péri-paramétrite, salpingoophorite chronique, 6 cas : 13° ménométrorragie de la puberté, 3 cas : 14° métropathie fibromateuse avec dégénérescence fibro-kystique ovarienne, 18 cas : 15° métropathie fibreuse avec péri-paramétrite et salpingoophorite, 6 cas : 16° métropathie hémorragique, 7 cas ; 17° dégénérescence fibro-kystique ovarienne, 8 cas : 18° métro-endométrite hémorragique post-abortive, 6 cas ; 19° salpingoophorite et péri-paramétrite, 5 cas ; 20° rétroversion utérine peu mobile, dégénérescence fibro-kystique ovarienne, épilepsie, 2 cas ; 21° dystrophie adiposo-générale, dysovarie, 1 cas. En tout, 125 observations.

L'*étiologie et la pathologie de ces affections* se trouvent en relations étroites avec les modifications inflammatoires, parmi lesquelles le rôle prépondérant revient aux *infections* post-abortives ou post-partum, puis aux infections post-blennorragiques, puis aux affections intestinales.

Le second groupe est celui de l'*infantilisme*, avec déviations congénitales de l'utérus. Quelques cas d'infantilisme étaient associés à une myofibrose utérine.

Le troisième groupe, considérable, est constitué par la *myofibrose utérine* sans ou avec dégénérescence fibro-kystique des ovaires. Dans certains de ces cas, comme étiologie, SERDUKOFF croit devoir retenir l'emploi prolongé du *coïtus interruptus*.

Le quatrième groupe englobe les troubles primitifs de la sécrétion interne des ovaires et de l'endomètre. Dans un cas, les troubles incrétoires portaient le caractère d'un traumatisme psychique sur des bases de troubles hypophysaires ; dans d'autres cas, l'étiologie était étroitement liée à des affections de la thyroïde.

Influence directe et accessoire du traitement : dans 50 % des cas, à la suite d'injections de suc folliculaire frais, riche en albumine, on constate l'apparition d'irritation, d'infiltration du pannicule adipeux, de rougeur de la peau, de prurit, et, dans deux cas, on observa même un peu d'urticaire. On a aussi, dans certains cas, observé des adénites inguinales et des douleurs au niveau de la fesse où l'on pratiquait l'injection intra-musculaire. Dans certains cas, l'injection de suc folliculaire frais provoquait une élévation thermique à 37.5 ou 38 c, qui disparaissait au bout de 12 h. Dans 2 % des cas, on observa des phénomènes généraux : légères douleurs de tête, vertiges, faiblesse, fatigue générale, douleurs au niveau de l'utérus et des annexes, douleurs musculaires, courbature, tous phénomènes qui étaient passagers et se calmaient rapidement. Les phénomènes constatés ne furent pas observés chez toutes les malades, ils pouvaient être considérés comme des manifestations anaphylactiques, rappelant ceux observés après l'introduction parentérale de substances albumineuses dans la thérapeutique protéique et lactée. Chez certaines malades, même de grosses doses de 8,10 cc. de folliculine fraîche injectées tous les deux ou trois jours à 7 ou 8 reprises ne provoquaient aucun phénomène anaphylactique.

Après des injections de solution huileuse et aqueuse désalbuminée de folliculine, on n'observa aucune réaction locale.

Traitement annexe. Dans 25 % des cas, du fait de troubles inflammatoires concomitants, on pratiqua des injections intraveineuses de calcium. Dans certains cas, on eut recours à des opérations conservatrices sur les trompes ou les ovaires.

Effets du traitement : Une à quatre heures après l'injection, les malades signalèrent une sensation de chaleur, d'euphorie ou de griserie. Le sommeil devenait meilleur.

L'excitation sexuelle était habituelle. Sensation de gonflements des seins, comme au début des règles ou dans les premières périodes de la gestation. Les castrées disaient ne plus avoir de bouffées de chaleur à la tête, de phénomènes neuro-vasomoteurs et de douleurs de tête.

Il y avait, en général, hypertension.

L'étude de la sécrétion cervico vaginale montre qu'au bout de 6 heures après l'application de folliculine, on ne voit pas de modification notables. Au bout de 12 heures après l'injection et durant 24 h., on constatait une modification de la réaction acide vaginale en réaction alcaline, avec nombre augmenté de cellules épithéliales jeunes ayant des noyaux bien colorables. Au bout de 24 heures, le nombre de leucocytes diminue. Au bout de 36 heures, la réaction vaginale redevient normale : parfois elle est plus acide, le nombre de cellules épithéliales est peu considérable, le nombre de leucocytes dans les frottis correspond à la normale. Au niveau des fragments pris pour biopsie, nous constatons une hyperémie et la dilatation des vaisseaux, la succulence de l'épithélium.

Après la fin du traitement par la folliculinothérapie, quand les malades sortent de l'Institut du quinzième au trentième jour, elles disaient se sentir pleines d'énergie, leur sphère neuro-psychique était en état d'érotisation elles étaient pleines d'intérêt pour la vie. On constata une certaine succulence et un gonflement au niveau des organes génitaux dans les cas d'utérus petit, fibreux infantile ou dans les cas d'utérus métropathique. Il faut aussi noter l'arrêt des hémorragies, sans application d'aucune autre méthode de traitement que la folliculine, dans les cas de métropathies hémorragiques. l'augmentation des menstruations, la liquidation de la dysménorrhée, et des syndromes neuro vasomoteurs chez les femmes castrées et à la ménopause.

Les résultats éloignés, six à dix-huit mois après le traitement étaient les suivants :

1° dans 75 % des cas, amélioration de l'état général.

2° dans 50 %, augmentation de libido et de la satisfaction sexuelle.

3° dans 25 %, liquidation des hémorragies dues aux métropathies hémorragiques,

4° dans 18 % des cas, liquidation de l'aménorrhée et de la dysménorrhée,

5° dans 25 % des cas, installation d'un type normal de menstruations.

6° dans 20 % des cas, augmentation des menstruations.

7° liquidation de la stérilité dans 6 % des cas.

8° diminution de la sécrétion pathologique dans 5 % des cas.

9° dans 10 % des cas, la capacité pour le travail et l'intérêt à la vie ont augmenté,

10° modifications du poids, augmentation ou diminution dans 12 % des cas,

11° dans 20 % des cas, à l'examen interne, on constate la mollesse et la succulence des tissus de l'utérus, alors qu'auparavant ces mêmes tissus étaient caractérisés par leur induration.

H. V.

Pelvimétrie externe. — KATZ (*Wiener Klin. Woch.* 6 juin 1925, p. 625) considère qu'en mesurant la distance de l'épine iliaque antéro-supérieure au point le plus saillant du grand trochanter, on peut se faire un bon pronostic du travail : à 11 cm., l'accouchement est normal ; à 10,5, on a des difficultés en général. H. V.

Contre la vaginite granuleuse des femmes enceintes bien des médications échouent. KERMAUNER préconise les injections d'extrait hypophysaire. (*Weiner Klin. Woch.* 6 juin 1925, p. 633). H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 octobre 1929.

Equilibre protéique du sérum dans la tuberculose pulmonaire. — *MM. Ch. Achard, M. Bariéty et A. Codounis.* — Dans la tuberculose pulmonaire, le quotient albumineux du sérum est très souvent abaissé par diminution de la sérine et augmentation des globulines, et il paraît exister un rapport entre cet abaissement et l'atteinte de l'état général. Sur 32 cas examinés, 4 fois seulement le quotient était normal (1,23 à 1,88) dans des formes fibreuses et apyrétiques ; 7 fois subnormal (1 à 1,10) dans des formes ulcéro-caséeuses stabilisées ; 10 fois bas (0,80 à 1) dans des formes évolutives : 10 fois très bas (0,43 à 0,80) dans des formes avancées avec cachexie. Dans un cas où une poussée évolutive s'est arrêtée, le quotient s'est relevé de 0.77 à 1,02. Dans un autre cas, qui fait exception, le quotient n'était pas très abaissé, mais le malade avait de l'œdème et les protéines totales étaient très diminuées (53).

La recherche du quotient albumineux paraît avoir un certain intérêt pronostique.

Ses modifications semblent indépendantes de la fièvre, des hémoptysies, des lésions locales. Peut-être y a-t-il destruction de sérine et surproduction de globuline.

La pénétration du virus poliomyélitique à travers la muqueuse du tube digestif du singe, et sa conservation dans l'eau. — *MM. C. Levaditi, C. Kling et P. Lépine* ont entrepris la vérification expérimentale de l'hypothèse étayée sur les observations épidémiologiques, suivant laquelle la poliomyélite serait transmissible par l'eau, ce qui assignerait à la voie digestive un rôle de première importance comme porte d'entrée du virus.

Ils montrent, d'une part, qu'en s'adressant à l'espèce *macacus cynomolgus*, il est possible de conférer la poliomyélite au singe par administration digestive du virus (sonde stomacale), soit sous forme d'émulsion dans l'eau isotonique soit sous forme d'eau de conduite contaminée. La maladie apparait le plus souvent après la troisième injection et aboutit rapidement à la mort. La névraxe de l'animal présente dans tous les cas des lésions typiques et se montre virulent.

Le même résultat peut être obtenu par injection directe de virus dans l'anse intestinale après laparotomie.

D'autre part, les auteurs montrent qu'il est possible de conserver longtemps le virus poliomyélitique à l'état de dilution dans l'eau de conduite. Une telle « eau contaminée », gardée à la température de la chambre, était encore virulent cent quatorze jours après sa préparation.

Les faits rapportés dans cette note préliminaire sont de nature à renforcer considérablement l'hypothèse de l'origine alimentaire de la poliomyélite (eau, lait).

Phtisie des gazés et tuberculose pulmonaire. — *M. G. Lemoine* (du Val-de-Grâce.)

La vaccination antidiphtérique à l'Académie (Présentation d'un dispositif instrumental). — *M. L. Camus* rend compte des vaccinations antidiphtériques qui depuis un an ont lieu à l'Académie tous les jeudis à 3 h. Il présente un appareil qui simplifie, pour de nombreuses inoculations, la technique des injections grâce au prélèvement automatique de l'anatoxine et à son injection faite mécaniquement par un déclanchement au moyen d'un fil souple. Un chiffre bien en évidence, sur le bouton de manœuvre, permet de constater que la quantité employée correspond bien à l'injection désirée.

La manipulation se réduit à changer l'aiguille après chaque injection. L'opérateur n'a plus en main que l'aiguille montée sur le tube distributeur, il la dirige plus sûrement qu'on ne peut le faire avec une seringue, et évite plus facilement son déplacement et sa rupture si le sujet fait un brusque mouvement. Il a été pratiqué depuis un an 2.400 inoculations à l'Académie.

Relativement aux suites des vaccinations aucun accident n'a été signalé et les quelques petits incidents qui se sont produits (élévation de température, gêne locale après l'injection) ont été tout à fait insignifiants.

La statistique municipale ne permet pas encore d'apprécier très exactement l'influence générale de la vaccination sur le recul de la diphtérie mais dès maintenant le public se trouve empressé à cette vaccination dont il a apprécié la simplicité, la rigueur de la technique, comme aussi la rareté et le peu d'importance des petits ennuis qui peuvent se produire. De toutes parts des efforts sont faits pour sa plus grande diffusion.

Le ministre de l'Hygiène qui attache une grande importance au développement de la vaccination antidiphtérique vient de donner à l'Académie la possibilité de décerner *cette année* des récompenses aux plus zélés vaccinateurs. *Dès maintenant et jusqu'à la fin du mois les demandes de récompenses adressées aux préfets sont centralisées au ministère de l'Hygiène et seront transmises prochainement au jugement de l'Académie.*

Election de trois membres à adjoindre à la section de pharmacie pour la présentation des candidatures : MM. Pouchet, Desgrez et Tiffeneau sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1929.

Suppuration éberthienne d'un kyste de l'ovaire au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. *Jean Tapie, Morel, Lyon* et *Bertrand* (de Toulouse) rapportent l'observation d'une jeune fille hospitalisée d'urgence au 3e septénaire d'une fièvre typhoïde pour un syndrome péritonéal. L'examen ayant révélé l'existence d'une tumeur abdomino-pelvienne rénitente et peu douloureuse, indépendante de l'utérus, la laparotomie fut pratiquée *in extremis*, après anesthésie locale à la novocaïne ; on trouva un gros kyste suppuré de l'ovaire droit qui, après isolement de la cavité péritonéale, fut largement drainé. Amélioration instantanée : cette malade dont l'état avait paru désespéré quittait l'hôpital un mois plus tard, complètement guérie de sa fièvre typhoïde et conservant seulement une petite fistule au niveau du kyste marsupialisé. L'examen bactériologique du pus a permis d'isoler à l'état de pureté le bacille d'Eberth. Les auteurs discutent le diagnostic clinique de cette curieuse complication de la dothiénentérie. Abandonnées à elles-mêmes, ces suppurations ovariennes comportent chez les typhiques un pronostic très sombre ; l'intervention chirurgicale donne des résultats si remarquables qu'il faut y recourir dans tous les cas.

Recrudescence estivale de la spirochétose ictéro-hémorragique provoquée par les bains de rivière. — MM. *Jean Troisier, Léon Kindberg* et *Monnerot-Dumaine* signalent que, cet été, les cas de spirochétose ictérigène ont été relativement nombreux, à la suite de bains de rivière. Ils donnent l'observation d'un cas typique d'ictère à rechute avec herpès, myalgies, réaction méningée, azotémie du début, séro-diagnostic de Martin et Pettit positif. Leur malade s'était baigné quotidiennement à Asnières ; excellent nageur, il ne craignait pas de plonger à grande profondeur et même de se gargariser avec l'eau de Seine. Toutes conditions qui ont facilité l'infection par le spirochète d'Inada, que l'on sait maintenant isoler directement de certaines eaux polluées.

MM. *de Massary, Etienne Bernard* et *Brodin* confirment la communication de MM. J. Troisier, Kindberg et Monnerot

Kyste dermoïde de l'ovaire suppuré à bacille d'Eberth. — MM. *Laporte, Bernardbey* et *Gimazane* (de Toulouse) présentent une observation que l'on peut résumer : fièvre typhoïde à Eberth à signes typiques dans son évolution : névralgie, constipation opiniâtre, cholécystite probable, absence de signes ordinaires de la maladie, en dehors de la fièvre. Au cours de l'évolution de cet état fébrile, apparition d'une tumeur sus-pubienne indolore qui grossit peu à peu tout d'abord, puis par propagation de l'infection au péritoine devient douloureuse et augmente rapidement. L'opération et l'examen du pus confir-

ment le diagnostic de kyste dermoïde suppuré à bacille d'Eberth.

A propos d'un cas de paludisme spontané. — M. *Chevalier* signale un cas de paludisme spontané survenu dans un service où la malariathérapie avait été pratiquée. L'impaludation était due aux puces. Le paludisme ainsi contracté s'est montré bénin dans son évolution.

Traitement de certaines formes d'encéphalite par le « Trypan-blau ». — M. *Chevalier* rapporte plusieurs cas d'encéphalite et de syndromes parkinsonniens traités par le « Trypan-blau ». Les injections d'une solution à 1 pour 100 aux doses de 1, 2 jusqu'à 6 cc. ont donné de bons résultats dans les formes récentes d'encéphalite épidémique. Les résultats ont été moins heureux dans les formes anciennes et les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques.

Traitement du tétanos par la sérothérapie intra-rachidienne associée à la chloroformisation. M, *H. Dufour* rapporte un nouveau cas de tétanos guéri grâce à l'association de la chloroformisation et de la sérothérapie intra-rachidienne. L'auteur signale un deuxième cas de tétanos terminé par la mort ; dans ce cas la sérothérapie rachidienne avait été associée au chloral. A propos de ces deux cas, l'auteur insiste sur l'importance pratique de la méthode qu'il a préconisée dans le traitement du tétanos. L'association de la chloroformisation et de la sérothérapie intra-rachidienne compte en effet de nombreux succès thérapeutiques.

René GIROUX.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Pathologie générale

Etiologie et pathogénie ne sont pas des termes synonymes, bien qu'on ne se préoccupe guère de les définir exactement et qu'on leur consacre, dans les descriptions pathologiques, un chapitre unique, tantôt sous le titre d'étiologie et pathogénie, tantôt, et le plus souvent, sous un seul de ces titres choisi presque au hasard.

L. Bard a montré dans le *Progrès Médical* (1922, p. 606-609) l'intérêt pratique qu'il y a à répartir et à classer les diverses données, sur lesquelles reposent les conditions de production des maladies, sous les trois rubriques d'*étiologie*, de *pathogénie générale* et de *mécanisme pathogénique*, en attribuant à chacun de ces termes une signification nette et distincte ; il reprend aujourd'hui la question dans un important article du *Journal de médecine de Lyon* (5 février 1929.)

L'étiologie répond à une notion bien définie et assez facile à circonscrire ; elle étudie les causes des maladies en elles-mêmes, sans faire intervenir l'organisme ; son domaine est dans les milieux extérieurs ; elle a pour objectif l'interprétation et le classement de leurs influences nocives ; elle fait appel à des données physiques, chimiques ou biologiques, en rapport avec la nature des causes ; elle se rattache aux sciences hygiéniques et guide le prophylaxie.

La pathogénie répond, par contre, à des notions plus complexes ; elle détermine la genèse des maladies, en partant des phénomènes morbides constatés chez les malades ; son domaine est dans l'organisme lui-même ; elle a pour objectif l'interprétation et le classement des réactions de cet organisme vis-à-vis des causes pathogènes ; elle fait appel à l'anatomie et à la physiologie normale et pathologique pour analyser les effets de ces causes sur l'organisme et arriver à la compréhension des états pathologiques qu'elles déterminent ; elle se rattache aux sciences pathologiques et guide la thérapeutique.

La pathogénie n'a pas l'unité de l'étiologie ; elle étudie, à deux points de vue différents, la manière dont les maladies se developpent ; d'une part elle envisage les lois de la production des maladies ou des grands processus morbides et s'attache à déterminer leur place dans le cadre nosologique ; d'autre part elle s'efforce de préciser les mécanismes par lesquels les agents pathogènes réalisent les troubles fonctionnels qui caractérisent les maladies et déterminent l'apparition de leurs symptômes révélateurs. De ces deux branches de la pathogénie, la première, la *pathogénie générale*, se rattache à la pathologie générale et inspire la *thérapeutique pathogénique* ; la seconde, le *mécanisme pathogénique*, relève de la physiologie pathologique et assure à la *thérapeutique symptomatique* une précision et une utilité que la simple considération des symptômes eux-mêmes est incapable de lui donner.

Maladies infectieuses.

La diphtérie n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était il y a vingt-cinq ans ; à cette époque les cas sévères étaient excessivement rares, les formes malignes exceptionnelles ; depuis quelques années, surtout depuis l'hiver 1926-1927, le problème de la diphtérie s'est complètement transformé ; on a vu réapparaître des formes malignes, analogues à celles que décrivit magistralement Trousseau dans ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Les doses classiques de sérum paraissant peu efficaces, on les a augmentées jusqu'à des chiffres invraisemblables ; on a accusé les hautes doses d'être la cause de cette malignité ou, tout au moins, de l'augmenter. La préparation du sérum purifié et l'entrée en ligne de l'anatoxine de Ramon ont achevé de désorienter le praticien, qui voit bien que la diphtérie est en période d'aggravation, mais qui ne sait quelle est la meilleure méthode pour la combattre.

René Cruchet met la question au point dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (20 janvier 1929). Voici la conduite à tenir en présence d'une angine diphtérique simple.

Il faut agir *vite* et *fort*. La question de précocité dans l'injection est capitale ; c'est une *grave imprudence* que d'attendre les résultats de l'examen bactériologique pour employer le sérum. Il est également important de donner des doses fortes, en moyenne de 60 à 80 cc. de sérum par jour, jusqu'à concurrence de 200 à 300 cc. ; le premier jour, on injectera la moitié de la dose sous la peau et l'autre moitié dans le muscle, cette dernière voie étant plus rapide.

L'auteur emploie ces doses à l'hôpital, où l'on rencontre surtout des cas graves ou insuffisamment traités avant leur entrée. Les malades de clientèle peuvent se contenter d'un traitement minimum (20 cc.) quand ils sont pris dès le début ; mais les doses fortes sont incontestablement plus actives et suppriment presque complètement les paralysies du voile ; aussi est-il plus prudent, en ville comme à la campagne de faire des injections quotidiennes de 40 cc au moins pendant trois ou quatre jours.

Dans les formes malignes, plus fréquentes que par le passé, il faut monter à 100 cc. par jour, la quantité totale injectée oscillant entre 400 et 800 cc.

Le sérum purifié est préférable dans les angines simples, le sérum ancien agit davantage sur les formes malignes.

Voies respiratoires.

Les relations des hémoptysies et du pneumothorax artificiel sont complexes, comme le montre Ch. Roubier dans le *Journal de médecine de Lyon* (5 février 1929).

Le pneumothorax hémostatique d'urgence est une méthode qui donne parfois de bons résultats immédiats dans des cas désespérés, lorsqu'aucune adhérence ne met obstacle à la réalisation complète et rapide du collapsus pulmonaire et à la condition que l'on connaisse avec certitude le côté qui saigne ; mais il faut bien savoir que les insuccès sont fréquents et que dans un grand nombre de cas, l'action hémostatique proprement dite est discutable.

Le pneumothorax d'opportunité dans les tuberculoses unilatérales à tendance congestive (formes hémoptoïques unilatérales) agit plutôt sur la tendance hémoptoïque que sur l'hémoptysie et plutôt sur les lésions tuberculeuses que sur la tendance hemoptoïque ; c'est l'amélioration locale qui explique la disparition des hémoptysies, la poussée congestive n'étant

en réalité qu'une poussée évolutive. La collapsothérapie agit bien dans la tuberculose hémoptoïque à étapes éloignées et la tuberculose fibreuse ou fibro-caséeuse à forme congestive ou éréthique, assez bien dans la pneumenie tuberculeuse hémorragique et peu dans la phtisie galopante hémoptoïque, dont l'unilatéralité n'est qu'apparente.

Les hémoptysies paradoxales au cours du pneumothorax artificiel comprennent deux groupes : les hémoptysies congestives, dites de compression, se répétant au cours du traitement et paraissant entretenues par une congestion de stase du poumon collabé ; les hémoptysies ulcératives mortelles, ayant pris naissance du côté traité et s'étant produites non pas à cause du pneumothorax mais malgré lui.

En résumé, le pneumothorax artificiel agit souvent favorablement sur les hémoptisies congestivent mais son action est incertaine, sinon nulle, sur les hémoptysiees ulcératives.

Tube digestif.

La dyspepsie vésiculaire est la plus fréquente des dyspepsies secondaires, mais elle est délicate à diagnostiquer, car elle revêt des aspects cliniques différents. M. Drouineau en rapporte trois observations, intéressantes à ce point de vue, dans le *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle* (janvier 1929). Dans les trois cas le début a été marqué par des crises dyspeptiques avec des intervalles de bien-être ; au bout d'un certain temps l'état vésiculaire s'est compliqué d'un état dyspeptique vrai. La première observation montre un syndrome de dyspepsie vésiculaire, avec un certain degré de spasme pylorique et une gastrite légère ; dans la deuxième, la gastrite secondaire revêt l'allure clinique d'un syndrome ulcéreux ; dans la troisième le spasme pylorique a déterminé de l'atonie et de la dilatation gastriques.

Obstétrique.

La conduite à tenir dans les présentations du siège pendant le travail peut se résumer dans les conclusions suivantes de Faugère (*Journal de médecine de Bordeaux*, 20 février 1929) :

1° Il faut se séparer complètement des auteurs classiques et intervenir dès la dilatation complète, sans autre indication maternelle ou fœtale que la présentation du siège ; l'intervention s'effectue sur un fœtus qui n'a pas souffert, avec l'aide de la contraction utérine, et diminue la durée de la période d'expulsion, qui, trop prolongée, aggrave le pronostic fœtal et entraîne des complications maternelles ;

2° Le médecin doit avoir conscience de ce qu'il peut faire et de ce qu'il doit faire ; pour exceptionnelles qu'elles soient, des difficultés peuvent surgir à tous les temps de l'extraction. Si l'on ne trouve pas le pied antérieur, on ne le cherchera pas avec obstination et on se servira comme tracteur du pied postérieur. Lorsque les manœuvres ont échoué dans le siège décompleté, mode des fesses très engagé, l'application de forceps sur le siège donne d'excellents résultats ; sur le fœtus vivant on n'emploiera ni crochets ni lacs. Pour la tête dernière, la manœuvre de Prague peut être excellente, chez les multipares surtout ; le forceps sur la tête dernière est une bonne intervention qui présente de grands avantages ;

3° L'intervention améliore sensiblement le pronostic. La mortalité tombe, dans la statistique de l'auteur, à 0 pour la mère et à 1,66 % pour le fœtus. La morbidité est assez réduite si l'on tient compte des circonstances défectueuses dans lesquelles dn doit opérer.

Pathologie coloniale.

L'état sanitaire d'un pays ne gagne pas toujours à l'introduction de la civilisation européenne. P. Remlinger étudie les transactions pathologiques entre la France et le Maroc *Maroc médical*, 15 août 1928). L'Empire Chérifien a importé la dysenterie amibienne (vraisemblablement par l'intermédiaire des troupes coloniales) et la bilharziose (par l'intermédiaire des Camerounais et des Martiniquais) ; la diphtérie, la scarlatine et la fièvre typhoïde, extrêmement rares autrefois, sont devenues d'observation courante ; la tuberculose subit une recrudescence marquée ; demain la fièvre jaune, d'origine sénégalaise, s'installera peut-être. En échange, les Marocains nous ont simplement gratifiés de quelques cas de maladies vénériennes, de paludisme, de variole et de typhus. « La balance n'est pas égale ».

Varia.

Lire un compte rendu d'examen pulmonaire sans avoir la radiographie sous les yeux, c'est faire de la géographie sans carte (Pichard, d'Angers).

Il est tout de même étrange de reconnaître au radium une action certaine et favorable dans les cas mauvais, dans les laissés pour compte de la chirurgie, et d'écarter systématiquement cet agent thérapeutique lorsqu'il s'agit de bons cas de cas opérables (Gaston Bonnal, de Marseille).

Habituez-vous à regarder les infections puerpérales petites et grandes comme elles sont et ne les accablez pas de ces noms redoutables ou bénins de stercorémie, d'embarras gastrique, de grippe, etc. (A. Fruhinsholz, de Nancy).

L'impossibilité où nous sommes pour l'instant de délimiter le domaine de la grippe, prouve une fois de plus combien des données biologiques précises sont indispensables au clinicien soucieux d'asseoir son diagnostic sur des bases solides ; nos connaissances cliniques sur la grippe resteront fort insuffisantes tant que la bactériologie et la physio-pathologie n'apporteront pas l'appoint qui nous fait défaut. (Pr. Merklen, de Strasbourg).

J. Lafont.

REVUE DES THESES

Le gluconate de calcium en injections chez les tuberculeux (R. Pernet, Thèse de Nancy, 1929).

Après avoir montré que le calcium a été surtout employé dans la tuberculose sous la forme de chlorure de Ca, l'auteur expose les inconvénients et les dangers de ce sel calcique auquel il faut préférer le gluconate de calcium.

Celui-ci est un calcium organique, soluble, assimilable, dérivé de l'acide gluconique et agissant uniquement par les propriétés physiologiques de l'ion calcium. Il n'a aucun des inconvénients du chlorure et, administré en injections intraveineuses ou intramusculaires, n'amène aucun des phénomènes de nécrose, aucune infiltration dans les tissus.

M. R. Pernet a traité les hémoptysies de la tuberculose soit par l'injection intraveineuse de 10 cc. d'une solution à 10 % de gluconate de Ca (une ampoule), soit par la méthode des injections conjuguées : une ampoule intraveineuse + une ampoule intramusculaire. Les résultats ont été constamment favorables et, même dans des cas où les hémoptoïques habituels avaient échoué, des hémoptysies abondantes furent arrêtées en 24 heures, par le gluconate de Ca.

Puis l'auteur traite l'entérite, les diarrhées des tuberculeux par la méthode de Rist et Ameuille, mais en substituant au $CaCl^2$ le gluconate de Ca. Il injecte une ou deux ampoules par jour dans les veines. Les observations recueillies dans les services de phtisiologie de MM. les professeurs Perrin et Parisot, montrent, sous l'effet de cette thérapeutique, une diminution sensible des selles et des douleurs abdominales.

Le Dr Pernet étudie encore les effets du gluconate de Ca sur les adénites bacillaires, et lui associe les effets des rayons ultraviolets. Il injecte tous les deux jours, dans la veine, une ampoule de 10 cc. de gluconate de Ca et soumet aussitôt après la tumeur ganglionnaire aux ultra-violets. Les résultats sont des plus intéressants. Les courbes publiées montrent les modifications de la température, coïncidant avec les injections de calcium, tandis que des transformations locales s'opèrent en même temps sur l'adénite.

Enfin, l'auteur tente un essai de calcithérapie dans la tuberculose pulmonaire évolutive, mais l'obligation où se trouve le phtisiologue de continuer le traitement pendant 4 à 6 mois, l'empêche de présenter des observations suffisantes pour permettre une conclusion. Cependant, il reste acquis que sous l'influence du traitement par injections intraveineuses ou intramusculaires de gluconate de Ca faites tous les 2 jours avec absorption *per os* du même sel calcique les jours intercalaires ; on observe une amélioration de l'état général, du poids, des forces, de l'appétit, et plus tard une régularisation de la température et sa stabilisation à un degré inférieur à celui du début du traitement.

Il n'y a aucune contre-indication à l'emploi du gluconate de Ca en phtisiothérapie.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Rupture prématurée des membranes au cours de la gestation.

Conduite à tenir,

Par le Dr **Henri VERMELIN**.

L'ouverture de l'œuf au cours de la gestation, outre le problème du diagnostic parfois délicat à résoudre qu'elle pose, entraîne l'observance d'un certain nombre de règles, ou directives cliniques qu'il faut bien connaître.

I. Pendant la grossesse

1° Dès la perte des eaux, la femme doit être immobilisée au lit, la toilette vaginale et vulvaire doit être effectuée comme si l'accouchement était imminent : un pansement vulvaire aseptique doit être maintenu en place de façon permanente.

2° Il faut s'assurer d'une présentation longitudinale du fœtus, tête ou siège au détroit supérieur et dans le cas de mobilité maintenir la présentation par un bandage approprié.

3° La rupture des membranes commande une surveillance médicale journalière de la mère et du fœtus.

a) *Surveillance de la mère.*

L'œuf ouvert peut s'infecter et par là même entraîner l'infection maternelle. Il faut donc s'abstenir d'explorations vaginales répétées.

Prendre régulièrement matin et soir la température et le pouls maternels.

Indépendamment de l'infection commençante, facile à suivre au thermomètre, l'accélération du pouls fera connaître les variations de l'état général. La déperdition constante de liquide ovulaire peut entraîner, très rarement à la vérité, une véritable cachexie séreuse.

Cette cachexie, aussi bien d'ailleurs que l'infection ovulaire, ne sont justiciables que d'une seule thérapeutique : la libération utérine aussi rapide que possible par l'accouchement provoqué.

b) *Surveillance du fœtus.*

Matin et soir il faut vérifier son état de vie par l'auscultation. L'œuf ouvert ne s'infecte pas tant que le fœtus est vivant et que n'apparaissent pas les contractions utérines du travail. La mort du fœtus s'accompagne rapidement de putréfaction ovulaire et il est indispensable dès qu'elle est reconnue de libérer l'utérus de son contenu dont l'infection ne tarderait pas à se généraliser à l'organisme maternel.

II. Pendant le travail :

La provocation de l'accouchement, quand elle a été rendue nécessaire pour l'une des raisons que nous venons de signaler, entraîne une surveillance étroite du travail. Celui-ci ne doit être abandonné aux ressources de la bonne nature qu'autant que la rapidité de l'accouchement rend inutile l'intervention obstétricale.

Le déclanchement spontané du travail entraîne par contre l'expectation.

Les conditions dynamiques du travail ne sont que peu ou pas impressionnés par l'ouverture de l'œuf, mais il n'en est pas toujours de même des conditions mécaniques : la dilatation du col peut être longue, surtout quand l'irrégularité de la présentation empêche l'adaptation de celle-ci au col. Il faut donc être patient et ménager de touchers vaginaux, surveiller le travail du dehors, par un palper rigoureux et à la dilatation complète s'efforcer d'obtenir une expulsion fœtale spontanée : toute intervention peut être traumatisante.

Après l'expulsion, si le liquide amniotique est odorant, désinfecter la cavité ovulaire par une injection intra-ovulaire iodée. Attendre la délivrance physiologique naturelle, éviter la délivrance artificielle.

En cas de rétention membraneuse, si l'on suspecte une infection ovulaire, l'injection intra-utérine est indiquée.

III. Pendant les suites de couches.

L'ouverture prématurée de l'œuf au cours de la gestation ne paraît devoir entraîner aucune modification dans les méthodes actuellement en vigueur après l'accouchement. La sérothérapie et la vaccinothérapie à titre préventif ne paraissent pas indiquées.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement rationnel de la constipation

Dans un article récent publié sous le titre «La constipation est-elle un danger», on insiste sur le fait que, les selles dures des constipés ne renferment, le plus souvent, que des bactéries indifférentes ou saprophytes et rarement des espèces pathogènes, l'absorption des toxines sécrétées par elles serait illusoire ; on se serait en conséquence exagéré les méfaits de la rétention stercorale que l'on pourrait laisser subsister sans inconvénients !

S'il est vrai que les théories de Bouchard et de son école sur l'auto-intoxication d'origine intestinale sont actuellement bien abandonnées, et que, dans un assez grand nombre de cas, les constipés chroniques peuvent rester pendant plusieurs jours sans être incommodés par leur rétention (ce sont le plus souvent des hépatiques), il ne faut cependant pas prétendre que la constipation doit être respectée et qu'elle est un bon état presque physiologique. La vérité est que l'exonération intestinale normale doit s'effectuer d'une façon journalière et être conditionnée par une sensation du même ordre que celle de la faim ; lorsqu'elle est retardée et ne se produit qu'à longues intermittences, c'est l'aboutissant de troubles intestinaux provenant d'une diminution de la sensibilité, de la motricité, d'origine nerveuse, musculaire ou glandulaire. Tous ces faits sont bien connus ; Bayliss et Starling, Magnus, Jacoby ont admirablement étudié le mécanisme de la péristaltique intestinale physiologique et pharmacologique ; Gilbert et Posternak, Prévost et Binet ont montré l'influence des excitants et des cholagogues sur cette fonction ; Hallion et Nepper, Gley, ont mis en évidence l'influence des sécrétions des glandes accessoires, et en particulier du foie, sur les mouvements intestinaux et il ressort nettement de tous ces travaux que la constipation est le résultat du fonctionnement anormal de l'intestin qu'il faut combattre physiologiquement.

Il ne s'agit pas, sauf le cas où, en raison des troubles provoqués, il est nécessaire d'obtenir une évacuation rapide, d'utili-

ser des purgatifs proprement dits qui déterminent une chasse brutale, mais laissent toujours, après, de l'irritation épithéliale et glandulaire et de la paralysie musculaire. Burlureaux a eu raison de combattre la purgation, elle ne doit pas être prescrite dans le traitement de la constipation habituelle, elle est toujours nuisible dans cette affection que l'on doit, au contraire, guérir par l'emploi méthodique de certains laxatifs qui assurent la rééducation de la fonction intestinale viciée.

Un choix parmi eux est cependant nécessaire ; sous l'influence de théories discutables, pour ne pas dire plus, on a abusé de l'emploi d'hydrocarbures liquides, inabsorbables, comme les huiles de vaseline, dont le pouvoir évacuant est nul et qui ne font, par leur présence, que modifier la consistance du bol fécal ; c'est du reste ainsi qu'agissent l'agar-agar et les préparations similaires ; il est bien préférable de modifier le régime des malades en leur prescrivant des légumes verts en plus grande abondance pour augmenter le volume et diminuer la consistance des déchets alimentaires.

On a également, dans ces dernières années, préconisé l'emploi de la bile, soit seule, soit associée à des préparations opothérapiques favorisant les sécrétions biliaires et intestinales ; dans les expérimentations physiologiques, où ces corps sont introduits directement dans l'intestin, les résultats sont très nets mais, en clinique, ils le sont beaucoup moins et, au bout de peu de temps, on voit s'installer de l'accoutumance et les effets thérapeutiques deviennent nuls.

Il est donc préférable de recourir à l'emploi de laxatifs ne se modifiant pas dans l'estomac et dont l'action pharmacodynamique s'exerce à la fois sur le péristaltisme intestinal et sur la sécrétion hépatique par résorption.

Parmi eux, les végétaux à oxyméthylanthraquinones sont surtout à recommander ; ils agissent, comme l'a montré Schmiedeberg à la fois sur la musculature intestinale et sur la sécrétion hépatique, sans irriter la muqueuse. La Cascarine Leprince est le type de ces glucosides à noyau anthraquinonique, préconisée par Dujardin-Beaumetz et Al. Robin ; les recherches de Flury (1912) ont montré le mécanisme de son pouvoir péristaltogène ; Ott et Scott (1908), Johnson et Hindman (1914) ont étudié son action sur le foie et le considèrent comme un cholagogue fidèle et durable, justifiant scientifiquement le nom de «calomel végétal» qui est donné au Cascara par les Anglais.

En dehors de l'effet exonérateur produit sans coliques par la Cascarine, au bout de quelques jours de son emploi régulier, on voit revenir le tonus intestinal, la stase congestive viscérale diminue, la consistance des matières est modifiée sous l'influence de l'exagération des sécrétions et l'intestin est progressivement rééduqué, ce qui est le but définitif à atteindre.

Les dérivés barbituriques et les uréides. Contribution à l'étude de la médication hypnotique. Prof. Pouchet. *Pratique médicale française*, Paris, 1929, p. 165-181.

L'auteur fait une étude excessivement approfondie de la médication hypnotique et en particulier des barbituriques, au sujet d'un nouveau médicament, l'allylisopropylacétylcarbamide (sédormid), que des travaux récents ont mis à l'ordre du jour de la thérapeutique. Le sédormid n'est pas en effet un barbiturique, ni un dérivé de la malonylurée ; c'est un uréide qui, à l'expérimentation pharmacologique et physiologique, s'est montré très peu toxique. Il se présente sous forme de poudre cristalline, blanche, fondant à 194°, assez peu soluble dans l'eau ; on l'utilise sous forme de comprimés dosés à 0.25 ctgr., dont on administre de 1 à 3 et même 4 par 24 heures, soit 0.25 ctgr. à 1 gramme. Cette administration s'effectue, soit le soir en une fois, pour déterminer l'effet hypnotique, soit dans la journée en deux ou trois fois, pour obtenir une action sédative et calmante. Dans les expérimentations cliniques, ces doses ont pu être continuées pendant plusieurs semaines, sans provoquer jamais de troubles gastriques, respiratoires, cardiaques ou cutanés. Sans doute le sédormid est moins puissant que les barbituriques, mais il possède une action beaucoup plus énergique que celle des simples calmants comme la valériane ou les bromures, et il semble bien qu'il réalise un excellent médicament des petits agités: des agrypniques et des anxieux. Certes dans les cas où l'insomnie est tenace, où l'agitation est intense, où le délire est fréquent, le somnifène est toujours indiqué ; dans les cas où l'insomnie est causée par la douleur et dans toutes les algies, l'allonal rend de plus précieux services ; mais chez tous les hypernerveux qui ne peuvent pas dormir, par conséquent dans les insomnies de préoccupation et de surmenage, aussi bien que dans l'anxiété moyenne et dans la petite agitation, le sédormid donne les meilleurs résultats et ne paraît pas présenter le moindre inconvénient, car il est prouvé que ce produit ne provoque pour ainsi dire jamais de manifestations secondaires fâcheuses plus ou moins tardives.

La médication analgésique (Dr. Hollande, *Concours médical* 1929, 7 juillet).

En médecine générale aussi bien qu'en stomatologie, les médicaments analgésiques qui agissent d'une manière certaine sont très rares. Sans doute, il y a l'opium, la morphine et leurs dérivés, mais on sait les inconvénients de ces narcotiques. Certes, le pantopon réalise à l'heure actuelle le moyen le plus sûr d'administrer la thérapeutique opiacée : il ne faut pas oublier néanmoins que tous les médicaments injectables peuvent exposer à ce qu'on a justement appelé la « piquomanie ». Il est donc très intéressant d'avoir à sa disposition un produit absorbable seulement par voie buccale, qui jouisse de propriétés antalgiques très nettes : l'allonal est, on l'a dit, un véritable analgésique renforcé. Comme on sait, l'allonal est l allylisopropyl-barbiturate de diméthyl-amido-antipyrine ; il présente toutes les propriétés en quelque sorte de la diméthyl-amido-antipyrine, complétées, prolongées et consolidées par les qualités sédatives et progressivement hypnogènes de l'acide allyl-isopropyl-barbiturique, qui, d'après l'expérimentation physiologique et clinique, est le moins toxique des barbituriques ; d'où les indications multiples de l'allonal, et comme hypnotique, surtout dans les insomnies causées par la douleur, et comme sédatif, surtout chez les agités et les anxieux, et comme analgésique, dans les algies les plus intenses, comme par exemple celles que vient d'étudier M. Abbal, au centre anticancéreux de Montpellier. Mais M. Hollande, le distingué stomatologiste de l'Hôpital Foch, a étudié surtout l'allonal au point de vue de la pratique stomatologique et il a tâché d'utiliser ce médicament sans être obligé d'avoir recours à l'anesthésie locale : pour obtenir ce résultat, il faut employer l'allonal à doses massives, en une seule fois, c'est-à-dire 1/2 à 1 comprimé chez les enfants et intervenir 1/2 heure après ; 2 à 2 comprimés 1/2 chez les adultes et intervenir 3/4 d'heure après ; une dose supérieure serait trop forte et pourrait provoquer le sommeil du patient : en agissant ainsi, on peut pratiquer dans d'excellentes conditions l'extraction d'une dent abcédée, l'ajustage de bagues pour couronnes ou pour bridges, l'obturation de caries du collet avec hyperesthésie, et d'autre part l'allonal présente un gros intérêt, car il calme l'appréhension et, comme son action se prolonge quelques heures, le patient peut rentrer chez lui sans souffrir et même passer une excellente nuit. Cette action tout à fait exceptionnelle de l'allonal doit être connue de tous les praticiens, car elle est susceptible de rendre les plus grands services en médecine comme en chirurgie.

A propos de la gestation extra-utérine. — H. Sellheim note que, dans la plupart des cas, il est possible de conserver la trompe et l'ovaire. Il suture la trompe soit par un surjet, une sonde étant introduite dans la cavité tubaire, soit par une suture en bourse. (*Mediz. Klin.*, 9 novembre 1928, p. 1736).

H. V.

Schizophrénie et abcès de fixation. — Van Hirtum et Dutoy (*Scalpel*, 1929, p. 681) emploient dans la schizophrénie un procédé modifié d'abcès de fixation. Ils injectent un cc. d'essence de térébenthine, puis une grosse bulle d'air sous la peau du flanc gauche : on prend garde à bien nettoyer l'aiguille, de façon qu'il n'y ait pas trace de térébenthine dans le trajet de l'injection ; de cette façon, l'abcès ne doit pas être incisé et il n'y a jamais écoulement de pus à l'extérieur. La douleur immédiate est quasi nulle. Les phénomènes réactifs locaux procurent en général du calme, Les résultats éloignés seraient bons.

H. V.

CHRONIQUE OBSTÉTRICALE

Péritonite puerpérale. — On sait la gravité des péritonites puerpérales et les résultats décevants du traitement chirurgical.

Et, pourtant, après une opération pratiquée pour cette redoutable complication, l'opérateur a souvent l'impression qu'il faudrait peu de chose pour que la nature reprenne la lutte contre l'infection et remporte la victoire.

R. KELLER (de Strasbourg) vient d'apporter à cette question une intéressante contribution.

« La façon d'opérer, remarque-t-il, dépend beaucoup de la phase de l'infection péritonéale dans laquelle la malade entre en notre observation.

Dans la première phase, où les symptômes remontent à quelques heures, tout au plus 24 ou 36 heures, nous trouvons l'infection péritonéale se localisant autour des organes génitaux, les parties supérieures de la cavité abdominale n'étant pas encore atteintes ; il est de notre devoir de créer par notre intervention des conditions aussi favorables que possible pour l'évacuation de l'exsudat purulent. Il est nécessaire — selon le principe général en chirurgie — de drainer avant tout et largement un point déclive ; pour la péritonite puerpérale, cela n'est faisable que par la suppression de l'utérus et des annexes pour éviter la stagnation du pus dans les excavations anté- et rétro-utérines ; il faut considérer la cavité abdomino-pelvienne comme étant un entonnoir dont l'ouverture vers le bas doit rester largement béante. Ceci n'est réalisable que lorsqu'on ne se contente pas seulement de l'extirpation subtotale en drainant par le canal cervical comme on l'a proposé, mais en enlevant aussi le col complètement, de sorte que le vagin sectionné donne cette ouverture largement béante que nous recherchons. En plus, il faut établir une barrière vers le haut, pour que l'infection ne monte pas vers la grande cavité abdominale, donc placer un Mickulicz qui sert de drainage et de cloisonnement à la fois.

Cette façon de procéder nous a donné dans deux cas de très bons résultats.

Femme de 30 ans. IIIe pare. Accouchement prématuré du 8-9e mois ; pyélite gravidique légère, enfant mort macéré. Le 6e jour après l'accouchement, début des symptômes de péritonite, accentuation le lendemain, de sorte que le diagnostic est devenu certain. Laparotomie. Exsudat purulent dans le Douglas, remontant jusqu'au fond de l'utérus, extirpation totale avec les annexes, drainage vaginal et Mikulicz. La guérison se fait facilement : quatre semaines après, la malade quitte l'établissement en parfait état de santé.

Femme de 23 ans, deux accouchements, grossesse du 2e mois, injection intra-utérine. Lors de l'admission pas de symptômes. Le lendemain matin, même état. Dans le courant de l'après-midi, début des premiers signes de péritonite, aggravation rapide de ces symptômes. Opération dans la soirée. Laparotomie : exsudat liquide séro-purulent remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, forte réaction péritonéale, sur la paroi postérieure de l'utérus ; coloration noirâtre des tissus, paramètre gauche œdématié, annexes gauches tuméfiées, extirpation totale de l'utérus et des annexes, drainage vaginal. Mikulicz. La malade est en bonne voie de guérison.

Dans une phase plus avancée de la péritonite puerpérale, la moitié supérieure de la cavité abdominale est déjà envahie par le pus en grande partie, on peut discuter si on peut encore imposer à la malade une intervention de l'importance de l'extirpation totale de l'utérus. Il faut se laisser guider par l'état général : telle malade nous semblera encore pouvoir supporter cette intervention, telle autre, par contre, subirait un choc par trop important. Si toutefois l'état général ne nous paraît pas par trop atteint, ce sera là aussi notre but de drainer largement vers les parties déclives en supprimant rapidement l'utérus par l'extirpation totale. Je dis rapidement, car la rapidité de l'intervention est évidemment un facteur très important pour la réussite. Il sera en plus nécessaire par l'évacuation du pus de placer un Mickulicz au milieu, et de faire à droite et à gauche des incisions supplémentaires pour drainer les parties déclives latérales. De cette façon les conditions mécaniques pour le drainage seront le mieux réalisées.

Enfin, dans une phase encore plus avancée, l'intestin paralysé par l'intoxication se présentera gonflé, distendu, avec des parois flasques. Le pus a envahi pour ainsi dire toute la cavité abdominale. Dans ces cas avancés l'hystérectomie n'est plus praticable. Nous nous bornons à faire des drainages à trois endroits (au milieu et des deux côtés) et à faire du côté droit une entérostomie, avec ouverture immédiate pour décharger l'intestin. Si on ne peut toutefois pas sauver toutes les femmes atteintes de péritonite puerpérale et arrivées déjà à cette phase, nous avons tout de même eu la chance, dans le courant des dernières années, d'avoir obtenu quelques guérisons.

***

Hémorrhagie par insertion du placenta sur le segment inférieur. — Deux élèves de R. KELLER, GINGLINGER et TASSOVATZ (1) ont étudié les indications de la césarienne basse dans le traitement du placenta prævia. Ils estiment que la césarienne basse, juridicieusement employée, doit être substituée au traitement obstétrical dans bien des cas où, autrefois, on la rejetait par crainte de la péritonite ou de l'hémorhagie opératoire et que, même, la mort de l'enfant n'est pas, dans tous les cas, une contre-indication à son emploi, si on a l'espoir de sauver du moins encore la mère.

Les éléments qui permettent de poser l'indication opératoire sont :

a) l'état peu avancé du travail ;
b) le degré prævia du placenta ;
c) l'importance de l'hémorragie ;
d) l'état du fœtus ;
e) la pureté du cas.

***

Opération de Wertheim. — C'est encore à R. KELLER que nous devons une importante étude sur les « complications post-opératoires après l'hystérectomie élargie pour cancer du col de l'utérus » (2).

Il considère que le choc est évitable avec une opération menée sans lenteur et avec une bonne hémostase. La péritonite est « pour ainsi dire conjurée » par le Mickulicz.

Les complications les plus fréquentes surviennent du côté du système urinaire :

(1) *Bulletin Soc. obst. et gyn. de Paris*, mars 1929.

(1) *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris.*
(2) *Gyn. et Obst.*, juin 1929, t. XX, fasc. 1, p. 28.

I. hématurie passagère les premiers jours après l'opération (dans un tiers des cas) provenant de petits hématomes sous-muqueux qui sont dus au traumatisme de la paroi et qui s'ouvrent dans la cavité vésicale ;

II. cystite post-opératoire très fréquente (décollement étendu de la vessie qui entraîne des lésions nerveuses et vasculaires et infection, favorisée par la sonde à demeure) ;

III. rarement, nécroses secondaires de la paroi vésicale ;

IV. pyélite par ascension souvent passagère, quelquefois tenace ;

V. rétrécissement cicatriciel de l'uretère ou compression tardive de l'uretère dans le tissu cicatriciel du champ opératoire ;

VI. nécroses secondaires des uretères, mis par trop à nu, au cours de l'opération, et, par suite, privés de leurs vaisseaux nourriciers sur une trop grande étendue.

Malgré les grands avantages incontestables que donne le double drainage abdominal et vaginal, il peut, quelquefois, tout de même, être à la base de complications secondaires survenant tardivement :

a) quelquefois hémorragies quand on enlève le sac, et qui proviennent du tissu de granulation (ces hémorragies sont rares et généralement faciles à enrayer) ;

b) rétentions et abcès, si les sécrétions ne peuvent pas s'écouler librement vers le vagin (il est, donc, nécessaire d'enlever seulement tardivement le drainage vaginal afin de laisser cette voie ouverte aussi longtemps que nécessaire) ;

c) fistules stercorales dues aux adhérences entre l'intestin et le sac de Mickulicz, adhérences qui peuvent se déchirer au moment où on enlève le sac du Mickulicz ou ultérieurement par nécrose.

d) coudures et rétrécissements, donnant lieu à des occlusions intestinales. (L'auteur en a observé deux cas où la relaparotomie fut faite, le 6e et le 12e jour, avec succès).

Henri VIGNES.



GLANURES

A l'Ouest rien de nouveau. — *Les passages que nous détachons du livre :* A l'Ouest rien de nouveau (1) *intéresseront les médecins qui ont fait la guerre et les inciteront peut être à lire l'ouvrage tout entier.*

... « Je suis opéré et je dégobille deux jours durant. Mes os ne veulent pas bien se ressouder, dit le secrétaire du médecin. Chez un autre, la soudure s'est effectuée de travers : on sera obligé de briser l'os une seconde fois. C'est quelque chose de pitoyable !

Parmi les nouveaux arrivés, il y a deux jeunes soldats qui ont les pieds plats. A la visite, le médecin chef s'en aperçoit et il s'arrête tout joyeux.

— Nous supprimerons ça, raconte-t il. Nous ferons une petite opération et vous aurez alors des pieds normaux. Ecrivez, ma sœur.

Lorsqu'il est parti, Joseph qui sait tout, fait entendre l'avertissement suivant :

— Ne vous laissez pas opérer. Le vieux a, en effet la manie des expériences. Quand il peut avoir quelqu'un pour cela, il ne le lâche plus. Il vous opère les pieds plats et ensuite, effectivement vous n'avez plus les pieds plats ; en revanche, vous avez des pieds bots et il vous faut, pendant toute votre vie, marcher avec des bâtons.

— Mais alors que faire ? demande l'un des soldats.

— Dire non ; vous êtes ici pour guérir vos blessures et non pas pour vos pieds plats. Est-ce qu'au front vous ne les avez pas eus ? Ah ! voyez-vous, maintenant vous pouvez encore courir, mais, dès que le vieux vous aura tenu sous son couteau, vous serez infirmes. Il a besoin de sujets d'expériences ; pour lui la guerre est, à cause de cela, une époque magnifique, comme pour tous les médecins. Voyez en bas, au centre médical, une douzaine de ses opérés s'y traînent. Plusieurs sont là depuis des années. Pas un seul ne peut marcher mieux qu'avant ; presque tous marchent plus mal et la plupart avec les jambes

(1) *A l'Ouest rien de nouveau* par Erich-Maria Remarque. Traduit de l'allemand par Alzir Hella et Olivier Bournac. Librairie Stock. (Delamain et Boutelleau), 7, rue du Vieux-Colombier, Paris. Prix : 12 fr.

dans le plâtre. Tous les six mois il les rattrape et il leur brise les os une fois de plus, en disant chaque fois que la guérison va venir. Tenez vous sur vos gardes ; il n'a pas le droit de le faire si vous dites non.

— Mais, mon vieux, dit l'un des deux, d'un ton las, mieux vaut les pieds que la tête. Sais-tu ce qui t'arrivera si tu retournes là-bas ? Ils feront de moi ce qu'ils voudront, pourvu que je revienne à la maison. Mieux vaut être pied bot que mort.

L'autre un jeune homme comme nous, ne veut pas de l'opération. Le lendemain matin, le vieux les fait descendre tous les deux et il leur parle et les menace jusqu'à ce qu'ils finissent par accepter. Que peuvent-ils faire d'autre ? Ce ne sont que de pauvres poilus et lui est un manitou. On les rapporte plâtrés et chloroformés.

. . . .

«... Nous n'espérons pas que cela puisse avoir une fin. Nos pensées ne vont pas si loin. On peut recevoir un coup de feu et être tué. On peut être blessé ; alors l'hôpital est la prochaine station ; si l'on n'est pas amputé, tôt ou tard, on tombe entre les pattes d'un de ces médecins-majors qui, la Croix de guerre à la boutonnière, vous disent : « Comment ? Pour cette jambe un peu plus courte que l'autre ? Au front, vous n'avez pas besoin de courir, si vous avez du courage. Cet homme est apte au service. Rompez. »

Karl raconte une de ces histoires qui ont fait tout le tour du front, depuis les Vosges jusqu'aux Flandres, l'histoire d'un médecin-major qui, lors d'une visite médicale, lit à haute voix des noms et, lorsque l'homme s'avance, dit sans le regarder : « Bon pour le front. Nous avons besoin de soldats là-bas. » Voici qu'un individu ayant une jambe de bois se présente ; le major répète : « Bon pour le front. » Et, alors (en racontant cela, Karl élève la voix) l'homme lui dit : J'ai déjà une jambe de bois, mais si maintenant je pars pour le front et qu'on me casse la tête d'un coup de feu, je me ferai fabriquer une tête de bois et je deviendrai, moi aussi, médecin-major ».

Nous sommes tous profondément satisfaits de cette réponse. Il peut y avoir de bons médecins, et effectivement beaucoup le sont ; cependant parmi les cent visites qu'il passe, chaque soldat tombe une fois ou l'autre entre les mains de ces nombreux fabricants de héros, qui s'efforcent, sur leur liste, de transformer un aussi grand nombre que possible d'inaptes définitifs et d'inaptes provisoires en aptes au front.

. . . .

. . . . . . Maintenant une sœur vient plus souvent faire la ronde. Souvent ce sont aussi des dames auxiliaires de la Croix-Rouge. Elles sont très bonnes, mais parfois un peu maladroites. En changeant quelqu'un de lit il arrive qu'elles lui font mal et elles sont alors si effrayées qu'elles lui font encore plus mal.

Les sœurs sont plus expérimentées. Elles savent comment s'y prendre, mais nous aimerions bien qu'elles fussent un peu plus gaies. A vrai dire, quelques-unes ont de l'humour ; elles sont même impayables. Qui ne ferait pas tout son possible pour être agréable à sœur Libertine, cette admirable femme qui répand la bonne humeur dans tout l'étage du plus loin qu'on la voit ? Et il y en a encore plus d'une dans son genre. Pour elles, nous nous jetterions au feu. On ne peut vraiment pas se plaindre, on est traité ici par les religieuses absolument comme des civils. Quand on pense aux hôpitaux de garnison, en comparaison de ceux-ci, on est effrayé...

Le physiologue Pavlof. — Le célèbre physiologue russe Ivan Pavlof a célébré, le 5 octobre, son quatre-vingtième anniversaire. Il reçut le prix Nobel pour ses travaux sur la physiologie des voies digestives.

Antibolcheviste, c'est Lénine qui lui sauva la vie en donnant l'ordre au chef de la Tchéka de l'épargner.

Ses opinions antibolchevistes, Pavlof les exprime ouvertement, en Russie même. Il a l'habitude de dire :

— Le régime communiste est antiphysiologique.

Pavlof assistait dernièrement au congrès américain des physiologistes où il fut acclamé.

Tout en publiant son portrait, la presse bolcheviste ne peut s'empêcher de commenter en ces termes son attitude politique :

« Malheureusement Pavlof, qui est objectif et révolutionnaire dans le domaine de la science, se montre personnel et réactionnaire dans l'appréciation des questions sociales... »

Ce n'est pas l'avis de l'illustre savant.

(*L'Ami du peuple.*)





NOUVELLES

Fondation d'un prix annuel : le prix Etienne-Taesch. — A la séance d'ouverture du 29e Congrès de l'Association française d'Urologie, qui s'est tenue à la Faculté de Médecine, le docteur Pasteau, secrétaire général, a annoncé que l'Association avait reçu une somme de *deux cent mille francs* destinée à la fondation d'un prix annuel qui portera le nom de prix Etienne-Taesch.

Etienne Taesch était bien connu dans le milieu industriel de l'imprimerie. D'abord simple dessinateur lithographe, son esprit inventif lui avait fait découvrir une série de perfectionnements dans la technique de l'imprimerie, aujourd'hui universellement adoptés, si bien qu'il avait fini par occuper une place prépondérante parmi les constructeurs de machine à imprimer. Il a tenu, peu avant sa mort, survenue l'année dernière, en accord avec Mme Taesch, à ce qu'une partie de la fortune qu'il avait acquise par son travail, fût utilisée à aider de jeunes travailleurs. En reconnaissance des soins qu'il lui avait longtemps prodigués, il avait exprimé le désir qu'après sa mort, Mme Taesch remît au professeur Chevassu, chirurgien de l'hôpital Cochin la somme nécessaire à réaliser son vœu. Telle est la genèse du prix Etienne-Taesch.

Le prix sera décerné chaque année à un docteur en médecine français ou un étudiant en médecine français, âgé l'un ou l'autre de moins de 30 ans, et plus particulièrement à un interne ou ancien interne des hôpitaux, dont il paraîtra utile pour la science de faciliter les recherches. Il sera distribué pour la première fois l'année prochaine, à pareille époque.

Saint-Etienne. — Les journaux quotidiens signalent l'apparition de deux cas de lèpre, chez deux jeunes enfants d'un riche industriel stéphanois.

Le diagnostic de lèpre aurait été confirmé par un dermatologiste parisien et après mise en observation, les deux enfants seraient isolés à St-Louis, au pavillon des lépreux. Après enquête faite pour découvrir l'origine de la contamination, c'est en jouant sur un tapis d'Orient, acheté par les parents à un Arabe de passage, que les enfants auraient été contaminés.

Concours d'ophtalmologie organisé pour 1930 par l'expansion médico-pharmaceutique française. — Ce concours comporte 18 prix en espèces d'une valeur globale de 15.000 francs, le premier prix étant de 6.000 francs.

La somme totale de 15.000 francs a été offerte par M. Alfred Chauvin qui l'a déposée à la Banque Morgan et Cie.

Le sujet du concours est le suivant : « Prophylaxie et traitement du trachome ». Il s'agit de prophylaxie médicamenteuse (sans insister sur la prophylaxie hygiénique, sauf si le candidat a des idées nouvelles à exposer à ce sujet) et de traitement thérapeutique (sans insister sur les traitemente chirurcaux, sauf si le candidat propose un traitement mi-chirurgical, mi-thérapeutique).

Il importe de rechercher et de découvrir si possible la ou les meilleures préparations médicamenteuses à employer préventivement contre le trachome dans les milieux infectés (soit dans les familles, soit dans l'armée, soit dans les écoles, etc.), ainsi que le ou les meilleurs médicaments externes à utiliser contre le trachome déclaré et ses complications.

Le travail devra comporter surtout des observations recueillies par l'oculiste, suivant les milieux où s'exerce son activité, soit dans les infirmeries et hôpitaux civils ou les cliniques privées, soit dans sa clientèle de cabinet.

Le concours sera clos le 1er mars 1930. Toutefois les candidats qui auront fait acte officiel de candidature avant le 1er janvier 1930 bénéficieront d'un délai supplémentaire de trois mois pour l'envoi de leur travail. Le concours sera clos pour eux le 1er juin 1930. Pour faire acte de candidature, il suffit de se faire inscrire à l'Expansion médico-pharmaceutique française, Boîte postale n° 8, à Aubenas (Ardèche). L'inscription est faite sans frais pour le candidat et ne l'engage à rien. Il peut par la suite renoncer au concours s'il le désire.

Pour toute demande de renseignements se rapportant à ce concours on est prié d'écrire à l'Expansion médico-pharmaceutique française, Boite postale, n° 8, Aubenas (Ardèche) France, qui répondra par retour du courrier aux questions posées.

L'extension de la prostitution. — M. le docteur Léon Bizard, médecin en chef de la prison de Saint-Lazare, vient de faire une communication à l'Académie des sciences morales et politiques sur les progrès de la prostitution au cours de ces dernières années (séance du 12 octobre). Il en voit les causes principales dans la cherté de la vie, la crise des logements, l'abaissement de la moralité et les divorces trop facilement accordés pour des causes futiles.

Il cherche le remède dans un enseignement de la morale sociale aux enfants des écoles et surtout dans les écoles de campagne, où il serait utile de faire connaître aux enfants et aussi aux parents les difficultés et les dangers de la grande ville.

Il demande, en outre, une répression plus sévère du proxénétisme et du vagabondage spécial, l'interdiction de certaine presse licencieuse et de livres obscènes sur lesquels il pense qu'on peut faire peser une part de responsabilité de la crise actuelle d'immoralité.

Dispensaire de la Haute-Saône. — Un concours sur titres est ouvert ppur la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires départementaux d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Haute-Saône. Il aura lieu à Vesoul dans les premiers jours de décembre.

Les candidats à cet emploi devront être Français, âgés de moins de 50 ans, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Leur demande rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture de la Haute-Saône (Cabinet) avant le 1er novembre 1929, et être accompagnée des pièces suivantes : 1° adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ; 1° acte de naissance sur timbre ; 3° copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; 4° extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 5° certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; 6° certificat délivré par un médecin assermenté constatant que le candidat n'est atteint d'aucune infirmité ni maladie chronique incompatible avec l'exercice de fonctions très actives ; 7° exposé des titres, travaux, états de service et références en matière de phtisiologie ; 8° principales publications ; 9° engagement, en cas de nomination : *a*) de se consacrer uniquement à ses fonctions (examen des tuberculeux et des suspects de tuberculose, examens cliniques et radiologiques, dans les trois dispensaires antituberculeux de Vesoul, Gray et Lure, et service de consultations et de prophylaxie au dispensaire antivénérien de Vesoul, constitué en dispensaire mixte) ; *b*) de renoncer à faire de la clientèle. Toutefois, il pourra aller en consultation avec un médecin qui l'aura appelé pour un examen de malades, création ou entretien de pneumothorax artificiel) ; *c*) de rester en fonctions dans

le département de la Haute-Saône pendant une durée minima de trois ans ; *d*) en cas de démission ou de nomination à un autre poste, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à s'assurer son service dans le département de la Haute-Saône pendant trois mois au minimum ; *e*) en cas de cessation de ses fonctions, pour quelque motif que ce soit, de ne pas s'installer comme médecin praticien, dans le département de la Haute-Saône, avant le délai de cinq ans.

Le médecin des dispensaires sera astreint à un stage payé d'un an, avant d'être titularisé dans ses fonctions.

Le traitement attaché à la fonction de médecin spécialisé des dispensaires est fixé à 30.000 francs par an et peut atteindre 40.000 francs par échelons successifs de 2.000 francs.

A ce traitement s'ajouteront : 1° Une indemnité de résidence et, le cas échéant, une indemnité pour charges de famille, égales aux indemnités de même nature servies au personnel de la Préfecture ; 2° Une indemnité forfaitaire annuelle pour frais de déplacement fixée à 10.000 francs et susceptible de relèvement lors de la création éventuelle de nouveaux dispensaires (Dispensaires antivénérien d'Héricourt).

Le médecin-chef des dispensaires pourra, sur sa demande : *a*) être admis à participer à la Caisse départementale de retraites dans les conditions et limites d'âge prévues par le règlement départemental (retraite à 65 ans d'âge, après 25 ans de services, c'est-à-dire versements à partir de 40 ans d'âge au maximum ; *b*) ou en cas d'impossibilité (plus de 40 ans d'âge), il pourra constituer sa retraite par versements à la Caisse nationale des retraites avec participation par moitié (et au maximum pour une somme annuelle de 1.500 francs) du Comité départemental (conformément au règlement intérieur des dispensaires antituberculeux).

BIBLIOGRAPHIE

Diathermie et diathermothérapie, par le Dr H. Bordier. Cinquième édition, revue et augmentée, 1929. 1 vol. in-8° de 670 pages, avec 243 figure dans le texte : 60 francs. — Librairie Baillière, 19 rue Hautefeuille, Paris.

La rapidité avec laquelle se sont épuisées les quatre premières éditions de ce livre prouve combien le corps médical s'intéresse aux remarquables effets physiologiques et thérapeutiques des oscillations électriques de hautes fréquence. La diathermie est en train de conquérir la juste place qu'elle mérite grandement dans l'arsenal thérapeutique.

Dans cette cinquième édition, l'auteur a donné une plus grande ampleur au chapitre se rapportant à la propagation des courants de haute fréquence en général à travers les milieux électrolytiques et colloïdaux, et surtout à travers les tissus vivants : c'est une question fondamentale pour le médecin qui désire être instruit sur les circonstances qui accompagnent et régissent les lois complexes de cette propagation.

Le lecteur trouvera aussi plusieurs paragraphes nouveaux, aussi bien dans les chapitres consacrés à la diathermie chirurgicale que dans ceux consacrés à la diathermie médicale.

Il constatera l'importance que commence à prendre la diathermo-coagulation dans les Centres anti-cancéreux et en particulier à Bordeaux sous l'intelligente et active direction du professeur Réchou.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Viennent de paraitre :

Les assurances sociales en France et la protection de la Santé publique, par J.-H. Eyland. 1 vol. in-8 : 20 fr. (Alcan).

L'œdème brightique, par Ch. Achard, in-8, 220 p. : 30 fr. (Doin).

Synthèse et prothèse osseuse: Etude clinique et radiologique de la tolérance du tissu osseux, par Alexandre Moruzi. In-8, 144 p., 16 fig. et 39 pl. hors-texte : 40 fr. (Doin).

Le rein des vieillards, par Pierre Delafontaine. In 8, 202 p. : 25 fr. (Doin).

La Pratique chirurgicale illustrée, par Victor Pauchet, 3e éd. revue, corrigee et augmentée, in-8, 300 p., 227 fig. : 65 fr. (Doin).

La tuberculose cardio-vasculaire. Le cœur des tuberculeux, par A. Pic et L. Morénas. In-8, 300 p., 15 fig., 4 pl. en coul. : 65 fr. (Doin).

Etudes de psychologie sociale. L'hygiène sociale. I. La Femme dans la Société, par Havelock Ellis, éd. française revue par l'auteur. In-8 : 20 fr. (Mercure de France).

Le tabac. Tome II. Pathologie. Dessiccation. Préparation, par G. Capus, F. Leulliot et E. Fœx. In-8, 432 p., pl. et fig. : 54 fr., (Edition géographiques, maritimes et coloniales).

Psychologie homosexuelle, par Hesnard. In 16, 200 p. : 12 fr. (Stock).

Les Sonnets du Docteur, par Georges Camuset, tirage à 950 ex. sur vergé d'Archer : 45 fr. (Editions du Raisin).

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'Internat en médecine.* — *Oral* (suite). — Séance du 15 octobre. — Questions données : Angines de la scarlatine ; — Symptômes et diagnostic de l'ostéomyélite des os longs. — MM. Soubrane 17, Thiboumery 12, Lemant 12, Roussoulade 17, Cachin (Ch.) 17, Cohen-Asdriel 22, Vaidié 24, Kreyus 25, Sabourin 16, Jouffroy 13.

Séance du 17 octobre. — Questions données : Formes cliniques du goitre exophtalmique ; — Epanchements sanguins intracraniens d'origine traumatique, chez l'adulte. —MM. Lachter-Pachter, 21, Werner 18, Sidi 22, Bénech 23, Lazard 17, Tavennec 26, Parent 16, Delamare 25, Mariau 27, de Font-Réaulx 22.

Séance du 18 octobre. — Questions dounées : Colique néphrétique ; Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — MM. Schwartz 23, Bernard 26, Nomblot 27, Roy 20, de Soria 23, Nicolas 28, Jomain 21, Alpern 16, Fabre 25, Loiseau 14.

— *Concours de l'externat.* — Composition du jury : M. le Dr Debray remplace le Dr Coste.

Concours de l'adjuvat. — Epreuve orale. — Séance du 16 octobre. Question donnée : Calcanéum et astragale. — MM. Couvelaire 26, Audouin 24, Vuillième 26, Lyonnet 25, Guillot 26, Guran 25, Leroy 23, Luzuy 25,

Dissection. — Séance du 18 octobre. — Question donnée : Nerf crural et ses branches à partir de l'arcade de Fallope. — MM. Vuillième 26, Guillot 25, Guran 26, Luzuy 27, Audouin 27, Couvelaire 29.

Epreuve orale supplémentaire. — Séance du 19 octobre. — Question donnée : Artère sous-clavière droite avec l'origine de ses collatérales. — MM. Guillot 28, Vuillième 26.

A la suite de ce concours sont nommés MM. Couvelaire et Guillot.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — M. Devin. La fossette coccygienne, signe d'hérédo-syphilis.— M. Taboureux. — De l'emploi d'un nouveau séro-médicament dans la tuberculose. — M. Bonnet. Les modifications de la prokinémie au cours de l'eczéma.

Guerre. — Un concours sera ouvert le mercredi 27 novembre 1929, à 9 h. à l'école d'application du Service de santé militaire à Paris, pour l'admission à cinq emplois de médecin sous-lieutenant et à un emploi de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Etre possesseur du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de pharmacien ;

3° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1929, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1900 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux ;

4° Avoir satisfait au 31 décembre 1900 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

5° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant.

Les épreuves à subir seront :

A. *Pour les docteurs en médecine.*— 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Un interrogatoire sur l'hygiène.

B. *Pour les pharmaciens.* — 1° Une composition écrite sur une question de chimie appliquée à la pharmacie ;

3° Interrogatoire portant sur quatre questions : une de physique, une de chimie, une d'histoire naturelle, une de pharmacie ;

3° Epreuve de chimie analytique, recherches des acides et des bases renfermés dans plusieurs sels solides ou dissous ;

4° Vérification et titrage d'un médicament.

Nota. — Tous les candidats seront, en outre, soumis à un examen médical en vue de la constatation de leur aptitude physique dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926 et le décret et l'instruction du 15 juillet 1929.

7es Journées franco-belges. (Paris du 4 au 9 décembre, au siège social du Groupement Odontotechnique, 5, rue Garancière). — Les 7es journées franco-belges se tiendront du 4 au 9 décembre prochain. Comme les années précédentes, ces journées, en même temps qu'elles sont une fête amicale, sont l'occasion de grandes manifestations scientifiques.

Pour tous renseignements adresser la correspondance à M. Sapet, secrétaire général du Comité d'organisation, 5, rue Garancière.

Légion d'honneur. — *Guerre.* — Tableau de concours pour 1929 :

Officier.— Médecin commandant Baur (Levant).

Chevalier. — Médecin capitaine Bidault (Levant).

Troupes coloniales : M. le médecin capitaine Chambon (Cameroun), M. le médecin lieutenant Morvan (Maroc).

Marine. — *Service de santé* — M. le médecin en chef de 1re classe Dargein a été maintenu définitivement dans les fonctions de médecin chef de l'hôpital Sainte-Anne, fonctions qu'il remplissait concurremment avec celles de professeur à l'Ecole d'application de Toulon.

M. le médecin en chef de 1re classe Oudard, professeur à l'Ecole d'application de Toulon, a été désigné pour continuer ses services à Paris au Conseil supérieur de santé, en remplacement de M. le docteur Cazamian, appelé à d'autres fonctions.

M. le médecin en chef de 1re classe Cazamian, désigné pour remplir les fonctions de médecin de la 1re escadre, embarquera sur le cuirassé *Provence* le 18 novembre 1929.

— Ont été nommés, après concours, aux emplois ci-après :

Pour une période de cinq ans comptant du 1er novembre 1929 : Professeur de physiologie et d'hygiène à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux : M. Charpentier, médecin de 1re classe.

Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort ; M. Ginabat, médecin de 1re classe.

Professeur d'histologie et d'embryologie aux trois écoles annexes de médecine navale : MM. les médecins de 1re classe Daoulas, Paponnet et Moreau.

Professeur de physique biologique à l'école annexe de Toulon : M. Bastian, pharmacien chimiste de 1re classe.

Professeur de chimie biologique aux trois écoles annexes de médecine navale : MM. les pharmaciens chimistes de 1re classe Boucher, Perret et Islin.

Pour une période de cinq ans comptant du 1er décembre 1929.— Chef de clinique chirurgicale à l'école d'application de Toulon : M. Perves, médecin de 1re classe.

Pour une période de trois ans comptant du 1re décembre 1929 : Adjoint au professeur de bactériologie et d'épidémiologie à l'Ecole d'application de Toulon : M. Pirot, médecin de 1re classe.

Pour une période de deux ans comptantdu 1re novembre 1929. — Prosecteurs d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale ; MM. les médecins de 1er classe Fougerat et Barrat.

Externat des hôpitaux de Lyon. — *Résultat du concours.*— Ont été nommé :

Externes titulaires : MM. Revol, Granon, Trillat, Ballivet, Gonnet, Francillon, Vincent Daniel, Martinet, Riou, Bolot, Blanc, Morel, Pérol, Roux, Doucet-Bon, Chon, Gignoux, Chanial, Reynaud Léon, Mlle Rousseva, Falconnet, Vuarnet, Aufrère, Simon, Dauvergne, Chollat-Namy, Deroudille, Leclerc, Ledru, Fay, Beaujard, Viennois, Bloch, Julilet, Veyrat, Poulain-Cousty, Guéricolas, Bourgeois, Debrous, Mlle Berrier, Bertrand Guy, Poncet, Xsu, Colas, Perche, Agrot, Lavabre, Bosson, Damidot, Prunet, Rivollier, Faysse, Barut, Maupin, Mlle Delaye, Bouchayer, Mlle Simonet, Voldoire, Truchet.

Externes provisoires : MM. Michel Petchot-Bacque, Rozier, Carle. Charvet, Cuzin, Donat, Rouvière, Ferrari, Roche, Aussédat, Chédécal, Meyrieux.

Le jury, présidé par M. le docteur Bouget, administrateur des hospices, assisté de M. Delorme, également administrateur des hospices, était composé de MM. les docteurs : Ricard, chirurgien des hôpitaux ; Palliard, médecin des hôpitaux ; Guilleminet, chirurgien des hôpitaux ; Bernheim, médecin des hôpitaux.

Avignon. — Le docteur Colombe, dont on sait le rôle éclairé pour tout ce qui touche aux intérêts artistiques d'Avignon, vient de se rendre acquéreur aux enchères publiques, des archives et de la bannière de la confrérie des Gagne-Deniers de la Cité pontificale.

Vendée. — La médaille d'or des épidémies est décernée à titre posthume, au docteur Emile Boismoreau, de Saint-Mesmin-le-Vieux, mort, il y a quelques mois, victime de son dévouement, en soignant une fillette atteinte de croup.

Legs d'un médecin à l'hôpital St-Jacques de Besançon. — Le docteur Girardot a légué à l'hôpital et à la ville de Besançon une partie de sa fortune pour améliorer les services d'ophtalmologie à l'hôpital et venir en aide aux vieillards, aveugles et malades de la ville.

L'hôpital toucherait 1.600.000 francs et la ville 800.000 francs.

Dans sa séance tenue le 14 octobre le Conseil municipal a rendu hommage au Dr Girardot.

Le médecin de l'hôpital-hospice d'une ville est un fonctionnaire public. — En cette qualité, il peut se réclamer de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 et il ne peut, par suite, être revoqué sans avoir été mis à même de prendre connaissance de son dossier. (Conseil d'Etat, 4 mai 1928.)

Concours du second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. — Les concours du second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvriront à la faculté de médecine de Paris, le 5 mai 1930.

Ces concours sont limités aux sections désignées et auront lieu aux dates fixées dans le tableau ci-après : 5 mai 1930 : Médecine générale ; — 7 mai 1930 ; Chirurgie générale ; — 12 mai 1930 ; Obstétrique ; Oto-rhino-laryngologie ; — 14 mai 1930 : Physiologie, Physique médicale ; — 19 mai 1930 : Anatomie, Chimie médicale ; — 22 mai 1930 : Histologie ; Histoire naturelle médicale et parasitologie ; Anatomie pathologique ; — 26 mai 1930 : Histoire naturelle et pharmaceutique ; Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les académies du 4 janvier au 3 mars 1930 inclus.

Les emplois d'agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie mis au concours pour les sections ci-dessus désignées se répartissent de la manière suivante :

Anatomie : Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Montpellier, 1. — Histologie : Lille, 1 ; Strasbourg, 1. — Histoire naturelle médicale et parasitologie : Lyon, 1. — Physiologie : Lyon, 1 ; Strasbourg, 1. — Chimie médicale : Lille, 1 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1. — Physique médicale : Strasbourg, 1 ; Toulouse, 1. — Médecine générale : Bordeaux, 1 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 2 ; Toulouse, 2. — Anatomie pathologique : Paris, 1 ; Lille, 1. — Médecine légale : Strasbourg, 1. — Chirurgie générale : Lille, 1 ; Nancy, 2. — Oto-rhino-laryngologie : Lyon, 1. — Obstétrique : Lyon, 1 ; Strasbourg, 1. — Histoire naturelle pharmaceutique : Bordeaux, 1 ; Toulouse, 1. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie : Bordeaux, 1 ; Toulouse, 1.

Examen de médecin sanitaire maritime. — Les jurys pour l'examen des candidats aux fonctions de médecin sanitaire maritime sont constitués dans les villes et aux époques ci-après : Bordeaux (octobre), et Marseille (mars).

Les demandes doivent être adressées, autant que possible un mois à l'avance, aux directeurs des circonscriptions sanitaires de Pauillac ou de Marseille.

Les candidats ont à produire à l'appui de leur demande : leur acte de naissance ; le diplôme de docteur en médecine ; un certificat de bonnes vie et mœurs ; une pièce établissant leur qualité de Français (pièce militaire, carte d'électeur. La qualité de Français peut être également affirmée par le certificat de bonnes vie et mœurs, et tient lieu dans ce cas de pièce principale).

L'examen porte sur la bactériologie, la pathologie, l'épidémiologie, le traitement et la prophylaxie des maladies transmissibles ainsi que sur la réglementation sanitaire et ses applications pratiques.

L'épreuve écrite comporte : 1° Une composition sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses (maladies pestilentielles exotiques, maladies épidémiques et endémiques) ; 2° Une composition sur la législation sanitaire (loi du 3 mars 1832 ; règlement du 8 octobre 1927, conférences internationales de Venise, de Dresde et de Paris).

Il est accordé aux candidats une heure et demie pour la rédaction et la composition de pathologie et une heure pour la rédaction de la composition de législation.

L'épreuve orale porte : 1° Sur la pathologie des maladies infectieuses et contagieuses ; 2° Sur la bactériologie (coloration et diagnostic des principaux microbes pathogènes) ; 3° sur la législation sanitaire et la pratique de la désinfection (préparation et usages des liquides antiseptiques ordinairement employés : stérilisation avec les appareils usités dans les laboratoires et sur les navires).

Un monument au professeur Grasset. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire du professeur Grasset a eu lieu le 16 octobre, à Montpellier, au milieu d'une nombreuse assistance comprenant les membres du congrès de médecine et les notabilités de la région.

Lorsque le voile recouvrant le monument, place de la Tour-des-Pins, à côté de la Faculté de Médecine, tomba, le professeur Vedel, président du congrès en termes très élevés, retraça, la vie du professeur Grasset. Le doyen Euzière de la Faculté de médecine parla de son œuvre professionnelle, puis M. Milhaud, maire, remercie au nom de la ville pour la remise du monument et fit à son tour l'éloge de Grasset qui illustra la ville où il naquit. Les membres de la famille assistaient à la cérémonie.

Nécrologie. — Dr Denis-Auguste DUMAREST, président honoraire de l'Association des médecins de l'Isère, décédé à Renage (Isère), dans sa 82e année. — Dr Gumersindo SOARES, médecin portugais, émigré politique en France, décédé à Paris à l'âge de 35 ans. — Dr Raoul BRUNON, directeur honoraire de l'école de médecine de Rouen, décédé à Rouen à l'âge de 75 ans. — Dr LARNAUDIÉ vice-président du conseil général du Lot, maire de Larroque-Toirac, décédé dans sa 64e année. — Dr G. DELÇECQ (de Linselles Nord), décédé à l'âge de 74 ans. — Dr Hector BRULANT (de Saulzoir, Nord).

(*Voir la suite page* 1801.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Remarques sur les hautes tailles dans l'enfance et la jeunesse.

(Hypertrophie staturale),

Par le Professeur P. NOBÉCOURT.

Bien des enfants et des jeunes gens ont des tailles supérieures aux tailles moyennes de leurs âges, ont une haute stature.

Cette constatation pose des problèmes complexes, dont la solution est souvent difficile à trouver.

Cette solution doit être basée sur une séméiologie précise. Celle-ci comprend tout d'abord la *mensuration de la taille* et l'évaluation de l'*écart* qu'elle présente avec la taille moyenne des garçons ou des filles du même âge que le sujet. Ce sont ces questions qui font l'objet du présent travail.

***

Pour reconnaître qu'une taille est supérieure à la moyenne, il faut connaître celle-ci. Pendant l'enfance et la jeunesse, période de croissance staturale ininterrompue, cette moyenne diffère d'une année et même d'un mois à l'autre. A chaque âge elle est difficile à établir, car les nombres qui entrent dans sa composition sont très divers. Les *tailles de croissance*, dressées dans un même pays, pour des sujets de même race, ne concordent pas.

Après avoir confronté les tables de Quételet, de Variot et Chaumet, d'Apert, de Mac Auliffe, j'ai adopté les moyennes suivantes, qui m'ont servi pour étudier les *enfants trop petits* (1). Elles n'ont d'ailleurs qu'une valeur toute relative. Sauf pendant la première année, les tailles des garçons et des filles sont différentes.

Nouveau-né	50 cm.
A 1 mois	51 —
A 2 —	57 —
A 3 —	60 —
A 4 —	62 —
A 12 —	70 —

De 4 à 12 mois l'accroissement mensuel est de 1 cm.

	Garçons	Filles
A 2 ans	80 cm.	77 cm.
A 3 —	89 —	85 —
A 4 —	97 —	92 —
A 5 —	103 —	98 —
A 6 —	108 —	104 —
A 7 —	114 —	110 —
A 8 —	119 —	116 —
A 9 —	125 —	120 —
A 10 —	131 —	126 —
A 11 —	135 —	135 —
A 12 ans	139 cm.	142 cm.
A 13 —	145 —	146 —
A 14 —	151 —	150 —
A 15 —	157 —	152 —
A 16 —	162 —	153 —
A 17 —	163 —	154 —
A 16 —	164 —	155 —
A 19 —	165 —	155 —
A 20 —	166 —	156 —

Plusieurs auteurs donnent pour moyennes, à certains âges tout au moins, des tailles un peu supérieures à celles que j'ai adoptées.

Garçons. — A 1 *an*, au lieu de 70 cm. : 71 cm. (Variot), 72 m. (Apert, Mac Auliffe), soit 1 ou 2 cm. de plus.

A 2 *ans*, au lieu de 80 cm. : 84 cm. (Apert, Mac Auliffe), soit 4 cm. de plus.

De 3 *à* 14 *ans* : 3 cm. de plus (Mac Auliffe) sauf à 4 et à 12 ans, où les écarts sont respectivement de 4 cm. et de 2 cm.

A 15 *ans* : au lieu de 157 cm. : 158 cm. (Mac Auliffe), soit 1 cm de plus.

De 3 *à* 16 *ans* : 3 ou 4 cm. de plus (Apert) et même 6 cm. à 8 ans, 5 cm. à 15 ans.

De 17 *à* 20 *ans* : 5 ou 6 cm. de plus (Apert).

A 18 et 20 ans : : 1 cm. de plus (Quételet)

Filles. — A 11 et 13 *ans*, 1 cm. de plus (Apert).

A 4, 9 14 *ans*, 1 cm. de plus ; à 11 et 13 *ans*, 2 cm. de plus ; à 8 et 12 *ans*, 3 cm. de plus (Mac Auliffe).

A 5, 6, 7, 10 et 14 *ans*, 1 cm. de plus ; à 9 et 15 *ans*, 2 cm. de plus (Variot).

A 17, 18 et 20 *ans*, 1 cm. de plus (Quételet).

Somme toute, les écarts avec les moyennes adoptées ici sont donc, en général, assez faibles.

Pour permettre les comparaisons, il convient, comme je l'ai fait ailleurs (1), de les calculer pour une taille uniforme de 100.

Les écarts avec les moyennes, en ne tenant pas compte des fractions de l'unité, sont les suivants. Je ne mentionne que ceux qui sont supérieurs à 1 %.

Garçons. — A 1 *an* : 1 % (Variot), 2 % (Apert, Mac Auliffe).

A 2 *ans* : 4 % (Apert, Mac Auliffe).

A 3 *ans* : 3 % ; à 4 *ans*, 4 % ; à 12 *ans* et à 14 *ans*, 1 % (Mac Auliffe).

A 6 *ans* : 5 % ; à 15 *ans*, 3 % (Apert).

De 17 à 20 *ans* : 3 % (Apert).

Filles — A 11 et 13 *ans* : 1 % ; à 8 et 12 *ans*, 2 % (Mac Auliffe).

A 9 et 15 *ans* : 1 % (Variot).

Somme toute : pour les *garçons*, les écarts sont le plus souvent inférieurs ou égaux à 1 % ; ils atteignent plus rarement 2 et 3 %, très rarement 4 et 5 %.

Pour les *filles*, les écarts ne dépassent pas 2 %.

Les tailles moyennes adoptées ici peuvent donc être tenues pour valables.

***

Les tailles moyennes sont choisies par la confrontation de tailles diverses, les unes plus petites, les autres plus élevées. Il n'existe donc pas de frontière bien tracée entre les individus *moyens* et ceux qui ont une *stature élevée*. Il est cependant indispensable d'en tracer une.

Recherchons celle qui peut être adoptée, d'abord pour les garçons, ensuite pour les filles.

Garçons.

D'après une statistique d'Adolphe Bertillon, sur 100 hommes, âgés de 21 à 44 ans, habitant Paris :

25	ont des tailles de	158 à 162 cm.
28	—	163 à 167 cm.
19	—	168 à 172 cm.
7	—	173 à 177 cm.
1	—	178 à 182 cm.
0,2	—	183 à 187 cm.

La taille moyenne du jeune homme de 20 ans, qui est approximativement celle de l'adulte, étant de 166 cm., on peut admettre que les hommes mesurant 168 à 172 cm. sont à la limite des tailles moyennes et des tailles élevées.

Par rapport à une taille de 166 cm., pour une taille de

168 cm.	l'excès statural est de	2 cm.	soit de	1,2 %
169 cm.	—	3 cm.	—	1,7 %
170 cm.	—	4 cm.	—	2,4 %
171 cm.	—	5 cm.	—	3 %
172 cm.	—	6 cm.	—	3,6 %

On peut ne pas tenir compte des écarts de 2, 3 et même 4 cm., soit de 1 et 2 %, et admettre qu'un excès statural de 5 cm., soit de 3 %, constitue la limite supérieure des tailles

(1) P. Nobécourt. — Les enfants trop petits. *L'Expansion scientifique française*, 1929.

(1) P. Nobécourt. — Remarques sur la taille dans l'hypotrophie staturale et le nanisme simple. *Paris médical*, 5 novembre 1927.

moyennes : un homme de 171 cm. a déjà une stature assez élevée.

Adoptant cet excès statural limite de 5 cm., il est facile de calculer, pour les différents âges, depuis la naissance jusqu'à 20 ans, les tailles et l'excès statural pour 100 correspondants.

Voici les résultats du calcul pour quelques âges.

Garçons.

Age —	Taille moyenne —	Excès statural de 5 cm. Taille correspondante —	Excès °/ₒ —
Nouveau-né	50 cm.	55 cm.	10
1 an	70 cm.	75 cm,	7
5 ans	103 cm.	108 cm	4,8
10 ans	131 cm.	136 cm.	3,8
15 ans	157 cm.	162 cm.	3,1
20 ans	166 cm.	171 cm.	3

FILLES.

D'après une statistique de Mac Auliffe, sur 100 femmes françaises âgées de 21 à 45 ans :

28	ont des tailles de	153 à 157 cm.
27	—	158 à 162 cm.
12	—	163 à 167 cm.
4	—	168 à 172 cm.
0,4	—	173 à 177 cm.
0,2	—	178 à 182 cm.

A 20 ans, par rapport à la taille moyenne de 156 cm., on constate que, pour une taille de

158 cm.	l'excès statural est de	2 cm.	soit de	1,2 %
159 cm.	—	3 cm.	—	1,9 %
160 cm.	—	4 cm.	—	2,5 %
161 cm.	—	5 cm.	—	3,2 %
162 cm.	—	6 cm.	—	3,8 %

De même que pour les garçons, on peut admettre qu'un excès statural de 5 cm. soit de 3,2 %, constitue la limite supérieure des tailles moyennes : une femme de 161 cm. a déjà une stature assez élevée.

Voici les constatations faites pour quelques âges :

FILLES

Age —	Taile moyenne —	Excès statural de 5 cm. Taille correspondante —	Excès % —
1 an	70 cm.	75 cm.	7
5 ans	98 cm.	103 cm.	5,1
10 ans	126 cm.	131 cm.	3,9
15 ans	152 cm.	157 cm.	3,2
20 ans	156 cm.	161 cm.	3,2

Pour les garçons et les filles, nous ne considérons donc pas que les tailles présentant un excès statural de 5 cm. soient supérieures aux moyennes.

***

Les garçons et les filles, dont les tailles dépassent la moyenne de 6 cm. et au-delà, ont des tailles élevées.

L'excès statural, à un même âge, varie d'un individu à l'autre ; il se présente à des degrés divers.

Pour classer les tailles élevées dans l'enfance et la jeunesse, reprenons les statistiques relatives aux adultes, qui nous donnent la fréquence relative des différentes tailles. Etudions-les pour les garçons et pour les filles.

GARÇONS.

Pour les hommes adultes, il existe 3 groupes de tailles supérieures à la moyenne :

173 à 177 cm., avec un excès statural de 7 à 11 cm., soit de 4,2 à 6,6 %.

178 à 182 cm., avec un excès statural de 12 à 16 cm., soit de 7,2 à 9,6 %.

183 à 187 cm., avec un excès statural de 17 à 21 cm., soit de 10,2 à 12,6 %.

Cette division peut servir de classification pour les garçons et les jeunes hommes de haute stature :

1er groupe	: excès statural	de	6 à 11 cm.
2e	—	—	12 à 16 cm.
3e	—	—	17 à 21 cm.

Voici, pour quelques âges, les tailles moyennes des garçons et les tailles correspondant à des excès staturaux de 6 cm. et 11 cm. (limites inférieure et supérieure du premier groupe), de 16 cm., (limite supérieure du deuxième groupe), de 21 cm. (limite supérieure du troisième groupe) :

Garçons

Age —	Taille moyenne —	Taille pour un excès statural de : 6 cm. —	11 cm. —	16 cm. —	21 cm. —
Nouveau-né	50 cm.	56 cm.	61 cm.	66 cm.	71 cm.
1 an	70 cm.	76 cm.	81 cm.	86 cm.	91 cm.
5 ans	103 cm.	109 cm.	114 cm.	119 cm.	124 cm.
10 ans	131 cm.	137 cm.	142 cm.	147 cm.	152 cm.
15 ans	157 cm.	163 cm.	168 cm.	173 cm.	178 cm.
20 ans	166 cm.	172 cm.	177 cm.	182 cm.	187 cm.

Pour ces tailles, l'excès statural pour 100 est :

Age —	Excès statural °/ₒ correspondant à un excès statural réel de 6 cm. —	11 cm. —	16 cm. —	21 cm. —
Nouveau-né	12	22	32	42
1 an	8,5	15,7	22,8	30
5 ans	5,8	10,6	15,5	20,3
10 ans	4,5	8,3	12,1	16
15 ans	3,8	7	10,1	13,3
20 ans	3,6	6,6	9,6	12,6

FILLES

Pour les femmes adultes, il existe 4 groupes de tailles supérieures à la moyenne :

163 à 167 cm., avec un excès statural de 7 à 11 cm., soit de 4,4 à 7 %.

168 à 172 cm., avec un excès statural de 12 à 16 cm., soit de 7,6 à 10,2 %.

173 à 177 cm., avec un excès statural de 17 à 21 cm., soit de 10,8 à 13,4 %.

178 à 182 cm., avec un excès statural de 22 à 26 cm., soit de 14,1 à 16,6 %.

La division des tailles élevées est donc un peu différente pour les femmes et pour les hommes. Dans les trois premiers groupes, les excès staturaux réels sont les mêmes, les excès staturaux pour 100 très voisins, mais les tailles des femmes sont de 10 cm. inférieures à celles des hommes. Le quatrième groupe comporte des tailles très élevées, mais qui ne le sont pas plus que celles du troisième groupe des hommes.

Voici, pour quelques âges, les moyennes des filles et les tailles correspondant à des excès staturaux de 6 cm. et 11 cm. (limites supérieure et inférieure du premier groupe), de 16 cm. (limite supérieure du deuxième groupe), de 21 cm, (limite supérieure du troisième groupe), de 26 cm. (limite supérieure du quatrième groupe) (1) ;

Filles

Age —	Taille moyenne —	Taille pour un excès statural de 6 cm. —	11 cm. —	16 cm. —	21 cm. —	26 cm.
1 an	70 cm.	76 cm.	81 cm.	86 cm.	91 cm.	96 cm.
5 ans	98 cm.	104 cm.	109 cm.	114 cm.	119 cm.	124 cm.
10 ans	126 cm.	132 cm.	137 cm.	142 cm.	147 cm.	152 cm.
15 ans	152 cm.	158 cm.	163 cm.	168 cm.	173 cm.	178 cm.
20 ans	156 cm.	162 cm.	167 cm.	172 cm.	177 cm.	182 cm.

(1) Pendant la première année les filles se comportent comme les garçons.

Pour ces tailles, l'excès statural pour 100 est :

Age	Excès statural °/° correspondant à un excès statural réel de				
—	6 cm.	11 cm.	16 cm.	21 cm.	26 cm.
1 an	8,5	15,7	22,8	30	37,1
5 ans	6,1	11,2	16,3	21,4	26,5
10 ans	4,7	8,7	12,6	16,6	20,6
15 ans	3,9	7,2	10,5	13,8	17,1
20 ans	3,8	7	10,2	13,4	16,2

La classification des tailles supérieures ou moyennes est évidemment arbitraire. De même qu'il n'y a pas de frontière précise entre les tailles moyennes et les tailles élevées, il n'en existe pas entre les groupes voisins. D'autre part, on peut rencontrer des tailles plus hautes que celles constituant le troisième groupe des garçons ou le quatrième groupe des filles ; mais elles sont vraiment exceptionnelles.

Quoi qu'il en soit, en opposition aux enfants et aux jeunes gens *très* ou *trop petits*, qui présentent de *l'hypotrophie staturale* (1) il y a des enfants et des jeunes gens *très* ou *trop grands*, qui présentent de *l'hypertrophie staturale* (ὑπὲρ, en excès ; τροφή, nourriture) (2) ou *hyperplasie staturale* (ὑπὲρ ; πλάσσειν, former), A un degré extrême celle-ci devient le *gigantisme* ; toutefois ce dernier comporte, non seulement une haute stature, mais encore, ainsi que l'a écrit H. Meige, en 1902, « certaines anomalies tératologiques et pathologiques bien définies ».

Suivant l'importance de l'excès statural, on peut en distinguer quatre degrés :

1° *Hypertrophie staturale légère*, avec un excès statural de 6 à 11 cm. ;

2° *Hypertrophie staturale moyenne*, avec un excès statura de 12 à 16 cm. ;

3° *Hypertrophie staturale forte*, avec un excès statural de 17 à 21 cm. ;

4° *Hypertrophie staturale très forte*, avec excès statural de 22 cm. et au-dessus.

***

J'ai réuni les tailles de 242 enfants et jeunes gens présentant de l'hypertrophie staturale (3).

Je me borne à résumer les constatations auxquelles conduit l'étude des faits :

1° Les hypertrophies staturales légères sont naturellement les plus fréquentes, les fortes et les très fortes les plus rares ; ces dernières ne sont cependant pas exceptionnelles.

Sur 242 cas, on note :

Hypertrophies staturales légères	105,	soit	43,3	%
— moyennes	86	—	37,3	—
— fortes	35	—	14,4	—
— très fortes	16	—	6,6	—

Si on exclut 12 enfants âgés de moins de 2 ans, les proportions sont les suivantes, pour 230 cas :

2° Les hypertrophies staturales ont approximativement la même fréquence chez les garçons que chez les filles, tout au moins à partir de 2 ans.

Hypertrophies staturales légères	94,	soit	40,8	%
— moyennes	86	—	37.3	—
— fortes	34	—	14,7	—
— très fortes	16	—	6,9	—

(1) P. Nobécourt. — *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance.* Masson et Cie, éditeurs, 1926. — Leçon IV. Les hypotrophies de la petite enfance (21 mars 1925). — *Leçon V.* Les hypotrophies de la moyenne et de la grande enfance (27 mai 1922.)

(2) Nobécourt. — *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance.* Masson et Cie, éditeur 1926. — Leçon VII. Sur une fille atteinte d'un syndrome d'hypertrophie staturale et d'acromégalie, (29 novembre 1924). — Leçon VIII. Les hypertrophies staturales de l'enfance (6 décembre 1924)

(3) Le relevé des hypertrophies staturales a été fait en compulsant les observations recueillies à l'hôpital et dans mon cabinet pendant un temps déterminé.

Sur 230 cas relevés à partir de 2 ans on compte :

Garçons........................	116
Filles........................	114

Nous signalerons, sans en tirer de conclusions, que pendant la première année, nos observations comptent seulement des garçons, et, pendant la deuxième année, 1 garçon et 4 filles.

3° A partir de 2 ans, les hypertrophies staturales se répartissent entre les différents groupes de la façon suivante, d'après le sexe et l'âge, pour 230 cas :

Hypertrophie staturale

Age	Légère G	Légère F	Moyenne G	Moyenne F	Forte G	Forte F	Très forte G	Très forte F
2 à 6 ans	14	18	6	5	0	5	1	0
7 à 15 ans	30	26	31	35	15	8	4	9
après 16 ans	4	2	6	3	5	1	0	4
	48	46	43	43	20	14	5	11

Les hypertrophies légères et moyennes s'observent, à peu près avec la même fréquence, aux différents âges chez les garçons et chez les filles. Il en est de même pour les hypertrophies fortes et très fortes réunies. Mais les hypertrophies très fortes considérées isolément sont plus communes chez les filles que chez les garçons ; elles se recontrent surtout de 7 à 15 ans : on compte alors 4 garçons et 9 filles.

4° Pendant la *première année* nous n'avons rencontré que des hypertrophies légères. Toutefois, si on considère, non seulement l'écart réel entre la taille de l'enfant et la taille moyenne, mais encore l'écart pour 100, celui-ci atteint souvent 10, 11, 12 et même 14, ce qui témoigne d'un excès statural assez fort. Par exemple, un garçon de 9 mois et demi (A. 2653) mesure 77 cm. au lieu de 67 cm. 5 ; l'excès statural réel est de 9 cm. 5, l'excès pour 100 de 14 ; cet enfant a une taille de 20 mois.

Pendant la *deuxième année*, nous avons rencontré un cas d'hypertrophie staturale forte. Un garçon de 1 an 11 mois (26.2887) mesure 97 cm. au lieu de 79 cm. ; l'excès statural réel est de 18 cm., l'excès pour 100 de 22 ; cet enfant a une taille de 4 ans.

Les *garçons*, qui présentent de l'hypertrophie staturale légère, peuvent atteindre, à partir de 15 ans, des tailles d'homme, adultes : un garçon de 15 ans (28.2646) mesure 165 cm., au lieu de 157 cm., avec un excès statural réel de 8 cm. et un excès pour 100 de 5 ; un garçon de 15 ans 6 mois (Pol. 9308) mesure 171 cm. au lieu de 159 cm. 5, avec un excès statural de 11 cm. 5 et un excès pour 100 de 7.

Ceux qui présentent de l'hypertrophie staturale moyenne peuvent atteindre les tailles d'adultes à partir de 14 ans ; un garçon de 14 ans 2 mois (26.2023) mesure 165 cm. 5, au lieu de 152 cm., avec un excès statural réel de 13 cm. 5 et un excès pour 100 de 11 ; un garçon de 14 ans 6 mois (D. 4749) mesure 168 cm. au lieu de 154 cm., avec un excès statural réel de 14 cm. et un excès pour 100 de 9.

Ceux qui présentent de l'hypertrophie staturale forte ou très forte peuvent atteindre les tailles d'adultes à partir de 12 ou 13 ans : un garçon de 13 ans 5 mois (20.305) mesure 166 cm. au lieu de 147 cm. 5, avec un excès statural réel de 18 cm. 5 et un excès pour 100 de 12 ; un garçon de 12 ans 11 mois (22.936) mesure 172 cm., au lieu de 144 cm., avec un excès statural réel de 27 cm. 5 et un excès pour 110 de 19.

Les *filles*, qui présentent de l'hypertrophie staturale légère, peuvent atteindre les tailles de femmes adultes à partir de 13 ans : une fille de 13 ans 4 mois (B. 2464) mesure 156 cm. au lieu de 147 cm. avec un excès statural réel de 9 cm. et un excès pour 100 de 6.

Celles qui présentent de l'hypertrophie staturale moyenne peuvent atteindre les tailles d'adultes à partir de 12 ans : une fille de 12 ans 4 mois (B. 3134) mesure 157 cm. 5 au lieu de 143 cm., avec un excès statural dréel de 14 cm. 5 et un excès pour 100 de 10.

Celles qui présentent de l'hypertrophie staturale forte ou très forte peuvent atteindre les tailles d'adultes à partir de 11 ans : une fille de 11 ans 2 mois (21.558) mesure 155 cm. au

lieu de 136 cm., avec un excès statural réel de 19 cm. et un excès pour 100 de 13 ; une fille de 11 ans 6 mois (20.394) mesure 158 cm. 5, au lieu de 135 cm. 5, avec un excès statural de 23 cm. et un excès pour 100 de 16.

Somme toute, les enfants de haute stature ont jusqu'à un certain âge, des tailles d'enfants plus âgés ou de jeunes gens ; suivant le degré de l'hypertrophie staturale, les garçons, entre 12 et 15 ans, les filles entre 11 et 13 ans, ont déjà des tailles d'hommes ou de femmes adultes. A partir de ces âges, leurs tailles peuvent même être celles d'adultes de stature élevée.

***

La mensuration de la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature, leur répartition dans les groupes que caractérise le degré de l'excès statural, hypertrophies staturales légère, moyenne, forte ou très forte, apporte une première précision dans l'étude de ces individus. Ces données réalisent la base indispensable qui permet de pénétrer plus avant dans l'analyse des faits ; mais elles ne sont pas suffisantes.

Il faut compléter l'*examen anthropométrique* par la mensuration de la hauteur du buste et de la longueur réduite des membres inférieurs pour calculer le rapport de Manouvrier et apprécier la part respective de ces segments dans la stature, par la pesée, la mensuration du périmètre thoracique xiphoïdien, le calcul du rapport poids-taille, du rapport périmètre thoracique-taille, du coefficient de Pignet, pour évaluer la *corpulence (corpus*, corps) et les éléments qui entrent dans sa composition.

Il faut noter le *développement pubertaire*, qui peut être normal, précoce, retardé. Il faut enfin faire un *examen clinique* approfondi.

L'hypertrophie staturale des enfants et des jeunes gens se présente, en effet dans des circonstances diverses. Plusieurs enfants de stature élevée, présentant un même excès statural, peuvent n'avoir de commun que leur haute taille et être très différents par ailleurs. Les uns sont bien constitués et jouissent d'une bonne santé ; les autres ont une croissance profondément perturbée ou sont même des malades. Il existe des *hypertrophies staturales physiologiques* et des *hypertrophies staturales pathologiques* (1), qu'il importe de bien différencier, car elles ne comportent ni le même pronostic, ni les mêmes précautions, ni le même traitement.

(1) P. Nobécourt. — *Loc. cit.* Leçon VIII p. 136.

Les Causes psycho-pathologiques de « l'absentéisme » scolaire.

Par G. PAUL-BONCOUR, Professeur à l'Ecole d'anthropologie, Directeur médical de l'Institut médico-pédagogique de Vitry.
et Ch. LINDÉMANN, Assistant de neuro-psychiatrie au dispensaire de la Protection mutuelle des cheminots.

Il est assez commun que, pour exposer les raisons d'ordre psychopathologique empêchant une fréquentation scolaire régulière, l'on se contente de signaler en bloc l'influence des anomalies ou perturbations psychiques infantiles : et la plupart des auteurs indiquent comme remède l'application de la loi du 15 avril 1909, estimant que, du jour où seront créées en nombre suffisant des classes annexes ou des écoles de perfectionnement, tous les anormaux recevront ainsi une éducation actuellement impossible ou difficile dans les écoles ordinaires.

La solution du problème n'a pas la simplicité qu'on suppose : nul doute qu'une anomalie psychique entraîne l'absentéisme scolaire ; mais, en se plaçant sur le terrain des réalités l'expérience démontre rapidement que le remède proposé est insuffisant, car les organismes prévus par la loi de 1909 ne conviennent pas à certaines catégories d'anormaux. De plus, il est bon de constater que les anomalies mentales n'entraînent pas également l'absentéisme et que les causes de son apparition varient suivant le type clinique de la défectuosité.

Pour trouver une solution satisfaisante, il importe d'établir quelques discriminations et d'étudier le mécanisme de l'irrégularité scolaire.

Tout d'abord, les anomalies mentales, consistant en débilité et arriération des facultés, doivent être séparées des anomalies du caractère. Et il importe aussi de distinguer le groupe des enfants atteints à la fois d'arriération et de perturbations du caractère. Bien entendu, les sujets atteints de débilité mentale accentuée, ceux dénommés « idiots » ou « imbéciles » ne rentrent pas dans le cadre de cette étude puisqu'ils ne vont pas à l'école. Ceux qui figurent dans les classes ont, en général, un retard mental ne dépassant pas 2 ou 3 ans : ce sont les arriérés éducables.

***

Quelle est la situation scolaire de ces arriérés ? Trois alternatives sont possibles :

1° Les uns sont reconnus arriérés mais néanmoins conservés par l'instituteur qui s'efforce de leur inculquer quelques notions, on conseille à la famille de les placer dans un organisme approprié *à leur* mentalité.

2° Il arrive aussi que le maître, tout en dépistant la débilité, conserve l'enfant, mais se désintéresse totalement de lui ; du moment que l'élève reste tranquille, ne trouble pas la classe, il n'est pas renvoyé.

3° D'autres débiles sont méconnus : la diminution de leur capacité mentale n'ayant pas été diagnostiquée, l'instituteur les considère comme des paresseux invétérés, comme des êtres doués d'une mauvaise volonté continue. Il les gronde, les punit et les ridiculise. L'on conçoit sans peine ce que va être la réaction naturelle de ce débile méconnu : il ne se rend à l'école qu'à contre-cœur, ou n'y va pas du tout si ses parents ne l'y forcent pas.

Très fréquemment, nous avons à nous occuper d'arriérés légers fuyant l'école uniquement parce que celle-ci est pour eux une source constante d'ennuis, de punitions, de reproches. Certains élèves reculent devant la conséquence de cette faute, mais n'oublions pas qu'ils sont souvent entraînés à faire l'école buissonnière par des camarades plus intelligents, leur débilité mentale les défendant mal contre les mauvais conseils (1).

L'origine de ce vagabondage est parfois mal interprété par certains observateurs qui ne vont pas au fond des choses. Examinant un de ces « arriérés » en état de vagabondage, et constatant son infériorité mentale, ils posent le diagnostic : vagabondage par débilité mentale. Certes, cette défectuosité entre en ligne de compte, mais son influence n'est que prédisposante : si ce sujet ne va pas à l'école c'est par suite de la maladresse d'un maître qui n'a pas su évaluer un niveau mental et qui a attribué à une mauvaise volonté une incapacité pathologique ; ou bien c'est que l'enfant a été entraîné, donc mal surveillé.

Parmi les enfants ne fréquentant pas l'école, et pour lesquels une admission à l'Ecole Théophile-Roussel a été demandée, nous avons trouvé 3 % d'écoliers mal doués qui fuient la classe en raison des punitions et des ennuis qu'ils ont à supporter. Nous devons d'aillleurs ajouter que nous conseillons parfois aux familles de changer d'école. Nous les prions de transmettre au directeur le résultat de notre examen, et l'enfant, se trouvant dès lors dans un milieu où il est apprécié comme il convient et toléré, ne songe plus à fuir la classe.

Cette cause de non fréquentation cessera du jour, où, conformément aux desiderata que nous avons formulés avec Laufer (2), tous les élèves seront sélectionnés d'après leur niveau mental et leur âge biologique. En obéissant à cette règle, les élèves, *même très légèrement arriérés*, seront dépistés, et pourront ainsi recevoir les soins pédagogiques et médicaux

(1) Le docteur Néron a présenté une thèse très documentée sur ce sujet : l'Enfant vagabond, (Paris, 1928.)

(2) Voir notre série de travaux parus dans la « Médecine scolaire » en 1928 et 1929 : recherches sur la fatigue de l'attention, les stigmates de l'inattention.
En 1925 : Les premiers et les derniers des classes.

que nécessite leur état, au lieu d'être malmenés, délaissés, ou renvoyés de l'école.

C'est à dessein que nous attirons l'attention sur les arriérés légèrement atteints : s'il est urgent d'envoyer dans les établissements de perfectionnement prévus par la loi de 1909, les élèves franchement débiles, il faut reconnaître que les élèves peu atteints peuvent bénéficier de l'école ordinaire. Avec un peu de bonne volonté un instituteur arrive à des résultats très appréciables. Or, comme les établissements pour arriérés sont en nombre insuffisant, il est logique, en attendant leur généralisation, de les réserver aux arriérés les plus accentués.

Du reste, il est à noter que parmi ceux qui sont classés parmi les plus faiblement débiles, il s'en trouve un certain nombre qui sont plutôt ce que nous appellons « des retardataires », c'est-à-dire des enfants dont la croissance générale est en retard et dont la croissance mentale est parallèle à une croissance physique déficiente (1). En améliorant celle-ci, l'on agit du même coup sur le psychisme et il est maladroit de placer ces retardés simples dans un organisme destiné aux vrais: anormaux. Ainsi que l'un de nous l'a maintes fois signalé (2) ; ce qui distingue nettement un anormal arriéré d'un retardataire (arriéré transitoire) c'est que celui-ci a une capacité de développement qui fait défaut chez le premier.

A côté de ces retardataires se placent aussi les enfants qui, sans être débiles, sont moins bien doués que la moyenne et pour lesquels ont été prévues des classes de répétition. Si ces élèves sont mélangés avec les autres, deux cas peuvent se présenter :

Ou bien le maître s'occupe des premiers des classes et de la moyenne, et néglige les derniers, qui, dégoûtés d'une éducation sans attrait, fuient l'école.

Ou bien le maître s'efforce de tirer parti des derniers et de ce fait délaisse les mieux doués : solution regrettable au moment où notre pays a besoin de former ces meilleurs, où se recrutent les élites.

Dans le premier cas nous trouvons donc une cause de non fréquentation scolaire, Du moment qu'une éducation n'est pas attrayante, l'élève se désintéresse de l'enseignement, paresse de plus en plus, cause avec ses voisins. L'enfant est alors puni et ainsi naît le désir de ne pas vivre dans un milieu ennuyeux (3). Certaines familles se préoccupent de cette situation, mais combien de parents sont négligents ! Et, d'autre part, il arrive trop souvent que ceux-ci, constatant le peu de résultats de l'éducation, les mauvaises notes, les punitions inutiles, retirent les enfants de l'école et exigent qu'ils travaillent. Bien entendu, cet illettré, ou, tout au moins cet ignorant, ne trouve que des situations subalternes et sans avenir ; et; fréquemment, le chômage avec toutes ses conséquences est la suite logique de l'erreur pédagogique.

Sélection rationnelle des élèves à l'aide de « tests » éprouvés, organisation d'un enseignement sélectif à l'exemple de ce qui se passe dans certains pays étrangers (4), application de la loi du 15 avril 1909 : telles sont les conditions essentielles pour s'opposer à l'absentéisme des arriérés et des moins doués.

***

Les troubles du caractère sont une cause de non fréquentation scolaire bien plus puissante que les états d'arriération. Sur cent élèves qui sont amenés annuellement en vue d'être admis à l'Ecole Théophile Roussel, et qui, pour la plupart ne fréquentent qu'irrégulièrement l'école, il y en a environ 75 atteints de troubles du caractère (5).

Or, ceux-ci se présentent sous plusieurs aspects : nous citons ces variétés dans l'ordre croissant de leur importance : émotifs, cyclothymiques, paranoïaques, asthéniques, rebelles, instables.

Comme l'a bien remarqué le Dr Heuyer (1), l'émotivité enfantine s'efface progressivement et il est rare qu'à l'âge scolaire, elle se traduise par des réactions graves. Néanmoins, l'on peut rencontrer des élèves timides ne pouvant réciter leurs leçons et mal jugés par leurs maîtres. Si ceux-ci, mauvais psychologues, mettent cette attitude sur le compte de la paresse, l'enfant sera puni, humilié, et, à la longue, il n'aura plus qu'une idée : se soustraire à la vie scolaire.

Le remède à cette infériorité est aisé à trouver : découvrir la timidité et la soigner : un traitement psychique doit être appliqué, ainsi qu'un traitement médical, car chacun sait que ces timides sont souvent porteurs d'un déséquilibre de leurs glandes endocrines et de leur sympathique. Le médecin scolaire a donc un rôle à remplir : avertir la famille de ce qu'il faut faire et envoyer, avec son assentiment, l'enfant dans un organisme approprié. C'est pour faciliter ces traitements, qui ne peuvent être fournis par l'école, que nous préconisons la création de cliniques médico-pédagogiques correspondant à une ou plusieurs écoles, et n'occasionnant pas de longs déplacements.

Dans son Traité de médecine légale, A. Collin, admet des formes d'excitation intermittente rappelant la psychose périodique de l'adulte : ces formes sont rares à l'âge de l'écolage et, en général, l'enfant qui en est atteint, ne va pas à l'école.

Les formes atténuées, au dire d'A. Collin, seraient fréquentes et l'on aurait ainsi certains élèves donnant toute satisfaction durant plusieurs mois et, qui, sans raison apparente, deviennent excités, indisciplinés, turbulents. L'un de nous s'est déjà expliqué sur ce point (2) ; se basant sur ses observations il estime que ces formes larvées d'excitation sont, ou bien des exacerbations d'une instabilité permanente, mais acceptable à certains moments, ou bien des poussées d'instabilité séparées par des périodes de calme. Et en effet, les périodes de calme ne sont nullement des états de dépression ainsi que le démontrent des cas bien observés : il y a moins d'excitation, ce qui n'est pas la même chose.

L'observation prolongée des instables démontre encore que le syndrome instabilité n'est pas forcément permanent et que souvent la tendance au déséquilibre n'existe qu'à l'état latent : mais sous des influences perturbatrices (fautes d'hygiène, erreurs alimentaires, abus du cinéma, insomnies, constipation, etc.) l'excitation, qui est à fleur de peau, apparaît et s'installe. Ces considérations pathogéniques sont extrêmement utiles car elles indiquent que bien des cas de non fréquentation scolaire résultant soit de la volonté morbide de l'enfant, soit de l'exclusion de l'élève devenu indésirable, pourraient être évités grâce à un examen médico-pédagogique soigneux et à l'établissement d'une thérapeutique adéquate.

***

Naturellement, nous ne nions pas que des états mélancoliques puissent apparaître chez des enfants d'âge scolaire, mais pour notre part, nous n'en avons jamais rencontré un cas évident chez un écolier fréquentant l'école. Et nous nous demandons si parfois les auteurs, qui signalent la présence de cette forme morbide chez un écolier, n'ont pas mal interprété un phénomène sur lequel l'un de nous a attiré l'attention en

---

(1) La préadaptation scolaire : PAUL-BONCOUR et LAUFER. Rapport à la direction de l'Enseignement primaire de la Seine et communication à l'Académie des sciences sociales et publiques, juillet 1924.

(2) PAUL-BONCOUR. — Introduction à l'étude de la jeunesse anormale. (*Journal médical français*, juin 1929.

(3) Dans « Je sais tout » (mai 1929) le professeur Nobécourt affirme que 75 pour 100 des écoliers ne peuvent suivre les programmes de l'enseignement.

(4) A ce sujet, voir les Travaux d'Abramson : l'enseignement sélectif (*Annales de l'enfance*, 1927, page 83) et l'organisation de l'enseignement sélectif (*Revue pédagogique*, 1923, page 424).

(5) Il est intéressant de constater que le pourcentage des troubles du caractère chez les écoliers indisciplinés admis à l'école Théophile Roussel est à peu près le même que celui relevé chez les délinquants de 13 à 18 ans (64 %). En outre, il est intéressant de noter, en vue de la prophylaxie criminelle, que les réfractaires à l'école sont plus tard des réfractaires à l'atelier. C'est le même type psycho-pathologique observé à deux périodes différentes de la vie. Pour plus amples détails sur ce point : consulte *Une récente enquête sur la criminalité juvénile à Paris* (PAUL-BONCOUR Etudes criminologiques., mars 1929, n° 3. Librairie du *Recueil Sirey*).

(1) *Les enfants difficiles* : HEUYER. — La nouvelle éducation. juillet 1924. Il y a dans cet article une excellente revue des perturbations caractarielles infantiles.

(2) PAUL-BONCOUR. — Excitation cérébrale infantile et instabilité psycho-motrice de l'écolier. (*Progrès médical*, n° 33 et 37, 1919.)

1905 et décrit sous le nom « d'asthénie infantile » (1). L'écolier asthénique n'a pas de dépression avec tristesse, avec idées d'indignité, et tendances au suicide. ce n'est pas non plus le neurasthénique de certains : l'asthénique est un être constitutionnellement fatigué, sans réaction. Il se complaît dans un état permanent d'inertie physique et mentale. Son attention ne peut ni agir, ni se concerter, tout effort prolongé amenant de la fatigue. L'asthénique ne se lamente pas. n'est pas triste, il est plongé dans une apathie constante et n'essaye pas de lutter.

Inutile d'ajouter que ces asthéniques sont classés parmi les paresseux, les cancres, et que les punitions pleuvent sur eux. Aussi se dispensent-ils, comme les paresseux, d'aller en classe : ils ne vagabondent pas comme les instables, ils restent sur un banc et rentrent ponctuellement chez eux, à l'heure du déjeuner. Il est d'autant plus urgent de diagnostiquer l'apathie et de la distinguer de la dépression mélancolique ou de la neurasthénie infantile que, sauf exceptions, l'asthénie constitutionnelle est rarement très marquée : il y a des formes légères qui sont sont souvent majorées par des erreurs d'hygiène ou d'alimentation. Et il est d'autant plus utile de dépister cette tare à l'époque scolaire qu'elle diminue ou disparaît à l'époque de la puberté (souvent d'ailleurs parce que le genre de vie se transforme, et que la sécrétion testiculaire donne un coup de fouet à l'organisme), mais elle a néanmoins causé une infériorité sociale indélébile : l'asthénique reste un ignorant, souvent même il est en même temps arriéré, et une adaptation sociale est difficile, surtout si, au cours de l'écolage, il a contracté des habitudes de paresse et de musardise.

***

Le caractère instable dont nous avons déjà parlé est, sans contredit, la cause principale de l'absentéisme. Le vocable « instable » est confus en raison d'une tendance assez répandue considérant l'instabilité comme une maladie définie. Nous avons depuis longtemps affirmé que l'instabilité est un syndrome consistant en phénomènes de déséquilibre psychique et moteur, de turbulence, d'agitation, d'excitation, d'impulsivité, d'inattention, etc. ; ces manifestations sont plus ou moins marquées ; quelques-unes sont absentes, certaines sont prépondérantes, d'où la multiplicité des aspects du syndrome. Si l'on se place sur le terrain scolaire, l'instable est étiqueté : indiscipliné : l'écolier est toléré si l'état est léger, il est exclu si son indiscipline, sa turbulence et son attitude deviennent intolérables : et ce qui se passe dans une école se répétant dans toutes les autres, l'instable devient un indésirable qui a fréquenté plusieurs écoles. D'ailleurs, en raison même de ses tendances, l'instable est un vagabond instinctif : ne pouvant souffrir aucune contrainte, ne voulant se soumettre à aucune règle, il n'a qu'un objectif : manquer l'école.

Comment résoudre le problème de l'éducation des instables ? L'instabilité n'étant qu'un syndrome, il importe d'abord d'en rechercher sa nature. L'instabilité peut être l'expression atténuée d'une psychose, elle peut être le résultat d'un état constitutionnel apparu dès l'enfance et se manifestant avec plus ou moins d'intensité suivant les individus et suivant les milieux. L'instabilité peut aussi être due à une encéphalite léthargique ou à une atteinte au niveau des méninges au cours d'une infection.

Il importe en second lieu de dégager les causes exogènes capables de majorer les phénomènes de déséquilibre. Nous avons signalé précédemment des cas d'instabilité prenant une intensité considérable sous l'influence des fautes d'hygiène et d'alimentation, au point d'être confondus avec des accès maniaques : nous n'y revenons pas.

Enfin il est nécessaire de distinguer les types cliniques englobés sous le vocable « instabilité » : l'association des phénomènes morbides donne des indications pratiques.

De ce point de vue, on peut distinguer :

1° *L'instable simple* : remuant, inattentif, bavard, mais bon garçon, faisant des promesses qu'il ne peut tenir : c'est l'indiscipliné et le turbulent ;

2° *L'instable rebelle* : difficile, ne voulant pas obéir, entêté, mauvaise tête, « répondeur » : c'est un insociable ;

3° *Le paranoïaque*, suivant l'heureuse expression d'Heuyer qui présente les défauts précédents accompagnés d'une déviation du jugement logique, d'une hypertrophie de la personnalité, de propension à la jalousie et à la malveillance ;

4° *L'impulsif* : dont les colères sont violentes, subites, brutales, hors de proportion avec les causes qui les déterminent ; dans cette forme se rangent les *épileptoïdes*, anciens convulsifs, les épileptiques à crises rares. ;

5° *Les instables arriérés* ;

6° *Les instables pervers.*

Le type de l'instabilité étant ainsi bien connu, les décisions suivantes doivent être prises :

L'instable simple, s'il n'est pas arriéré, peut rester dans une école, ou, tout au moins, l'on doit essayer de le conserver, en invitant les parents à l'accompagner chaque matin et à le faire profiter de la cantine scolaire. En sus, le médecin d'école ayant examiné l'enfant, pourra conseiller un régime alimentaire et un traitement hygiénique et thérapeutique qui auront une action sur la conduite et permettront de conserver l'instable. Les cliniques médico-pédagogiques situées au voisinage de l'école faciliteront ces cures.

Si l'instabilité est trop marquée et si la discipline de la classe en souffre, il est urgent de diriger l'élève sur un organisme où il recevra les soins éducatifs et médicaux appropriés.

Quel est cet organisme ? *A priori* la loi du 15 avril 1909 semble s'appliquer à ces cas, surtout si l'instable est en même temps débile. Mais, il faut le dire, les établissements de perfectionnement aiment peu admettre les instables, et les « rebelles » sont toujours refusés impitoyablement.

Si nous possédions en France des établissements autonomes et conformes à la loi de 1909, il serait facile d'avoir une section pour les instables difficiles.

Toutefois les maîtres si dévoués et si compétents des écoles de perfectionnement font observer qu'ils ne sont pas préparés à redresser les indisciplinés, les difficiles et les rebelles qui ont besoin d'une surveillance spéciale et ferme. Souvent aussi les instables ayant commis des délits sont estimés indésirables dans un organisme réservé aux arriérés éducables'.

Pour ces raisons, il semble utile de posséder des internats primaires où seraient admis et les indisciplinés sans instabilité, qui ne sont pas rares dans nos écoles, et les instables accentués ou rebelles. Il est logique qu'un ouvrier ou une famille peu fortunée puissent soumettre un enfant qui en a besoin au régime de l'internat, aussi bien que des gens aisés. Ceux-ci, dès que leur enfant se conduit mal à l'école, ou refuse de s'y rendre, ont la possibilité de choisir un internat et d'éviter ainsi le vagabondage. Un ouvrier, placé dans une situation analogue, ne peut s'opposer au vagabondage de son fils, et, c'est là l'un des motifs de la fréquence plus grande des vagabonds mineurs dans les classes laborieuses.

Le remède que nous proposons n'est pas utopique.

La Ville de Paris et le Département de la Seine, ont créé en 1902, un internat primaire : l'école Théophile Roussel, véritable école de préservation, réservée aux enfants indisciplinés des écoles. Chargés de la sélection, nous y recevons et des indisciplinés sans instabilité mal surveillés. et des instables simples sans débilité mentale, et des « difficiles ». Ceux qui ont commis quelques légers délits, mais qui ne sont que des pervertis, y sont également admis. Les pervers et les paranoïaques, qui sont des antisociaux sont impitoyablement évincés. Il est permis de se demander avec un certain étonnement, comment il se fait que des établissements du type Théophile Roussel ne se créent pas sur le reste du territoire et aussi pourquoi la Ville de Paris n'agrandit pas une école manifestement insuffisante et n'en crée pas une pour les filles ?

Du jour où fonctionneront des internats primaires en nombre suffisant de façon que tout réfractaire y soit admis sans retard, le problème de l'absentéisme scolaire sera en grande partie résolu et la société y trouvera un avantage manifeste.

(1) Paul-Boncour. et Philippe. — Les anomalies mentales chez les écoliers. Un volume de la bibliothèque de philosophie contemporaine, chez Alcan, 1905.)

BIBLIOGRAPHIE

Orages et tempêtes dans la littérature. Ronsard. — La Fontaine. — Madame de Sévigné. — Bernardin de Saint-Pierre. — Chateaubriand. — Alfred de Vigny. — Georges Sand. — Eugène Fromentin. — Gustave Flaubert. — Pierre Loti, par J. Rouch. 1 vol. : 12 fr. Société d'Editions géographiques, maritimes et coloniales, 184, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le commandant Rouch a observé que l'orage et la tempête sont des motifs de prédilection pour les écrivains.

Depuis Homère et Virgile, il n'est pas de poème épique où la tempête ne constitue un épisode obligatoire. Et les prosateurs éprouvent autant d'attrait que les poètes pour les éléments déchaînés : Chateaubriand et Loti sont là pour en témoigner. Mais quelle est au juste la valeur scientifique de ces variations littéraires sur la chute du baromètre ? Les écrivains se sont tirés à leur honneur de l'examen météorologique que le commandant Rouch leur a fait passer. Ils décrivent presque tous, avec nne rigoureuse fidélité, tous les aspects du ciel.

Souhaitons que le commandant Rouch donne une suite à cette nouvelle branche de la critique qu'est la météorologie littéraire.

Mémoires particuliers de Madame Rolland, suivis de SES DERNIÈRES PENSÉES. Un volume in-16 de 220 pages, illustré de 4 planches hors-texte (Collection *La Vie et les Mœurs au XVIIIe siècle*). Librairie Firmin-Didot, broché : 12 fr.

Attachante ou antipathique ? Pour certains, Madame Rolland ne fut-elle pas le type même de la femme intelligente, cultivée, sachant se montrer pourtant mère passionnée et épouse dévouée, alors que d'autres plus sévères lui reprochent, outre ses imprudences de jeune fille trop avertie, son ambition forcenée et sa pédanterie excessive. Qui saurait dire lequel de ces deux visages donne le véritable aspect de celle qui fut considérée comme l'Egérie des Girondins.

Ces *Mémoires*, réédités ici dans leur texte intégral, suivis des *Dernières Pensées*, émouvantes d'avoir été conçues à quelques heures de l'échafaud, par celle qui se savait déjà condamnée, ces *Mémoires* sont d'une sincérité telle que, côtoyant parfois le cynisme, ils valurent à leur auteur d'être qualifié par Sainte-Beuve de « Jean-Jacques des femmes ».

Soigneusement collationnée sur les originaux, cette édition est précédée d'une remarquable et importante étude biographique et critique de Georges Huisman.

D'une présentation élégante et soignée, ce nouveau volume est digne de ceux qui le précèdent dans la collection réunie sous le titre général de *La Vie et les Mœurs au XVIIIe siècle*.

Du latin à l'anglais. Ponts romains, par Paul Crouzet et Armand Fournier. Editeurs : Privat, à Toulouse, et Didier, à Paris.

Les auteurs ont voulu montrer tout ce que la langue anglaise devait à la langue latine. *Les Ponts romains sont le trait d'union entre les langues modernes et le latin.* Les rapports de l'espagnol et de l'italien suivront dans de prochains volumes. Pour ces idiomes, on connait les liens étroits avec la langue de Cicéron. Mais les chercher dans la langue de Shakespeare, n'était-ce pas aussi rechercher le paradoxe ? On ne saurait s'imaginer tout ce que cet ouvrage pourra enseigner d'utile : tournures de phrases, étymologie, grammaire, etc... Un exemple : pour les 2.300 mots anglais, usuels, commençant par la lettre A, il y en a — le croirait-on — 1.700 tirés du latin, plus de 200 du grec et 240 seulement d'origine saxsnne ou danoise.

Rien de plus curieux et aussi de plus utile que ce livre. On a fait jadis des grammaires sous des titres attirants : *le grec sans larmes* ou le *latin sans pleurs*. On peut dire que celui-ci est à la fois le latin et l'anglais dans la bonne humeur, tout en étant un livre très sérieux et très savant. Il est en réalité une grammaire comparée, tout à fait attrayante.

Le Golem par Gustave Meyrink. 1 vol. : 12 fr. Emile Paul édit. Paris.

Après avoir collaboré au *Simplicissimus*, Gustave Merink, écrivit ses romans, non seulement pour y relater des événements étrangers, mais pour répandre certaines doctrines et connaissances occultes, sous une forme populaire. C'est pourquoi *Le Golem*, son premier et plus fameux roman, atteignit quelques cent milliers d'exemplaires et lui acquit la renommée d'un grand écrivain.

Ses œuvres se résument à une cinquantaine de petites nouvelles pleines de frissons et d'effroi et aux romans *Le Golem, Le Visage vert, La Nuit de Valpurgis, Le Dominicain blanc et l'Ange à la Fenêtre*.

Le penseur Meyrink ne se contenta ni de l'élément passif du boudhisme ni de l'attente résignée des mystiques chrétiens. Il se sentit gagné par la persévérance occulte de la cabale et la lutte coutre le rationalisme juif ; de là, bien que chrétien, sa préférence marquée pour le judaïsme. Pour lui, le peuple d'Israël — comme les Hindous — fut une tribu élue, car elle avait obtenu, par son éternel voyage à travers les souffrances de ce monde, la sagesse la plus profonde.

Pour être complets, disons en terminant que les instables dont l'excitation rappelle les états maniaques et les épileptoïdes doivent être hospitalisés dans des quartiers spéciaux d'asile. Avec les pervers, les paranoïaques et les pervertis accentués peut être tentée une réforme dans des établissements correctionnels à la condition que ceux-ci utilisent quelques méthodes éducatrices qui, pour l'instant, sont complètement méconnues. Ceux dont l'incurabilité est démontrée doivent être définitivement internés malgré leur jeune âge.

Si nous mettons à part ces cas extrêmes, reconnaissons qu'une grande partie des enfants fréquentant irrégulièrement l'école pour un mobile psycho-pathologique doivent être l'objet de mesures appropriées dont les heureux résultats sont indiscutables.

Il ne faut pas dire, à l'exemple de certaines personnalités, parlant avec leur cœur plus qu'avec leur raison : un vagabond d'âge scolaire est un malheureux qu'il faut excuser. Disons plutôt : c'est le plus souvent un malade qu'il faut soigner. Or, il est de l'intérêt général de s'en emparer si sa famille est impuissante, afin d'empêcher que, quelques années après, il aille grossir l'armée du délit.

La non-fréquentation scolaire d'origine morbide

Rapport à la réunion de l'Association Internationale pour la protection de l'enfance.

(STOCKHOLM, septembre 1929)

Par le Dr LAUFER

Médecin-inspecteur des Ecoles de la ville de Paris,
Médecin-chef de dispensaire d'hygiène sociale de la Seine.

La maladie est incontestablement la cause la plus importante de non-fréquentation scolaire.

Si préjudiciable que soient les absences extra-morbides, leur fréquence — du moins dans les grandes villes — est relativement peu élevée. Dans une école de garçons du XVe arrondissement, comprenant 183 élèves inscrits, nous relevons, pour les huit premiers mois de l'année scolaire 1928-29 (1) , 9.261 demi-journées d'absences, soit 1157 par mois en moyenne. Dans une école de filles du même arrondissement comprenant 343 élèves , nous atteignons une moyenne mensuelle de 1.896 demi-journées. Or, les absences dues à des causes étrangères à la maladie oscillent, dans ces deux écoles, ainsi que nous l'avons vérifié, entre le huitième et le quart du total. Sans doute ces limites peuvent parfois s'étendre et il est des cas où les motifs d'absences sont discutables, mais les absents pour causes extra-morbides n'en représentent pas moins une minorité.

Ajoutons que, dans cette minorité, les enfants faisant l'école buissonnière habituellement ou par périodes, et à l'insu des parents, sont des plus rares. Nous avons eu l'occasion d'en observer trois dont l'un était un instable, le second un névropathe fils d'alcoolique, le troisième, un émotif à qui pesait la discipline scolaire. Ces enfants, bien portants en apparence, étaient sévèrement punis ; ramenés de force en classe, ils ne faisaient qu'accentuer leur état. *Il y aurait lieu d'examiner médicalement tous les enfants de la catégorie buissonnière, on y trouverait de véritables malades* justiciables de soins et de conditions éducatives appropriées dans des classes spéciales, de même que ceux qu'on peut désigner sous le terme générique « d'enfants difficiles », et de retardés pédagogiques. On récupérerait ainsi un nombre appréciable d'élèves. Au besoin, ces classes seraient aménagées par un regroupement général des élèves.

Dans un arrondissement du centre de Paris où la Commission scolaire s'est montrée exceptionnellement active, cent vingt-sept pères de famille furent convoqués dont les enfants ont été absents, durant l'année scolaire 1925-1926, sans motifs légitimes, et nous rappelons que la loi de 1882 sur l'obligation de l'instruction primaire signale comme motifs légitimes : « la maladie de l'enfant, le décès d'un membre de la famille, l'empêchement résultant de la difficulté accidentelle de communication et tous autres que la commission doit apprécier. » Cent vingt-sept enfants, c'est trop, certes, mais c'est peu par rapport aux milliers qui fréquentent les écoles d'un arrondissement. Aussi sans méconnaître la nécessité de combattre ces défaillances, avons nous voulu préciser, en regard, le grand facteur morbidité.

***

En étudiant, avec le Dr G. Paul-Boncour, cette morbidité scolaire, nous sommes arrivés aux constatations suivantes :

A. — Contrairement à ce qu'on pourrait croire, *les absences dues à des indispositions transitoires, d'un à cinq jours (céphalées, vertiges, fatigue, nervosité, petites angines, rhumes, troubles digestifs, etc..).sont bien plus nombreuses — sauf exception — que celles occasionnées par les grandes affections contagieuses ou organiques*. Durant l'année scolaire 1924-1925,nous comptons, par exemple, dans une classe de trente-trois élèves d'une des écoles ci-dessus, 126 demi-journées d'absences pour affections contagieuses et 590 demi-journées pour indispositions légères. En 1925-1926, dans la même classe, 56 demi-journées d'absences pour affections contagieuses et 570 pour petites indispositions, il en va de même pour d'autres écoles.

B. — Si *les absences par maladies contagieuses, quoique relativement moins nombreuses en général, sont très variables suivant les années et les écoles, celles qui proviennent des indispositions transitoires donnent pour chaque classe des chiffres moins irréguliers, en sorte qu'elles peuvent servir de critérium plus fidèle de l'état sanitaire habituel d'une classe.* Il est toutefois indispensable que les motifs d'absences soient contrôlés, ainsi que nous l'avons fait avec l'aide de notre excellente infirmière scolaire. Il importe aussi que les chiffres d'absences soient comparés dans la même classe et avec la même maitresse ou le même maître, car ils sont plus ou moins élevés suivant la classe, mais toutes choses égales d'ailleurs, ils dominent dans les petites classes : cela tient à ce que les parents gardent auprès d'eux, pour les causes les plus futiles, leurs tout jeunes enfants, sans songer que le cours préparatoire est d'une importance capitale pour la suite de l'éducation. Mais cela tient surtout à ce que ces enfants sont plus fragiles et leurs indispositions plus fréquentes.

Voici en effet les chiffres absents de 1 à 5 jours dans une école de 5 classes, d'octobre 1928 à mai 1929 :

	1re classe	2e classe	3e classe	4e classe	5e classe
Octobre......	3	2	5	7	7
Novembre....	5	1	4	9	11
Décembre....	6	3	8	8	13
Janvier	5	5	12	11	16
Février.......	7	6	10	12	13
Mars.........	6	10	12	10	17
Avril.........	9	9	14	16	14
Mai..........	8	9	17	15	17
	49	18	82	91	108

La 5e classe celle des plus jeunes élèves, donne bien le plus grand nombre d'indispositions.

C. — Ce tableau montre, de plus , ce fait fréquent : à savoir une *progression du nombre des petites indispositions à la fin de l'année scolaire*. . Voici, pour deux classes d'une autre école, les demi-journées d'absences d'octobre à mai :

(1) Nous avons arrêté nos relevés à fin mai pour éliminer l'influence de la période de chaleurs.

Demi-journées d'absences pour indispositions légères de 1 à 5 jours :

	Classe A	Classe B
Octobre	24	28
Novembre	31	58
Décembre	36	50
Janvier	42	44
Février	29	41
Mars	82	63
Avril	74	68
Mai	79	60
Total	397	412

Cet accroissement du nombre d'absences dans les derniers mois s'explique — comme nous le verrons — par l'accumulation des éléments antiphysiologiques du régime scolaire actuel.

***

Comment réduire la non-fréquentation morbide qui, multipliée par l'ensemble des écoles, représente — on le conçoit — une formidable déperdition ?

1º En ce qui concerne les affections contagieuses, les mesures prophylactiques, sur le détail desquelles nous ne pouvons insister ici sans dépasser démesurément le cadre de ce travail, jouent le rôle prépondérant. La pratique systématique dans les écoles de la Seine de la vaccination antidiphtérique, commencée cette année, a pourtant déjà diminué le nombre des absences pour diphtérie. Les progrès de la pathologie concourent au même résultat : ainsi la contagiosité de la coqueluche ayant été reconnue plus courte qu'on ne le croyait, la durée d'éviction a été réduite à un mois à partir des premières quintes, etc. Les progrès de la thérapeutique abrégeront aussi les absences scolaires.

Ce qu'il faut demander avant tout à l'école, c'est un dépistage précoce des maladies et une limitation de la contagion, qui ne peuvent être assurés que par une inspection médicale bien organisée. La courbe de contagion scolaire ne s'est notablement abaissée que dans les centres où fonctionne une inspection médicale régulière.

A Paris, la presque totalité des contagions ne provient plus de l'école mais du dehors.

Fâcheusement, l'inspection médicale n'existe que dans peu de villes. Afin de la généraliser plusieurs projets de loi ont été déposés devant le Parlement depuis des années, aucun n'a abouti jusqu'à présent.

D'autre part, l'action du médecin doit être doublée de celle d'une infirmière scolaire : pour le contrôle des motifs d'absences et les enquêtes aux domiciles des enfants, pour l'éviction de ceux-ci dès les premiers symptômes d'affection contagieuse, pour les petits soins préventifs et la surveillance de la propreté des élèves (premiers pansements, lavages de la tête etc.), pour le contrôle de la croissance, de l'acuité visuelle et auditive, etc., l'infirmière est indispensable. C'est elle qui conduit au dispensaire et aux consultations des hôpitaux les élèves désignés par le médecin, ceux dont les parents retenus à leur travail, ne peuvent s'occuper. Le médecin scolaire obtient la sanction pratique de ses examens et ainsi sera sinon tarie, du moins réduite de plus en plus, une source de non-fréquentation scolaire, ainsi sera résolue une importante question sociale.

Exprimons le vœu que chaque groupe scolaire soit pourvu d'un médecin et d'une infirmière.

Et réclamons par ailleurs l'application stricte de la déclaration des affections contagieuses, y compris celle de la tuberculose. N'oublions pas que c'est l'enfance, c'est-à-dire la population scolaire, qui donne le plus de victimes aux maladies épidémiques, et songeons que, dans presque tous les cas, la tuberculose de l'adulte a pour origine une contagion de l'enfance;

2º Comment agir maintenant vis-à-vis des absences pour petites indispositions ? Certaines sont le fait d'affections contagieuses transitoires ou frustes : petites grippes, maladies éruptives fugaces, etc., susceptibles cependant de propager de nombreuses et parfois de graves contagions. Tout enfant absent plus de deux jours, et dont le motif d'absence ne serait pas connu comme non contagieux ou serait douteux, devrait être isolé dans sa classe, autant que possible, jusqu'à ce qu'il ait été vu par le médecin de l'école. En temps d'épidémie, cette mesure s'appliquerait également aux suspects demeurés à l'école.

Les méthodes prophylactiques s'imposent, du reste, comme toujours, lorsqu'il s'agit d'une collectivité, et en premier lieu, *l'aération continue.* Il est constant que dans les classes dites aérées, les indispositions sont sensiblement moins fréquentes que dans les classes ordinaires, et il est singulier qu'à notre époque on ait été obligé de présenter le système des classes aérées comme une nouveauté, comme une hardiesse, et on a préconisé tout ensemble leurs avantages physiologiques et pédagogiques, comme si toutes les classes ne devraient pas être des classes aérées.

Dans quelle mesure l'aération continue peut-elle opérer ?Les absences pour dispositions durant deux années scolaires où les deux classes précédentes *A* et *B* ont été constamment aérées, l'indiquent suffisamment. ;

Demi-journées d'absences pour indispositions légères de 1 à 5 jours. :

	Classe A (aérée)		Classe B (aérée)	
	Année 1924-25	Année 1925-26	Année 1924	Année 1925-26
Octobre	11	21	14	12
Novembre	20	12	10	22
Décembre	13	22	36	17
Janvier	36	42	46	50
Février	19	12	19	21
Mars	28	27	22	15
Avril	50	59	52	51
Mai	58	63	59	62
	235	258	258	250
	(au lieu de 394 (demi-journées)		(au lieu de 402 demi-journées)	

Les absences dans les classes aérées diminuent de 40 %, mais l'influence du dernier mois est encore sensible.

D'autres chiffres nous ont été fournis par Mlle Poissonnier, la parfaite directrice de l'école de filles de la rue des Epinettes, qui a su donner une si belle impulsion au système des classes aérées : il s'agit des chiffres comparatifs d'une classe avec aération permanente et d'une classe ordinaire de cette école, ces deux classes ayant des élèves d'âges rapprochés, huit à dix ans :

Statistique d'octobre à avril :

	Absences de longue durée	Absences de 1 à 5 jours
Classe aérée	208	323
Classe ordinaire	262	396
Pourcentage des absences par rapport aux élèves inscrites :		
Classe aérée	—	7 %
Classe ordinaire	—	17 %

Par conséquent, les absences de longue durée se restreignent elles-mêmes avec les classes aérées, les affections contagieuses décroissent en nombre et en intensité, toutes choses égales d'ailleurs, et les épidémies disparaissent. C'est que l'aération n'est ici qu'une des composantes d'un ensemble de pratiques d'hygiène parmi lesquelles le séjour en plein air, les soins de propreté (ablutions quotidiennes, douches hebdomadaires ou bi-hebdomadaires, alimentation suffisante, sieste après le repas, etc) pratiques favorisant la résistance physique (1).

Un autre point sur lequel nous ne saurions trop appuyer c'est *qu'à travail scolaire égal, les élèves soumis à ce régime font*

(1) Rapport de Mlle Poissonnier *L'Hygiène par l'exemple,* nº 2 bis Paris, 1922).

des progrès pédagogiques plus rapides que ceux des classes ordinaires, et que, même avec quatre heures de travail journalier au lieu de six heures, les élèves des classes aérées rejoignent et dépassent ceux des classes ordinaires, ces progrès coïncident avec un développement corporel et cérébral plus actif. Des recherches poursuivies depuis quelques années avec le Dr G. Paul-Boncour (1) nous ont montré en effet que l'attention, beaucoup plus chez un enfant que chez l'adulte, est fonction de l'état physiologique, somatique, qu'elle décline aux plus légers troubles organiques et qu'avec les conditions scolaires ordinaires, le rendement pédagogique devient à peu près nul en certaines parties de la journée, par fatigue de l'attention.

Pour expliquer les progrès pédagogiques, il faut toutefois faire la part de la régularité dans la fréquentation scolaire, car rien n'est aussi nuisible que les interruptions répétées que l'on observe ordinairement. Non seulement les absences sont moins fréquentes avec un régime d'hygiène scolaire bien compris, mais l'influence défavorable des derniers mois s'atténue : les absences y deviennent à peine plus fréquentes.

Nous avons étudié une série d'enfants cependant déficients, qui ont été placés dans des externats et des internats de plein air.

Voici, pour 31 enfants, les absences de longue et de courte durée dans l'année scolaire qui a précédé et dans celle qui a suivi un séjour de trois mois dans un externat de plein air (XVe arrondissement) :

Statistique d'octobre à mai :

	Absences de plus de 5 jours.	Absences de 1 à 5 jours.
Années 1925-1926	179	316
Années 1926-1927	91	128

(Après 3 mois de séjour dans un externat de plein air.)

On observe une amélioration marquée, parfois extraordinaire de l'état physique et intellectuel de ces élèves. Ce résultat qui tient au régime d'hygiène des écoles de plein air, se trouve malheureusement compromis jusqu'à un certain point, au bout d'un temps variable de retour dans les classes ordinaires.

La non-fréquentation scolaire pour sa plus large part — et ce sera la conclusion générale de ce travail — varie proportionnellement aux mesures d'hygiène mises en œuvre : hygiène des locaux et du matériel (éclairage, chauffage, etc). hygiène des individus, comportant notamment les soins de propreté, l'aération continue, une alimentation substantielle, une répartition plus rationnelle du travail ne sacrifiant pas l'éducation physique à une activité psychique excessive, permettant au contraire l'harmonie des fonctions et l'épanouissement total de l'être en voie de croissance.

ACTUALITÉS

La myomectomie en dehors de la grossesse

MM. Mériel et Baillat (de Toulouse) viennent de présenter sur cette question (*VIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française*, Bruxelles, 3-6 octobre 1929) un rapport dont voici les données essentielles :

Tout d'abord les rapporteurs entendent limiter leur étude à la myomectomie abdominale, laissant volontairement de côté la myomectomie vaginale dont les indications ne sont pas discutables. La myomectomie abdominale au contraire est encore discutée : certains la pratiquent le plus souvent possible, élargissant à l'extrême ces indications, tandis que d'autres ne l'emploient que dans des cas plus limités, dans des conditions anatomiques qui leur paraissent meilleures ; et somme toute lui préfèrent dans la majorité des cas l'hystérectomie. La tendance actuelle vers une chirurgie gynécologique de plus en plus conservatrice a remis en question cette myomectomie qui avait été jadis une étape vers l'hystérectomie abdominale, si bien que le moment est venu d'examiner le bien fondé de ces deux genres d'intervention (myomectomie et hystérectomie), l'une conservatrice, l'autre mutilante, en présence d'une fibromatose utérine.

Les principes fondamentaux de la myomectomie sont de deux ordres : 1° physiologiques ou sociaux ; 2° anatomiques.

Dans les premiers réside l'indication dominante de la question. La myomectomie n'a pas tant pour but de conserver un organe que de sauvegarder le fonctionnement de cet organe gestateur ; par conséquent cette conservation devra être surtout réservée aux femmes jeunes, en désir d'une maternité possible. De là découlerait, pour cette chirurgie conservatrice, des avantages pour l'individu comme pour l'espèce. Pour l'individu, la perte de l'utérus occasionnerait les divers déséquilibres glandulaires et humoraux, ainsi que ceux du tonus neuro-végétatif, tous accidents communs de la ménopause artificielle par castration chirurgicale ou par castration sèche obtenue par les divers rayons.

Un autre avantage lui vient de sa faible mortalité qui ne serait pas plus élevée que celle de la subtotale (Mayo et Giles) ainsi que de la simplicité de sa technique.

Mais pour que l'exécution de la myomectomie soit possible, il faut que les conditions relatives à la tumeur et à l'état des annexes soient favorables. Pour la tumeur, la condition essentielle est qu'elle soit énucléable, c'est-à-dire qu'elle ne fasse pas corps avec le tissu utérin, sans quoi il faudrait, pour l'en détacher, lacérer celui-ci de façon considérable. Mieux vaut dans ce cas renoncer à une énucléation irrégulière, longue et difficile et qui ne serait qu'artificielle (Legueu). D'autre part si les gros myomes ont pu être avec succès l'objet d'énucléation (Témoin, Tuffier), il paraît à la majorité des chirurgiens que dans ce cas la subtotale est préférable à la myomectomie qui laissera à sa suite une coque utérine plus ou moins déformée. Il en sera de même pour l'énucléation de nombreux fibromes dont le résultat sera une véritable loque utérine, tailladée en divers sens, malaisée à reconstituer proprement, et finalement exposée aux hémorragies et à l'infection, surtout si la muqueuse utérine a dû être intéressée. Et pour l'avenir enfin, que deviendra cet utérus couvert de cicatrices devant la distension d'une grossesse et l'effort d'un accouchement ? (Lecène et Leriche). D'ailleurs les statistiques montrent que les chances de grossesse ne sont pas très grandes après la myomectomie mais par contre les chances de fausse couche sont loin d'être négligeables. De plus c'est dans ces cas de fibromes à noyaux multiples qu'on peut retouter de laisser quelque part des noyaux méconnus, ce qui amènera une récidive. C'est pourquoi les rapporteurs estiment qu'on ne doit proposer la myomectomie que pour les fibromes à 2, 3 ou 4 noyaux : aller au-delà paraît discutable.

Enfin la situation de ces noyaux myomateux est à considérer. Plus ils sont près du fond, sur les faces ou près de la séreuse, plus leur énucléation sera légitime. Elle le sera moins dans les régions sous-isthmiques ainsi que dans la région des cornes utérines, car cela obligerait à sacrifier les annexes et le principe de la myomectomie (gestation possible) serait méconnu.

Dans les myomes sphacélés ou suspects de dégénérescence maligne, l'hystérectomie reprend tous ses droits. Enfin si les annexes sont malades — et le cas est fréquent — et si leur ablation bilatérale est reconnue nécessaire, la myomectomie n'a plus sa raison d'être puisque tout espoir de grossesse disparaît.

En définitive, il semble que les contre-indications à la myomectomie seraient plus nombreuses que ses indications. Incontestablement, elle garde sa supériorité chez les femmes jeunes dont on veut assurer la gestation et dont la tumeur, par son volume, et sa situation et l'état des annexes, réalisera un cas favorable à cette énucléation.

Abordant le côté technique, les rapporteurs écartent la dilatation et le curettage pré-opératoires ainsi que l'hémostase préventive par des clamps. Les incisions utérines seront faites directement sur la saillie du ou des noyaux fibromateux. Pour les myomes interstitiels, il faudra dans le clivage éviter de léser la muqueuse utérine, bien que Tuffier et d'autres ne

(1) Laufer et G. Paul-Boncour. — Recherches sur la fatigue de l'attention chez l'écolier (*Médecine scolaire*, Paris 1er juin 1929.)

redoutent pas cet accident. Le drainage de la cavité par le col y remédie. Certains même la pratiquent systématiquement; Goullioud draine par le Douglas et le vagin, et les résultats sont bons.

Les suites sont bénignes pour la plupart et la mortalité légèrement inférieure à celle de la subtotale. Le danger des hémorragies post-opératoires ne doit pas être exagéré non plus que celui de l'infection, même si on a ouvert la cavité utérine, à la condition de la drainer. Phlébites et embolies semblent plus rares qu'après l'hystérectomie. Après la myomectomie l'utérus subit une involution analogue à l'involution puerpérale et les opérées reprennent une menstruation régulière.

Le reproche le plus sérieux fait à la myomectomie est la récidive. Elle s'observe surtout chez les opérées à noyaux fibreux multiples, dont quelques-uns ont pu passer inaperçus au cours de l'opération. Plus le fibrome se rapproche de l'unité et moins il y a de chances de récidive. Celles-ci surviennent dans 8,47 % des cas (Goullioud) et en moyenne dix ans après l'opération. La transformation maligne de ces récidives est exceptionnelle. C'est l'hystérectomie qu'il faudra faire en cas de récidive.

En résumé, la myomectomie est une bonne opération, souvent facile et sans gros dangers, mais qui n'a sa raison d'être que chez des femmes jeunes, en désir de maternité, et sous la réserve de présenter des myomes de moyen et petit volume, uniques ou peu nombreux. En dehors de ces cas favorables, l'hystérectomie subtotale garde sa supériorité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 octobre 1929

Les règles diététiques de l'alimentation chez les gastrotomisés. Application de données physiologiques sur les sécrétions psychiques. Le régime physico-psychique. — *MM. Pachon, Jeanneney et Fabre*, se fondant sur les recherches de Pawlow : rôle de la vue, de l'odorat et du goût comme excitants de la sécrétion gastrique active, ont établi qu'il est nécessaire, si l'on veut alimenter rationnellement un gastrostomisé, de lui donner des repas comparables à ceux d'un sujet normal et de provoquer, par l'excitation de la vue, de l'odorat, du goût, ainsi que par la mastication, la mise en jeu des sécrétions psychiques, c'est-à-dire de donner au gastrotomisé un mode d'alimentation constituant un véritable régime physio-psychique. Le sujet prend donc un repas ordinaire, le mastique, l'insalive et c'est le bol alimentaire ainsi préparé qui est administré par la sonde.

MM. Danielopolu et Proca. — Réflexe amphotrope sino-carotidien après extirpation du premier ganglion thoracique chez le chien.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1929

Cancer du col utérin et radium. — *M. Foveau de Courmelles* rappelle que *Danlos* introduisit à l'hôpital Saint-Louis, le premier, la thérapeutique radifère contre les tuberculoses cutanées. On l'étendit vite au cancer, et son action hémostatique, désodorisante, analgésique fut vite constatée, vulgarisée (rapport au XVIIe Congrès International des sciences médicales de Londres, août 1913 : « Les rayons X et le radium en thérapeutique gynécologique »).

Le cancer du col utérin est aujourd'hui, ainsi que les cancroïdes, considéré par tous les auteurs, comme très curable par les sels de radium. Ce cancer étant particulièrement lent, insidieux, méconnu, il convient d'examiner souvent les malades présentant de légers écoulements sanguins, montrant à l'examen de petites plaies ou érosions sur le col, surtout si ces phénomènes se présentent après la ménopause. Ainsi, l'on soignera à temps et guérira les cancers du col utérin.

Voyage médical en Tchéco-Slovaquie. — *M. René Gaultier*, président de la Société, rapporte ses impressions d'un voyage médical en *Tchéco-Slovaquie* où la France est particulièrement aimée et bien accueillie ; il invite ses confrères à maintenir entre français et Tchécoslovaques ces relations d'affectueuse amitié qui ne peuvent qu'être utiles aux deux nations. Prague, la Reine du Nord et Paris sont deux capitales qui ne doivent pas s'ignorer tant au point de vue médical qu'au point de vue économique et politique pour le plus grand profit et le soulagement de l'humanité souffrante.

Doit-on soigner ou extraire les dents de lait qui se carient. — *M. Pierre Robin*, s'appuyant sur des considérations physiologiques et pathologiques, conclut que les dents de lait doivent être soignées comme celles des adultes, et qu'il est indispensable de construire des appareils de prothèse de mastication aux enfants comme aux adultes pour assurer à ceux-ci comme à ceux-là une absorption normale.

M. Pierre Robin insiste sur l'hygiène quotidienne de la bouche au point de vue de la prophylaxie de la carie.

P. PROST.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 octobre 1929.

Le liquide des épanchements pleuraux de la maladie rhumatismale. — *M. May* signale l'importance de la réfractométrie pour la détermination de la nature des épanchements pleuraux. Dans la pleurotuberculose, cet indice est supérieur à 40. Dans les épanchements infectieux aigus non rhumatismaux, les chiffres sont sensiblement analogues. Les épanchements rhumatismaux ont, au contraire, un indice réfractométrique inférieur à 40. L'auteur donne les raisons qui selon lui, expliquent cette différence.

Dégénérescence amyloïde et néphrose lipoïdique. — MM. *Marcel Labbé*, *R. Boulin*, *Azerad* et *Justin Besançon* rapportent l'histoire d'une dégénérescence amyloïde pure du rein, sans néphrite associée, au cours d'une suppuration datant de six mois : il existait un abaissement de l'urée à 0,12, de le K à 0,3, de la tension à 9 ; il n'y avait pas de cylindres granuleux. D'autre part, il existait tous les signes de néphrose lipoïdique, abaissement des albumides sériques du rapport serine à 0,36 : hypercholestérinémie à 6 gr. : hyperpémie (globules) à 12 gr. : corpuscules bi-réfringents dans les urines. Ils discutent le diagnostic et concluent à la possibilité d'un double processus amyloïde lipoïdique déterminé par une suppuration chronique.

Dextrocardie totale par tractions avec arrêt de développement du sein homologue. Tolérance parfaite depuis 33 ans. — MM. *Trémolières* et *Veran* rapportent l'observation d'une femme de 48 ans atteinte, depuis 33 ans, d'une dextrocardie complète consécutive à une pleurésie sclérogène accompagnée d'une déviation importante de la trachée et de l'œsophage ; la sclérose pulmonaire et la déviation trachéale donnant lieu à un syndrome cavitaire typique. Cette observation est intéressante, non seulement par la rareté de ces dextrocardies par tractions, mais encore par l'atrophie de la glande mammaire de côté atteint et la très longue tolérance des lésions.

Pour M. *Bard*, le plus souvent, li s'agit bien plutôt d'un refoulement par le poumon sain que d'une traction par le poumon sclérosé.

MM. *Paisseau* et *Courcoux* considèrent, au contraire, le mécanisme invoqué par M. Bar, comme exceptionnel et celui adopté par les présentateurs comme le plus habituel.

Vin aliment et vin médicament — *M. Loeper*, chargé d'une étude sur le vin, a été amené au cours de ses travaux, à reconnaître que le vin — liquide complexe — a un pouvoir excitant de la cellule hépatique très marqué et peut constituer un moyen d'exploration. En pratiquant le tubage duodénal, on

se rend compte que 20 cmc. de vin blanc ont un pouvoir cholérétique plus marqué que 20 gr. de sulfate de magnésie. Le vin rouge est moins actif, à cet égard, que le blanc.

Sur un cas de pleurésie putride produite par la flore spirochéto-anaérobie. — *M. André Jacquelin, Mlle Brun M. Fouquet* rapportent l'observation d'un cas de pleurésie putride cliniquement primitive, sans foyer de gangrène pulmonaire. L'intérêt de cette observation réside dans son étude bactériologique. L'examen du liquide pleural révéla la présence, en association avec les germes de la flore de Veillon, de nombreux spirochètes appartenant de manière indéniable au type Besançon-Etchégoin, et de quelques agents spiralés plus fins présentant les caractères du S. dentium. Les coupes histologiques traitées par l'imprégnation argentique montrèrent, au niveau de la séreuse infectée, trois zones successives comparables à celles qui ont été récemment décrites dans la gangrène pulmonaire: une zone superficielle ne présentant que les germes anaérobies, une zone moyenne dans laquelle figuraient côte à côte spirochètes et flore de Veillon et une zone profonde, zone d'attaque spirochétienne pure. Ces constatations bactériologiques sont d'autant plus intéressantes qu'elles ont été faites dans un cas d'infection putride *aiguë* de la plèvre et que l'on peut se demander si des recherches systématiques ne révèleraient pas la présence de cette flore dans des cas de plus en plus nombreux de pleurésie putride.

Les accidents consécutifs au traitement de la maladie de Basedow par le tartrate d'ergotamine. — *MM. D. Adlesterg* et *O. Porges* (de Vienne), à l'occasion des accidents signalés à une précédente séance par *M. Marcel Labbé* et ses collaborateurs, font remarquer que les doses employées ont été trop fortes. Les doses établies pour l'administration *per os* ont été données en injections, de là les phénomènes d'intolérance.

La sérofloculation (mélano-floculation) du paludisme. (Réaction de Henry) ; son intérêt clinique. — *MM. Le Bourdelle* et *Liégeois.*

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1929.

Sur 14 cas de spina bifida cystica. — *M. Leveuf* rapporte ces observations de *M. Yotchitch* (de Belgrade). Sa mortalité a été de 4 cas sur 14, et aurait été encore moindre s'il avait éliminé deux cas très graves, morts tous deux. M. Yotchitch utilise, comme M. Leveuf, le décubitus ventral post-opératoire. M. Leveuf rend compte à ce propos de son expérience personnelle. Les formes non épidermisées sont les plus graves et il faut les opérer le plus tôt possible. Les formes épidermisées sont plus facilement curables. Sur 13 de ces cas, il a obtenu six résultats parfaits, une mort opératoire, deux morts tardives et quatre guérisons avec séquelles.

M. Cunéo est d'accord pour dire qu'il n'a jamais rencontré de myélocystocèle.

M. Mathieu estime que malgré la gravité des interventions, il faut toujours opérer le spina bifida.

Inversion puerpérale de l'utérus au 18e jour. — *M. Cadenat* rapporte une observation de *M. Murard.* Celui-ci après avoir essayé de réduire l'inversion, a fait une hystérotomie médiane sans plus de résultat. Hystérectomie vaginale. Guérison.

M. Miginiac a observé un cas analogue qu'il a pu réduire manuellement après hystérotomie.

Fracture du crâne. — *M. Houdard* rapporte un cas intéressant observé par *M. Roscau* (de Fort-de-France).

Gastrotomie permanente. — *M. Gernez* pratique la gastrostomie suivant le procédé de Witzel, mais au niveau de la poche à air, avec la sonde descendant vers le bas.

M. Grégoire estime qu'il est difficile de fixer la région dite de la poche à air à la paroi abdominale.

Pancréatite chronique. — *M. Brocq* analyse trois cas de pancréatite chronique qu'il a opérés. Les deux premiers concernent des cas de pancréatite chronique avec ictère. L'une des malades avait une vésicule du volume d'une noisette, l'autre n'en avait pas du tout et le fait est fort rare.

M. Duval demande sur quel criterium on peut poser le diagnostic de pancréatite chronique.

M. Cunéo estime que le diagnostic entre cancer et péncréatite sont des plus difficiles et croit que la biopsie qui pourrait trancher la question est trop grave pour qu'on la tente.

M. Gosset croit qu'on peut dire pancréatite chronique en présence d'un ictère chronique sans lithiase avec gros pancréas.

M. Duval ne croit pas que la consistance anormale de la tête soit un criterium suffisant.

M. Leveuf pense que la preuve de l'origine mécanique d'un ictère peut être donnée par l'injection précoce de lipiodol dans la fistule.

M. J.-L. Faure croit que la preuve de la pancréatite chronique ne peut être donnée que par l'examen histologique.

G. Menegaux.

CEUX QUI NOUS ONT QUITTÉS

Le Dr Capitan (1854-1929)

Par M. Georges DUMAS

(*Notice necrologique lue à l'Académie de Médecine le* 8 *octobre* 1929.)

La mort du Dr Capitan a été douloureusement ressentie, non seulement par ses amis et ses collègues, mais par tous ceux qui dans notre pays et à l'étranger s'intéressent à toutes les sciences anthropologiques ou biologiques que cet esprit original aborda et qui lui doivent tant de découvertes importanes.

Sa brillante carrière, bien que très une dans son orientation générale n'en témoigne pas moins de la diversité de ses compétences et de ses aptitudes.

Elève en 1874 du laboratoire de Claude Bernard, interne des hôpitaux de Paris de 1878, chef du laboratoire de Pathologie et de Thérapeutiques générales de la Faculté de Médecine en 1880, docteur en médecine en 1883, chef de clinique médicale de la Faculté en 1885, assistant du professeur Robin en 1890, médecin de la consultation à la Pitié en 1894, membre, puis secrétaire, puis vice-président de la Société d'Anthropologie, professeur de géographie médicale, puis d'anthropologie préhistorique à l'Ecole d'anthropologie de Paris, il a professé pendant les vingt dernières années de sa vie au Collège de France où il était depuis 1908 chargé du cours d'antiquités américaines.

Si je voulais parler de son œuvre entière, je n'aurais que l'embarras du choix pour citer dans le domaine de la pathologie expérimentale, de la bactériologie, de la clinique, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique, des recherches qui ont marqué et dont les résultats ont eu, en leur temps, un juste retentissement ; mais, puisque sa science de prédilection fut l'anthropologie, puisqu'il voulut présenter surtout ses titres d'anthropologiste aux suffrages de votre Compagnie, c'est de son œuvre anthropologique que j'évoquerai devant vous les étapes, la richesse et la variété.

C'est en 1874 qu'il se révélé anthropologiste par un travail que votre regretté collègue Hamy présentait à la Société d'anthropologie et, depuis lors, c'est-à-dire pendant cinquante-cinq ans, tout en poursuivant ses recherches médicales, il consacra le meilleur de son temps à la science qu'il aimait entre toutes.

Le sens du terme *anthropologie* s'est bien restreint depuis Broca, à tel point qu'à l'heure actuelle ce terme ne désigne le plus souvent que l'étude des races humaines considérées

au point de vue physique, et qu'un terme nouveau d'*ethnologie* a été nécessaire pour désigner l'ensemble des disciplines comme la préhistoire, l'archéologie, le linguistique, la sociologie, l'étude des caractères ethniques qui constituaient le domaine primitif de l'anthropologie.

De par sa formation et son temps, le Dr Capitan fut un anthropologiste au sens le plus général et le plus complexe du terme.

Dans ses conférences de l'Ecole d'anthropologie, il s'occupa d'anthropologie pathologique, envisageant les maladies dans les conditions diverses de climats, de pays, de milieux et d'époques. C'est ainsi qu'il traita de l'alcoolisme, de son influence ethnique, de ses causes sociales et de ses résultats sociaux ou ethniques, de la variété de ses manifestations suivant les classes sociales qu'il atteint.

Dans le cours de géographie médicale qu'il fit pour suppléer d'abord et ensuite pour remplacer le Dr Bordier, il étudia l'influence physiologique et pathologique du milieu extérieur sur l'homme, ou, plus exactement, sur la collectivité humaine.

Dans la chaire d'anthropologie préhistorique, où il remplaça Mortillet, il s'attacha à comprendre et à faire comprendre l'homme primitif par les ressources combinées et le contrôle réciproque de la géologie et de la géographie physique, de la stratigraphie, de l'ethnographie, de l'archéologie, de la technologie. Cet important chapitre de l'anthropologie préhistorique a été l'objet des très nombreuses recherches et des très importantes découvertes qu'il a faites avec ses collaborateurs et élèves Breuil et Peyrony. Nous lui devons sur l'ancienne Gaule notamment, sur son art préhistorique, sa technologie, sa faune, des notions à jamais acquises et je ne saurais oublier, parmi les manifestations de l'art pariétaire, les curieuses figures animales inscrites en entailles ou peintes d'ocre rouge et de manganèse qui sont aujourd'hui classiques et célèbres dans le monde entier.

Le Dr Capitan fut aussi un ethnographe et un archéologue éminent ; on lui doit de très intéressantes études d'ethnographie préhistorique et de très belles trouvailles dans le sous-sol de Paris qu'il apprit à fouiller avec Vaquer, l'architecte archéologue. On put juger de sa compétence et de sa technique dans ces deux domaines lorsqu'il put identifier en 1905 avec le Dr Papillaut les restes de l'amiral américain Paul Jones enseveli en 1792 au cimetière protestant de la rue Grange-aux-Belles.

Doué d'une puissance de travail peu commune et d'une méthode rigoureuse formée dans les laboratoires au contact des maîtres de la médecine, Capitan a exploré heureusement tous les domaines de l'anthropologie générale.

Au cours de ces dernières années, son activité s'était particulièrement concentrée autour d'une question de préhistoire où il s'était acquis, depuis longtemps, une compétence incontestée, celle des antiquités américaines. Chargé depuis 1908 de donner un enseignement au Collège de France sur ces antiquités, il avait su rendre particulièrement attrayante la science qu'il professait avec tant d'autorité ; le succès obtenu dans l'illustre maison de la rue des Ecoles a été le digne couronnement de sa carrière de professeur et de savant.

Peu d'enseignements ont été plus riches d'idées et de faits que le sien. Avec l'autorité qui lui venait de ses propres découvertes, il touchait à l'archéologie, à l'ethnographie, à l'étude des hiéroglyphes et des vieux manuscrits, à la préhistoire religieuse et sociale. Il estimait, avec son maître Hamy, qu'un grand courant ethnique, religieux et moral, avait, en des temps très reculés, mis en rapport l'ancien et le nouveau monde et il développait cette très intéressante hypothèse en se fondant sur l'identité de nombre d'objets mobiliers ou rituels qu'on rencontre en Amérique, en Chine et en Europe, comme sur l'analogie des figurations humaines que l'on trouve chez les Japonais et sur de vieux vases péruviens.

Cet esprit si pénétrant, si informé si productif était aussi le plus aimable et le moins apprêté des hommes. Sans quitter le ton de la causerie, il savait, dans sa conversation, ouvrir les aperçus les plus personnels ou faire avec une érudition sans égale les honneurs de ses admirables collections.

J'ai visité plusieurs fois ces pays sud-américains d'où lui étaient venus tant de documents précieux auxquels ces savantes interprétations redonnaient une vie et une âme. Partout j'ai trouvé son nom célèbre et honoré non seulement dans les Académies et les Corps savants mais dans tous les milieux où l'on s'intéresse au passé lointain de l'Amérique, et, plusieurs fois, depuis que j'avais l'honneur d'être son collègue et le plaisir de le connaître, j'ai eu l'occasion de lui apporter l'hommage admiratif et reconnaissant de ces beaux pays sur la préhistoire desquels il avait tant travaillé en enrichissant la science de valeurs qui ne périront plus.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

La médication analgésique. (Dr Hollande, *Concours Médical*, Paris, 1929, 7 juillet).

En médecine générale aussi bien qu'en stomatologie, les médicaments analgésiques qui agissent d'une manière certaine sont très rares. Sans doute, il y a l'opium, la morphine et leurs dérivés, mais on sait les inconvénients de ces narcotiques. Certes, le pantopon réalise à l'heure actuelle le moyen le plus sûr d'administrer la thérapeutique opiacée : il ne faut pas oublier néanmoins que tous les médicaments injectables peuvent exposer à ce que on a justement appelé la « piquomanie ». Il est donc très intéressant d'avoir à sa disposition un produit absorbable seulement par voie buccale, qui jouisse de propriétés antalgiques très nettes : l'allonal est, on l'a dit, un véritable analgésique renforcé. Comme on sait, l'allonal est l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amido-antipyrine ; il présente toutes les propriétés en quelque sor e spécifiques de la diméthyl-amido-antipyrine, complétées, prolongées et consolidées par les qualités sédatives et progressivement hypnogènes de l'acide allyl-isopropyl-barbiturique, qui, d'après l'expérimentation physiologique et clinique, est le moins toxique des barbituriques: d'où les indications multiples de l'allonal, et comme hynotique, surtout dans les insomnies causées par la douleur, et comme sédatif surtout chez les agités et les anxieux, et comme analgésique, dans les algies les plus intenses, comme par exemple celles que vient d'étudier M. Abbal, au centre anticancéreux de Montpellier. Mais M. Hollande, le distingué stomatologist de l'hôpital Foch, a étudié surtout l'allonal au point de vue de la pratique stomatologique et il a tâché d'utiliser ce médicament sans être obligé d'avoir recours à l'anesthésie locale : pour obtenir ce résultat, il faut employer l'allonal à doses massives, en une seule fois, c'est-à-dire 1/2 à 1 comprimé chez les enfants et intervenir 1/2 heure après ; 2 à 2 comprimés 1/2 chez les adultes et intervenir 3/4 d'heure après une dose supérieure serait trop forte et pourrait provoquer le sommeil du patient : en agissant ainsi, on peut pratiquer dans d'excellentes conditions l'extraction d'une dent abcédée, l'ajustage de bagues pour couronnes ou pour bridges l'obturation de caries du collet avec hyperesthésie, et d'autre part l'allonal présente un gros intérêt, car il calme l'appréhension et comme son action se prolonge quelques heures, le patient peut rentrer chez lui sans souffrir et même passer une excellente nuit. Cette action tout à fait exceptionnelle de l'allonal doit être connue de tous les praticiens, car elle est susceptible de rendre les plus grands services en médecine comme en chirurgie.

Encore les vers intestinaux . Ménaché a communiqué à la *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse* une observation de femme atteinte de tænia chez qui, au cours d'une gestation au cinquième mois, on nota l'apparition de crises convulsives avec opisthotonos durant une minute. Après l'administration de fougère mâle et de calomel, qui produisirent l'expulsion complète du tænia, on constata la disparition des crises convulsives : la gestation évolua normalement.

H. V.

Sur la route d'hiver des Alpes en autocar P. L. M.

Les services automobiles de la route d'hiver des Alpes fonctionnent entre Nice et Aix les-Bains, Mont Revard. Deux départs par semaine dans chaque sens : jeudi et dimanche de Nice ; mercredi et dimanche d'Aix-les-Bains.

Jusqu'au 20 décembre, un troisième service fonctionne entre Nice et Grenoble : départ de Nice le mardi, de Grenoble le samedi.

Le parcours de Nice à Aix-les-Bains s'effectue en trois jours par Entrevaux Annot, Digne, Sisteron, le col de la Croix-Haute (1.176 m.), Grenoble, le col de la Porte (1.354 m.) et Saint-Pierre de Chartreuse ou vice-versa.

Du 21 décembre au 28 février, les services sont prolongés d'Aix-les-Bains sur Chamonix afin de relier entre elles les grandes stations de sports d'hiver : Chamonix, Combloux, Mégève, Aix-les-Bains-Mont-Revard, Saint-Pierre de Chartreuse ; ils ont lieu trois fois par semaine dans chaque sens du 21 décembre au 31 janvier, tous les jours du 1er au 28 février.

Du 1er mars au 20 mai, les services continuent à fonctionner chaque jour, mais ils n'ont lieu qu'entre Nice et Aix-les-Bains.

LES CONSULTATIONS DERMATO-VÉNÉROLOGIQUES

Sur un cas d'urticaire chronique,

Par Louis BORY.

L'urticaire n'est qu'un symptôme, une réaction cutanée. C'est un prurit à forme œdémateuse, qui paraît être le résultat d'un choc colloïdoclasique, pour parler le langage actuel, choc lié à une sensibilisation préalable anaphylactique. Ce n'en est pas moins un phénomène toxique ; car la connaissance de la substance nocive et sa suppression entraînent plus sûrement la guérison du prurit urticarien que toutes les méthodes de désensibilisation dont s'est enrichie ... ou encombrée notre thérapeutique et dont le nombre chaque jour croissant montre assez l'insuffisance.

Cela n'est pas dit pour faire croire que je nie l'intervention des phénomènes anaphylactiques en ce qui concerne la production de l'urticaire ; mais la « sensibilisation » de la peau à réagir au moindre contact sous forme d'œdème ortié n'est cependant pas de l'anaphylaxie : la question de dose déchaînante n'intervient pas. A la différence de ce qui se passe dans les états anaphylactiques habituels, le malade est sensibilisé dès la première ingestion ; en outre, les urticariens sont en général des « polysensibles » et la susceptibilité du sujet n'est pas strictement spécifique.

En réalité, toute substance ingérée peut être cause d'urticaire, mais elle ne le devient que si l'organisme est congénitalement ou passagèrement insuffisant pour la transformation normale et l'incorporation à sa propre spécificité de la substance étrangère, alimentaire ou médicamenteuse. Ce n'est donc pas tant celle-ci qui est responsable que l'insuffisance des voies d'absorption et de défense antitoxique. Aussi n'est-ce pas sans logique que nous recherchons toujours dans l'état du tube digestif et du foie la cause déterminante ou favorisante essentielle de la sensibilisation cutanée aboutissant à l'urticaire. Le fait que l'intolérance se montre passagèrement, à la suite de troubles digestifs ou d'excès alimentaires, qui altèrent la muqueuse et laissent résorber des produits insuffisamment transformés, paraît être une preuve que l'intolérance permanente ou chronique est due à une cause semblable permanente ou renouvelée.

En présence d'un cas d'urticaire rebelle, cherchons donc à déterminer la ou les substances sensibilisantes, d'origine entérale (alimentaires ou médicamenteuses) ou parentérales (kyste hydatique, cholélithiase, appendicite, colibacillurie) et supprimons autant que possible la toxine urticante ; — mais si elle nous échappe et même sans cela, songeons à la *fissure organique* qui permet le passage sans modification des produits ingérés et à l'*insuffisance organique* des moyens de protection et d'assimilation.

J'ai suivi pendant plusieurs mois une femme de 42 ans, atteinte d'abord de prurit ano-vulvaire, puis d'urticaire récidivante rebelle. Elle avait subi tous les régimes, pas très strictement sans doute, éprouvé toutes les médications dites désensibilisantes (peptone, hyposulfite de soude, chlorure de calcium ou gluconate de chaux). Diverses cures hydrominérales (eau de Châtelguyon, Vichy, hydroxydase), à domicile il est vrai, avaient été essayées sans grands résultats. L'adrénaline (quinze gouttes trois fois par jour un quart d'heure avant les repas), le calomel à petites doses répétées, la levure fraîche, ne furent pas mieux opérants.

L'auto-hémothérapie n'avait pas été essayée ; je la conseillai (trois à dix centimètres cubes de sang prélevé au pli du coude réinjectés aussitôt sous la peau de l'abdomen, deux fois, puis une fois par semaine). Après dix injections nous y renoncions.

Il nous restait évidemment bien des choses à essayer encore, plus particulièrement des produits vantés récemment, tels que l'éphédrine (sanhédrine Poulenc, deux à six comprimés par 24 heures) ou le tartrate d'ergotamine (dose quotidienne : deux à quatre milligrammes en comprimés de un milligr. ; pendant deux à trois semaines).

Je révisai l'observation de la malade, où m'étaient apparus en relief les quatre faits suivants :

1° Une lombricose, qui se manifestait depuis deux ans par l'expulsion d'un lombric chaque année.

2° Une insuffisance hépatique, traduite par l'analyse des urines de 24 heures (urée, acide urique, phosphorique, chlorures au-dessous de la normale ; rapport azoturique faible à 65 ; acétonurie...)

3° Une hypertension moyenne (18/10,5 Pachon).

4° Une appendicite chronique.

Je conseillai donc :

1° Une cure de jeûne et purgation de Guelpa, pendant trois jours consécutifs tout d'abord, puis 48 heures par semaine, pendant un mois, puis 48 heures tous les 15 jours pendant deux mois.

2° Les jours intercalaires aux cures de Guelpa, durant la première quinzaine, prendre aux trois repas (régime hypotoxique) dix gouttes chaque fois de xylol dans un peu de lait ou de bière. J'ai l'habitude d'utiliser le xylol comme vermifuge, propriété qui n'a pas encore été signalée, je crois, et qui m'a donné des succès dans l'oxyurase, généralement si rebelle.

Dans la dernière quinzaine du mois, le xylol sera remplacé par des prises matinales de carbonate neutre de bismuth (5 grammes en une seule fois) la première semaine (soit cinq jours de bismuth) ; de kaolin (un ou deux paquets de kaolinase) la deuxième et dernière semaine du traitement.

3° Faire ultérieurement (sauf indication plus urgente du chirurgien) enlever l'appendice malade.

4° Prévoir des cures hydrominérales à Evian, Bains, Contrexéville ou Vittel.

5° Sur la peau, pâtes ou poudres inertes additionnées de faibles quantités de corps antiprurigineux, tels que menthol, acide phénique, camphre, eucalyptol. Mes préférences vont à ces deux derniers corps qui sont actifs et inoffensifs.



GLANURES

Flaubert et le docteur Cuny. — Les rapports entre Gustave Flaubert et le Dr Cuny furent précisés en un article publié, dans le *Mercure de France*, par feu Gustave Le Roy, conservateur à Rouen-Croisset du musée portant le nom du grand romancier. Aux données fournies par cette petite étude, ainsi que par la *Correspondance*, M. Hippolyte Roy, petit neveu du Dr Charles Cuny, ajoute les documents personnels qu'il possède, avec un bref commentaire de quelques lettres laissées par le maître et revisées date par date, lors de son centenaire. Ce sera l'un des chapitres du livre qu'il annonce sous le titre : *La vie héroïque et romantique du Dr Charles Cuny, explorateur* (1811-1858) et dont nous avons sous les yeux quelques bonnes feuilles »

Un plaisant personnage romantique que ce bon Dr Cuny, « pareil, de métamorphose en métamorphose, à un héros de la fiction, perdu dans la vie, tant le réel, parfois, déborde et dépasse le rêve », — un vrai type, en un mot. Sans le flatter ni le charger, M. Roy nous le dépeint sous tous ses aspects avec ses énergies obstinées, ses petits travers et ses boutades énormes qui devaient enchanter Flaubert.

Les deux hommes se rencontrèrent en février 1850 au cours du voyage de Flaubert dans la Haute Egypte. Cuny se trouvait alors installé à Siout. Il reçut l'écrivain, lui servit de guide et l'on sait que dans une lettre à sa mère Flaubert, parlant de Cuny, le désigne ainsi : « Cet excellent garçon. » Aucun doute : Charles Cuny sut captiver son hôte, le servir en savant, en archéologue avisé.

Les mois, les ans passèrent ; les deux hommes pris par la vie, retournèrent, Flaubert à sa Bovary, Cuny à ses vaccinations. Mais, en 1853, ce dernier vint à Paris, où il logea rue de la Harpe, présenter et soutenir sa thèse de doctorat médical. Le maître en fut aussitôt informé. On lit, à la date du 11 juin, dans une lettre écrite par lui à Louise Colet :

J'ai reçu hier une lettre de Paris, elle m'est adressée par un médecin français qui m'a reçu dans la Haute-Egypte, à Siout, il vient à Paris passer sa thèse et me demande d'un ton très cérémonieux ma protection, c'est-à-dire des recommandations. Je crois que ce brave homme qui nous a traités là-bas cordialement a eu le nez cassé chez Maxime (du Camp) : il se plaint à moi de n'avoir pas trouvé son adresse et m'écrit la bonne adresse ; voilà bien le gentleman, force protestations ! et, à l'heure du service, serviteur !...

Plus généreux que Maxime du Camp (et qui s'en étonnera !), Flaubert se dépensa de son mieux pour faciliter à Cuny ces visites, ces examens redoutés... Et, le 31 août 1853, celui-ci échangeait suivant sa propre expression, son tabouche égyptien contre un bonnet doctoral... (*L'Œuvre*, 15 octobre 1929).

Accroissement du nombre des déficients mentaux en Grande Bretagne. — Les médecins inspecteurs des écoles, écrit M. Henry de Varigny (*Journal des Débats*, 27 octobre 1929) d'appès un article de A. F. Fred Gold du *British Medical Journal*, montrent par leurs statistiques qu'au moins le sixième des enfants d'âge scolaire est si déficient, physiquement et intellectuellement, si détérioré, qu'il est incapable de tirer un bénéfice raisonnable de la forme ordinaire d'éducation que fournit l'Etat. Le *minus habens*, au sens large du terme, se fait de plus abondant. Et, de plus en plus, il est besoin d'écoles spéciales pour dégénérés, pour inefficients dont on ne tirera d'ailleurs que les plus médiocres résultats. (Ça votera quand même.)

L'examen d'environ deux millions et demi d'hommes d'âge militaire en 1918, hommes considérés comme de bons échantillons moyens de la population masculine du pays, a révélé qu'il n'y avait qu'un seul sujet sur trois qui fût parfaitement apte et sain : *un sur trois*. D'autre part, en 1906, une enquête fut faite sur la proportion des déficients mentaux en Grande-Bretagne encore, et la commission constata qu'ils étaient au nombre de 4,6 pour 1.000 ; ce qui faisait un total de 150.000 pour l'Angleterre et le Pays de Galles. En 1926, le recensement fut renouvelé : ils étaient devenus au moins 8 pour 1.000 : un total de 314.000 individus.

Peut être bien peut on dire que les méthodes modernes de diagnostic assurent un dépistage plus précis : mais cela ne suffit sans doute pas à expliquer le fort accroissement qui s'est produit en 20 ans dans le nombre des déficients mentaux.

Bourdelle et la mort. — Dans un livre de M. Viguié, l'*Essor pathétique de Bourdelle*, publié en 1924, sont réunis des vers qu'écrivit le grand statuaire en 1885, alors qu'il venait, fort malade, d'entrer à l'hôpital. Il n'avait alors que vingt-quatre ans et déjà pourtant il sentait sur lui la menace de la mort. Un pathétique poème en témoigne, dont les derniers vers sont d'un émouvant à-propos :

C'est pour t'avoir aimé que mon front se fit blème
Je meurs pour toi, grand art ! La gloire est le baptême
Que tu devais donner à mon cœur en lambeaux.
Et tu vas me donner la mort pour diadème !
Oh ! Je me lèverai dans un effort suprême.
La nuit, j'irai sculpter la pierre des tombeaux !

(*L'Œuvre.*)

Rabelais à Montpellier. — Rabelais, nul ne l'ignore, fut élève de la faculté de Montpellier où vient de se tenir le XX[e] congrès français de médecine. Il y fut également professeur.

Dans les archives de la faculté on conserve pieusement l'immatriculation de Rabelais, écrite par lui-même et qui porte la date du 16 septembre 1530. On y conserve aussi, avec non moins de piété, les comptes des dépenses de la Caisse des étudiants au bas duquel figure sa signature.

Il y a quelques années, un Américain richissime qui villégiaturait sur la Côte d'Azur, proposa au doyen de la faculté de lui acheter ces précieux documents. Comme bien on pense, le doyen lui opposa une fin de non recevoir.

Comme l'Américain insistait par lettre, le doyen lui répondit spirituellement :

« Je sais que dans un musée américain il y a une jaquette et un chapeau de Lincoln ; je vous fais l'échange.

L'Américain comprit et se tint coi. (*L'Ami du Peuple.*)

NOUVELLES

Pour faire de Vichy une station thermale modèle. — Une conférence s'est tenue, au ministère du travail et de l'hygiène, à laquelle assistaient, outre M. Loucheur, MM. Lamoureux, ancien ministre, député de l'Allier ; le professeur Léon Bernard, président du conseil supérieur de l'hygiène ; le maire de Vichy et une délégation de la municipalité.

Au cours de cette réunion, des décisions fort importantes ont été prises. Le ministre du travail a appelé notamment l'attention de la municipalité sur la nécessité d'aller très vite dans les études et travaux à entreprendre et à réaliser, en vue de faire de Vichy une station thermale modèle à tous les points de vue.

***

Il convient de rappeler que le conseil municipal de Vichy avait déjà arrêté un programme de travaux d'embellissement et d'assainissement s'étendant sur six années. M. Loucheur a demandé aux représentants de la municipalité de mettre ce programme à exécution dans sa totalité dès maintenant.

Il comprend d'abord d'importants travaux d'adduction des eaux en même temps que la stérilisation par un procédé qui sera, sans doute, la verdunisation. Le cube d'eau sera augmenté dans des proportions considérables. D'autre part, le tout-à-l'égout sera obligatoirement installé dans toute la ville et il sera procédé à l'incinération des ordures ménagères. Enfin un bureau d'hygiène sera créé, qui contrôlera quotidiennement la qualité des eaux. L'ensemble de ces mesures sanitaires coûtera 50 millions environ.

M. Loucheur se rendra à Vichy dans le courant du mois de novembre pour se rendre compte de l'exécution de ce programme.

La construction d'un grand établissement thermal de seconde classe est sur le point d'être achevée. Elle sera suivie de la mise en chantier d'un grand établissement de première classe, qui sera le modèle du genre. Il en coûtera une cinquantaine de millions.

La ville de Vichy a décidé, en outre, certains grands travaux d'embellissement. Ils consisteront dans un agrandissement du parc, qui s'étendra sur les deux rives de l'Allier. Un nouveau pont de 16 mètres de largeur sera construit pour relier les deux parties du jardin. Les crédits nécessaires s'élèveront à 25 millions.

Ajoutons que l'ensemble des mesures hygiéniques sera étendu aux communes de la banlieue de Vichy, de manière à entourer la ville thermale d'un véritable cordon sanitaire.

Le XXe congrès français de médecine. — La plupart des médecins venus à Montpellier à l'occasion du XXe congrès français de médecine ont pris part aux excursions organisées par le comité. L'une comprenait Nîmes, le pont du Gard et Aigues-Mortes. La deuxième, Ganges, Les Gorges de la Vis, le cirque de Navacelle et le Larzac ; enfin la troisième, la plus importante, comportait l'Aigoual, l'Aven-Armand, les Gorges du Tarn et le Larzac.

Les chefs de clinique. — La Fédération des chefs de clinique, anciens chefs de clinique et anciens chefs de clinique des facultés de médecine de France a tenu son congrès annuel à Montpellier. Le Dr Voivenel, de Toulouse, qui présidait, a donné lecture de deux vœux votés à mains levées. L'un concerne l'assimilation des chefs de cliniques aux préparateurs, et l'autre, la représentation des chefs de clinique au comité consultatif de l'enseignement supérieur. La Ville de Paris a été choisie pour le prochain congrès, fixé à mai 1930.

Le conflit entre les malades et médecins de Strasbourg. — Après le résultat négatif des négociations qui eurent lieu dernièrement au sujet du conflit entre la caisse des malades et le syndicat des médecins à Strasbourg, la caisse des malades vient de déposer une plainte pour escroquerie contre quinze médecins du syndicat. Pendant la grève des médecins, ils auraient délivré aux assurés des reçus pour un montant supérieur à celui qui avait été payé effectivement, ainsi que pour des consultations qui n'avaient pas eu lieu.

Le syndicat des médecins a publié, de son côté un communiqué dans lequel il est dit notamment :

En lançant cette nouvelle au moment d'en saisir les tribunaux, la caisse des malades montre avec évidence son intention de discréditer le corps médical strasbourgeois tout entier. Le syndicat des médecins se réserve d'agir ultérieurement contre la caisse des malades pour cette diffamation collective. Il attend, par ailleurs, avec sérénité les conclusions du juge d'instruction.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Maladies des vésicules séminales. Anatomie, pathologie et chirurgie, par E. CHAUVIN. In-8, 216 p., 42 fig. : 40 fr. (Maloine).

La coprologie en pratique médicale, par R. DESCHIENS et R. CARVAILLO. In-8, 16 pl. en coul. et 3 en noir, 130 p. : 35 fr. (Maloine).

Traité des maladies des vésicules séminales, par G. LUYS. — **Vésiculectomie par voie périnéale et par voie inguino-péritonéale combinées**, par Victor PAUCHET. In-8, 300 p., 113 fig., 2 pl. en couleurs : 50 fr. (Doin).

Le syndrome humoral de l'occlusion intestinale. Les bases physiologiques de la thérapeutique salée, par R. DENIS. In-8, 170 p. : 28 fr. (Doin).

Pie XI et la médecine au service des missions, par l'abbé Prof. Dr UGO BERTINI, 160 p. : 6 fr. (Bloud et Gay).

La question des tropismes, par Maurice ROSE, 473 p., 89 fig. cart. : 75 fr. (Les Presses Universitaires).

La tuberculose pulmonaire. Guide du malade et du préposé, par le Dr J. STÉPHANI. In-8, 26 fig. : 25 fr. (Payot).

Catalogue de médecine ancienne du XVIe au XIXe siècle (3.000 numéros). Envoi sur demande. Librairie H. Barral 4, rue de Girone, Montpellier.

Soignons-nous mieux nos malades qu'autrefois ?

Par **M. le Dr Paul LE GENDRE,**

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une telle question peut sembler oiseuse.

« L'homme dans la rue » n'ignore pas que la médecine et la chirurgie ont fait d'extraordinaires progrès de nos jours et, s'il n'a pas toujours confiance dans le médecin, il est porté à croire que la médecine contemporaine possède des remèdes pour presque toutes les maladies et disposé à accuser d'ignorance des médecins qui ne le guérissent pas tout de suite, ni toujours.

Nous, médecins, nous ne savons que trop combien notre pouvoir de guérir est limité encore, mais nous sommes pourtant convaincus que nous sommes beaucoup mieux armés que nos pères contre la maladie. Qui peut nier les conquêtes que les progrès de l'histoire naturelle microscopique, de la physique et de la chimie, de la biologie ont valu à la médecine à l'obstétrique et à la chirurgie ?

I

Il serait fastidieux d'énumérer ici comme en un dictionnaire toutes les médications qui ont découlé de ces découvertes. Je me contenterai de puiser dans la masse de mes souvenirs personnels quelques cas où la révélation de la supériorité d'une médication nouvelle s'imposa avec évidence à mon esprit.

J'ai raconté ici (1) mes lugubres souvenirs d'étudiant au sujet des soins donnés aux blessés en 1870-71 dans un grand hôpital militaire par d'habiles chirurgiens et l'étonnement joyeux que j'ai éprouvé quelques années plus tard en voyant Just Lucas-Championnière, après son voyage en Angleterre pour s'initier à la méthode antiseptique de Lister, exécuter, avec succès constant, dans des locaux primitivement occupés par des malades infectieux, des opérations qui, suivant la pratique de mes premiers maîtres, étaient suivies le plus souvent de la mort des patients.

Même surprise quand, ayant vu succomber souvent ou ne guérir qu'après de nombreuses semaines d'alitement et des kyrielles de complications, tant de malades atteints de *fièvre typhoïde*, j'ai vu guérir en un mois presque tous les typhiques traités dès le début méthodiquement par la *balnéation froide* pratiquée par Brand, rapportée à Lyon par Franz Glénard, après sa captivité à Stettin et mise enfin en œuvre à Paris, malgré tant de protestations de leurs collègues, par Juhel-Rénoy et A. Chauffard, — méthode que notre Récamier avait préconisée tant d'années auparavant sans trouver d'imitateurs.

Interne à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai un chef qui traite les broncho-pneumonies et les congestions pulmonaires par des séries de petits vésicatoires appliqués sur les foyers successifs ; le résultat est fâcheux : au bout de quelques jours on ne sait plus comment manier l'enfant sans le faire souffrir et des complications cutanées aggravent l'adynamie. Je propose à mon chef d'essayer les *enveloppements froids du thorax* préconisés par Baginski à Berlin ; après quelques protestations il y consent: les résultats sont si rapidement et tellement meilleurs qu'il est vite converti.

Pendant mon clinicat dans ce même hôpital, je suis désolé de voir les ravages de *la diphtérie*, non seulement dans le pavillon spécial, mais parmi le personnel médical ; mon collègue Queyrat, les internes Martin de Gimard et Albarran, d'autres étudiants, Foveau de Courmelles, payent leur tribut. On n'avait pas trouvé mieux, semblait-il, pour les traiter que la brutale méthode d'Ernest Gaucher (frictions sur la muqueuse envahie avec une brosse en soies de porc imbibée de phénol-sulforiciné) . Albarran a failli mourir et a été plusieurs mois atteint de polynévrites. A ce moment M. Emile Roux, silencieux et grave à son ordinaire, fréquentait le service de son compatriote Joseph Grancher ; un des externes, Yersin, qui était son assistant et qui est devenu par la suite le vainqueur du bacille pesteux, me parlait avec une admiration et un enthousiasme communicatifs des travaux poursuivis par son maître sur l'atténuation du bacille de Lœffler et le traitement possible de la diphtérie par le sérum de chevaux immunisés. Mais la découverte n'était pas encore mise au point ou du moins pas publiée quand j'étais devenu médecin suppléant à l'hôpital Trousseau et toujours consterné de la mortalité par diphtérie. J'avais patiemment recueilli, publié et mis en œuvre tour à tour et sans plus de succès, tous les traitements jusqu'alors connus (1) lorsqu'en septembre 1894, au Congrès international de Buda-Pesth, éclata la communication à jamais célèbre de M. Emile Roux. Aussitôt je demande au directeur de l'A. P. de me fournir du sérum et en peu de semaines j'ai pu vérifier l'exactitude des résultats annoncés par l'illustre chercheur. C'est la plus forte émotion médicale que j'ai éprouvée et je m'empressais de communiquer ma statistique le 14 décembre, à la Société médicale des hôpitaux.

Bientôt, la *chirurgie viscérale* m'apparaissait triomphante dans un cas où j'avais plusieurs fois constaté des décès. Le syndrome de perforation d'une vésicule biliaire lithiasique, chez une malade qui avait de fréquentes coliques hépatiques sans ictère avec exacerbation sous l'influence de la cure de Vichy et tuméfaction de la vésicule, éclata sous mes yeux et la malade fut sauvée par le bistouri d'Edouard Quénu. Aussi, consulté peu après pour un cas semblable avant la perforation, je pus avec assurance conseiller une *cholécystotomie* qui fut libératrice.

De même j'ai été conquis rapidement à la *gastro-entérostomie* dans les sténoses pyloriques et les ulcères pyloro-duodénaux, à la *néphrectomie* dans la tuberculose rénale unilatérale et la cystite consécutive.

L'*appendicite*, inconnue aussi bien dans ses symptômes que dans ses causes quand j'ai commencé mes études, et si souvent mortelle par les péritonites qu'elle engendrait, est aujourd'hui un des triomphes les moins contestables de la thérapeutique médico-chirurgicale.

J'ai publié le premier cas d'appendicite opérée au cours de la grossesse, sans que celle-ci ait été interrompue.

Le traitement de la *tuberculose pulmonaire*, tel que le formulait mon maître Grancher, avait pour base le repos, l'aération continue, l'alimentation progressivement croissante par la viande crue, et de petits vésicatoires volants. Il ne nous a pourtant pas soutenus, quand Faisans, Letulle, Merklen, Barth, Brissaud, Sersiron et moi, nous lui avons demandé de patronner notre projet de création d'un sanatorium populaire modèle dans la région parisienne ; car il poursuivait son plan personnel de prendre les enfants des tuberculeux pour les retirer du milieu familial et les transplanter aux champs. Nous avons d'ailleurs réussi avec le patronage de Landouzy à réaliser notre *Œuvre des sanatoriums populaires de Bligny*, qui vient de célébrer son 25e anniversaire et a soigné, sous la direction habile de L. Guinard, plus de 10.000 tuberculeux. Grancher réussissait aussi cette *Œuvre de préservation de l'enfance*, à laquelle son nom demeure attaché.

Mais le résultat de la cure sanatoriale n'est vraiment efficace que dans les formes de tuberculose à évolution lente.

Nous assistions impuissants au développement des formes rapidement excavantes et fébriles. J'en observais un cas, alors que nous vint la description de l'opération imaginée par Forlanini, le *pneumothorax artificiel*, dont l'efficacité venait

(1) *Progrès médical*, 1928 ; Souvenirs de mes années d'apprentissage.

(1) Les traitements antiseptiques de la diphtérie (*Revue des maladies de l'enfance*, 1887.)

d'être contrôlée par Küss au sanatorium d'Angicourt. Je la conseille pour une jeune tuberculeuse qui, avec une lésion unilatérale, mais en voie de ramollissement, dépérissait anorexique, alitée, anémiée, fièvre vespérale quotidienne : le résultat fut saisissant ; la fièvre tombe, l'appétit renaît, le poids augmente et la lésion excavante est enrayée. D'innombrables faits ont mis en évidence le rôle bienfaisant de cette opération qui, à Bligny, pratiquée couramment, augmente les succès du traitement hygiéno-diététique.

Et voici que la *phrénicectomie* est reconnue capable de rendre aussi de grands services quand le pneumothorax se révèle impossible ou impuissant (L. Bérard).

J'avais dans mon service, à Lariboisière, quand on a commencé à parler des résultats obtenus par Ehrlich avec le 606, en Allemagne, une malade atteinte d'un rupia syphilitique généralisé, rendant le visage hideux. Traitée dans plusieurs services de Saint-Louis par diverses médications mercurielles solubles et insolubles, par l'iodure à doses énormes, elle n'avait obtenu que des améliorations passagères et insignifiantes. Arnold Netter, toujours au courant des nouveautés de tout pays et en relations avec l'inventeur, me procure quelques doses du médicament nouveau. L'effet de l'arsénobenzol fut merveilleux ; après une assez forte réaction consécutive aux premières injections, les lésions cutanées se transformèrent si vite et disparurent si complètement que des visiteurs, qui l'avaient vue quelque temps avant la médication, avaient peine à croire qu'ils revoyaient la même malade.

Et aujourd'hui qui peut contester la valeur des *arsénobenzènes* ?

De pareils faits n'ont plus rien qui surprenne les contemporains, mais ils ont profondément impressionné les hommes de ma génération.

Quand j'étais étudiant, j'ai vu renaître la saignée, si complètement délaissée que presque aucun de nous ne savait la faire, et qui permet de sauver bien des malades en crise d'urémie ou d'œdème aigu du poumon.

Mais on avait une terreur presque superstitieuse des *injections intra-veineuses*, qui passaient pour exposer toujours aux embolies aériennes dans le poumon et la première *transfusion de sang* à laquelle j'ai assisté, étant interne, fut environnée par mon chef, Dujardin-Beaumetz, d'une telle solennité que le souvenir m'en est revenu bien des fois pendant la guerre où on en a fait de si nombreuses, ainsi que des transfusions de sérum artificiel, pour sauver des blessés qui avaient perdu trop de sang. Et maintenant on en peut faire d'intra-cardiaques !

Si je ne craignais d'allonger démesurément l'énumération de faits personnels qui m'ont démontré l'importance des conquêtes de la thérapeutique contemporaine, j'en évoquerais de relatifs à *l'opothérapie* thyroïdienne, ovarienne, surrénale, au traitement du coma diabétique par *l'insuline*, — à l'action des *rayons de Rœntgen* et du *radium*. Citerai-je les *vaccinations préventives* contre les typhoïdes, le tétanos, la diphtérie (anatoxine), etc., et les *acquisitions dans l'ordre chimiatrique* : l'émétine contre l'amibiase, les analgésiques de la série antipyrine, les hypnotiques de la série en *al*, les antiseptiques de la série en *ol*, les cardiotoniques nouveaux (ouabaïne), etc. Et les merveilles de la chirurgie du système nerveux !

Il faut conclure que les progrès de la thérapeutique dans le siècle précédent et le premier quart de celui-ci sont aussi impressionnants que les submersibles, les avions et les dirigeables.

Nous devons donc répondre à la question posée : OUI, NOUS POUVONS SOIGNER MIEUX NOS MALADES QU'AUTREFOIS.

II

Mais en réalité SONT-ILS TOUJOURS MIEUX SOIGNÉS ? — C'est l'autre face de la question, le revers de la médaille.

Si l'on réfléchit à la raison profonde, pour laquelle la plupart des médications nouvelles sont efficaces, c'est qu'elles apportent le plus souvent la solution du double problème de l'étiologie et de la pathogénie des maladies. Elles ont peu à peu substitué à la thérapeutique empirique et souvent trompeuse des symptômes, qui ne demande guère d'effort intellectuel, la thérapeutique étiologique et pathogénique, qui exige que le médecin ait, avant de recourir à telle ou telle médication, posé un diagnostic étiologique et pathogénique, c'est-à-dire qu'il soit un clinicien attentif, scrutateur et sagace, n'ignorant aucun des procédés de diagnostic.

Pour acquérir cette qualité, il faut avoir fait un apprentissage prolongé auprès des malades et avoir exécuté soi-même les procédés d'exploration, sous la surveilance de maîtres dont l'effort constant ait été de développer l'ESPRIT CRITIQUE et la DEXTÉRITÉ MANUELLE de leurs élèves.

Cette éducation, elle n'est malheureusement, dans l'état actuel de l'enseignement, accessible qu'à une minorité d'étudiants, ceux qui ont rempli les fonctions d'externes, et surtout d'internes dans des hôpitaux pendant plusieurs années.

Pour les autres, sauf exceptions honorables, — car elles supposent de la part de ces étudiants qui n'ont été que stagiaires un énorme effort personnel et une bonne volonté rares — la plupart connaissent mieux l'arsenal thérapeutique que la manière de s'en servir, c'est-à-dire les *indications*, qui dans chaque cas particulier, doivent faire préférer telle médication à telle autre.

Malheureusement il faut reconnaître que même dans le domaine de la thérapeutique courante, l'*insuffisance technique* de certains praticiens est indéniable et avouée par eux. Un confrère instruit, d'esprit indépendant et en rapport avec un très grand nombre de médecins par la nature de ses occupations, m'écrit qu'en pleine campagne il connaît des praticiens qui n'osent ouvrir un panaris et ont recours à un chirurgien pour soigner une fracture simple. Ils craignent de ne pas pouvoir empêcher le raccourcissement ou des complications. C'est un progrès « moral » sur l'officier de santé Charles Bovary ; mais c'est tout de même un scandale social que cet honnête aveu d'impuissance de docteurs, une cinquantaine d'années après la suppression de l'officiat de santé. Le même correspondant me signale une brochure du grand industriel Michelin, qui démontre, avec chiffres à l'appui, qu'il a intérêt à faire soigner ses blessés dans la clinique privée du meilleur chirurgien du chef-lieu à plein tarif d'honoraires plutôt que d'avoir recours au médecin praticien ou à l'hôpital ; le malade est, en effet, alors atteint parfois d'incapacité permanente partielle, obligeant l'industriel à lui assurer une rente.

L'*insuffisance d'esprit critique* découle d'abord de ce que la plupart des praticiens débutants n'ont pas vu assez de malades, ni d'assez près, au cours de leurs études, parce que les stagiaires sont trop nombreux dans beaucoup de services, que chacun d'eux n'a pas été en contact assez direct avec le chef de service pour en recevoir d'utiles conseils concernant l'interrogatoire, l'examen du malade et la détermination des indications thérapeutiques.

Trop de chefs se contentent d'interroger les stagiaires et se déclarent satisfaits si ceux-ci paraissent connaître la pathologie ; les méthodes d'enseignement *ex cathedra* et par lecture de manuels ne développent que la mémoire et trop peu l'observation clinique.

Les *examens probatoires*, tels qu'ils sont organisés jusqu'ici, ne sont guère une garantie de l'instruction pratique et de l'esprit clinique, parce que les interrogations en font presque tout le fond ; les épreuves cliniques terminales sont si brèves et si peu surveillées en général qu'elles ne peuvent renseigner les juges sur la réelle valeur pratique du candidat.

L'insuffisance d'esprit critique est d'autant plus inquiétante que l'on voit croître un engouement pour ainsi dire massif des médecins pour chaque médication nouvelle ; nous vivons dans une avalanche ininterrompue de nouveautés; de peur de ne pas paraître « à la page », beaucoup de praticiens se hâtent de prescrire la nouveauté « dont on parle beaucoup », avant qu'elle ait fait sa preuve.

Les contemporains s'engouent particulièrement des méthodes rapides, d'où le succès des injections tel que, si au temps de Molière la seringue était l'emblème de l'apothicaire, elle tend à devenir aujourd'hui, sous un volume de poche, celui des médecins.

Combien peu « formulent » encore ! Presque toute la thérapeutique se fait par spécialités ; certains clients s'en plaignent, parce que, si une indication nouvelle surgit, leur mé-

decin, au lieu de modifier la potion comme nous faisions jadis, prescrit une nouvelle spécialité, qui ne se vend pas en détail. Aussi après quelques jours de traitement d'une maladie à évolution aiguë avec incidents divers, la table de nuit est encombrée d'un stock de flacons, de solutions, pilules, cachets, qui ont à peine été entamés, mais ce stock inutilisé constitue un fardeau pécuniaire pour le client — qui n'a même pas la ressource de le liquider à perte, comme nous avons fait des stocks américains de guerre.

III

Quels remèdes à cette situation ?

Rien à faire, bien entendu, contre la publicité croissante ; trop de gens et tous nos journaux en vivent.

Ce qu'il faudrait, c'est mettre les médecins qui lisent les prospectus en état de choisir autrement qu'au hasard parmi tout ce qu'on leur propose.

L'enseignement de la thérapeutique pourrait, je crois, s'orienter vers la *clinique thérapeutique* plus qu'on ne l'a fait.

Je ne nie pas l'utilité d'une chaire de thérapeutique dogmatique et théorique et, quand elle est occupée par un maître d'un esprit aussi pratique et d'un sens critique aussi judicieux que le professeur Loeper, il y a tout bénéfice pour les étudiants à s'y porter.

J'ai émis un jour, sans ironie, mais sans illusion, l'idée d'une *chaire consacrée à l'étude critique des spécialités* ; mais, je ne me dissimule pas que son titulaire serait dans une posture assez fâcheuse, pris entre la crainte d'être accusé de vanter ou de dénigrer telle ou telle en vue de bénéfices clandestins, et celle d'être assailli de réclamations, sinon de procès !

Mais je voudrais voir dans *tous* les services hospitaliers les chefs consacrer plus de temps à la clinique thérapeutique et entraîner leurs élèves à se reconnaître, sans perdre le Nord, c'est-à-dire l'indication dominante à remplir dans chaque cas particulier, au milieu du tourbillon des nouveautés lancées incessamment par la réclame (pardon ! ! je veux dire par la publicité.)

Je souhaite aussi, dans tous nos journaux, des *revues critiques de thérapeutique*, de plus en plus nombreuses, à la condition qu'elles soient vraiment indépendantes de toute arrière-pensée de publicité et qu'elles soient rédigées par des praticiens expérimentés, et non par des Eliacins, même fraîchement diplômés.

Un autre moyen, qui me paraît devoir contribuer à aider les praticiens de bonne volonté à voir clair au milieu des flots de réclames qui les submergent, serait de généraliser à tous les centres d'instruction médicale (Facultés et Ecoles) ces *cours de vacances* organisés depuis quelques années dans les grandes Facultés. Le succès de ceux-ci donne à penser que ceux qui n'obligeraient pas les praticiens d'une région à de lointains déplacements seraient encore plus fréquentés.

On peut, je crois, espérer que l'utilisation des quelques moyens ci-dessus énumérés permettrait à la majorité des praticiens de puiser avec plus de discernement qu'aujourd'hui dans le riche arsenal thérapeutique dont nous disposons et qu'on pourrait dans l'avenir répondre avec plus d'assurance que *tous* les malades sont mieux soignés qu'autrefois par *tous* les médecins.

La thérapeutique des hippocratiques (1)

Par M. le Professeur MENETRIER,
Membre de l'Académie de Médecine.

Comme pour les conceptions pathogéniques, les doctrines, la description des maladies, il y a de grandes différences entre les divers auteurs de la *Collection hippocratique*, au point de vue du choix et de l'application des remèdes et des pratiques thérapeutiques.

Nous en sommes d'autant mieux assurés que souvent ils polémiquent entre eux et que nous voyons par exemple tel auteur de l'École de Cos, et peut-être Hippocrate lui-même, critiquer sévèrement la pratique des Cnidiens et leur reprocher soit l'insuffisance de leur information, soit les imprudences de leur régime, soit encore la pauvreté de leur arsenal thérapeutique, tout au moins dans les maladies chroniques, car pour les maladies aiguës, c'est au contraire la trop grande multiplicité de leurs remèdes et la complexité de leurs formules qui sont incriminées.

Quoi qu'il en soit et autant qu'on peut faire attribution à chaque école de ce qui lui appartient en propre il semble bien qu'Hippocrate et ses disciples attachent surtout de l'importance au régime à faire suivre aux malades, plus encore qu'aux agents médicamenteux proprement dits.

Nous sommes à vrai dire assez mal renseignés sur ce point car le seul traité thérapeutique complet que renferme la collection est précisément celui qui traite du « *Régime dans les maladies aiguës.* » et que nous ne possédons aucun traité de thérapeutique médicamenteuse, aucun formulaire, et bien qu'en nombre de points, et en divers ouvrages il soit fait allusion à des traités de ce genre , notamment à un livre intitulé φαρμακῖτις ; mais aucun n'est parvenu jusqu'à nous.

Et alors pour compléter nos notions sur la thérapeutique hippocratique il faut rechercher dans les divers ouvrages les passages où les traitements sont indiqués, soit en brèves mentions comme dans les *Aphorismes*, un peu plus développées dans *l'Appendice au traité du régime dans les maladies aiguës* et qui paraît plutôt être un recueil de notes d'origines diverses.

Mais c'est surtout dans les œuvres considérées comme d'origine Cnidienne, que des traitements détaillés sont exposés, à propos des histoires de malades consignées dans divers livres des *Epidémies*. Et surtout dans les livres consacrés aux *maladies des femmes* où l'on trouve des pages entières de recettes, topiques, pessaires, injections, fumigations etc., Sans doute pour ce genre de clientèle était-il plus nécessaire de multiplier les moyens de satisfaire aux exigences des malades en combattant de manières très variées les affections dont elles souffraient.

Pour le médecin hippocratique, l'essentiel du traitement des maladies aiguës est le régime.

« Les maladies aiguës, nous dit-il, sont celles que les anciens ont nommées pleurésie, péripneumonie, phrénésie, léthargie, causus, et les autres affections qui en dépendent, et où la fièvre est généralement continue. »

Ce sont là pour lui les maladies les plus importantes car : « quand, quand il ne règne pas épidémiquement une forme commune de maladies pestilentielles .... il meurt par les maladies aiguës, bien plus de monde que par toutes les autres réunies. »

Aussi est-il nécessaire que le médecin soit bien instruit de leur traitement. Et pourtant, « Ce sont des notions qui

(1) Cours d'histoire de la Médecine.

ne sont pas généralement enseignées, c'est pourquoi les médecins agissent très différemment » et il en résulte « une grande défaveur sur toute la profession médicale ... la prescription faite par l'un, sera condamnée par l'autre comme mauvaise. A ce point de vue on est disposé à comparer la médecine avec l'art des devins ; les devins regardent le même oiseau comme de bon augure s'il vole à gauche, de mauvais augure s'il vole à droite, et semblablement de l'inspection des entrailles ils tirent des inductions différentes ».

Il en est de même des médecins dans la prescription du régime. « Voici une de ces notions ignorées des médecins: pourquoi dans les maladies aiguës les médecins passent-ils tout le temps à donner la décoction d'orge avec le grain même, pensant bien faire, tandis que les autres mettent tout leur soin à empêcher que le malade n'avale un seul grain d'orge, croyant qu'il en résulterait un grand mal et ne donnent la décoction d'orge qu'après l'avoir passée par le filtre ? D'autres enfin ne voudraient prescrire la décoction d'orge ni filtrée, ni avec le grain : ceux-ci jusqu'à ce que le malade ait atteint le 7e jour, ceux-là jusqu'au moment où la crise soit survenue. Les médecins ne sont pas dans l'habitude d'agiter de tels problèmes, et s'ils les agitaient, ils n'en trouveraient peut-être pas la solution... »

Et c'est pour la leur enseigner qu'a été écrit le livre du « *régime dans les maladies aiguës.* » ..

Le principal agent de la thérapeutique diététique était la *ptisane* (de πτισανη, orge mondé) ou décoction d'orge. C'est de là qu'est venu le mot de tisane, que nous appliquons à une foule de boissons médicamenteuses, faites par dissolution, infusion ou décoction de substances diverses, parmi lesquelles ne figure que bien rarement l'orge mondé qui leur a donné son nom.

C'est dans l'administration de cette substance à la fois alimentaire et thérapeutique qu'Hippocrate précise des règles minutieuses qui pour lui sont de première importance.

Cette ptisane était de deux espèces qu'il fallait distinguer soigneusement. Faite de l'orge la meilleure, bien cuite, pour faire gonfler le grain, le ramollir et mettre en liberté le mucilage qu'il renferme, la décoction désignée sous le nom de *ptisane entière* renfermait à la fois le grain et le bouillon. Plus nourrissante elle nécessitait un effort digestif plus considérable et partant était jugée dangereuse dans les états fébriles graves, au moment des crises, etc.

Pour ces cas, et dans des conditions bien déterminées, on employait le suc de ptisane, la décoction filtrée, ne renfermant que le bouillon. Aliment purement liquide, analogue à notre bouillon de légumes et que l'estomac du fébricitant pouvait supporter sans dommages.

Mais que de prudence et de minutie dans l'administration de cet aliment médicament dont les qualités méritent d'ailleurs tous les éloges.

Voici d'ailleurs les principes généraux de son emploi :

« Au début des maladies aiguës, les erreurs de régime sont moins dangereuses qu'au plus fort de la maladie. »

« Dans l'alimentation les changements doivent être graduels et non brusques. »

« Il faut se garder d'alimenter les malades au plus fort de la maladie, l'alimentation accroissant alors la force du mal. »

« Plus vous nourrirez des corps qui ne sont pas purs, plus vous leur nuirez. »

« Lorsqu'on croit nécessaire d'alimenter, il ne faut pas le faire avant les redoublements de la fièvre. »

« Il faut montrer la plus grande prudence aussi bien dans la suspension que dans la reprise de l'alimentation et pour ce dernier cas ne pas commencer après un jeûne plus ou moins, prolongé par l'administration de la ptisane entière ; mais faire prendre d'abord la ptisane passée et plus ou moins diluée. »

Enfin, certaines précautions sont indispensables avant l'administration de la ptisane. Si les voies digestives sont remplies de matières et qu'on n'ait pas soin de les évacuer auparavant, la douleur sera provoquée ou exaspérée. Et dans les affections de poitrine il convient de faire tout d'abord disparaître la douleur par la saignée et les purgations sinon on s'expose à des accidents formidables. Dans ces cas : « les malades mis à l'usage de la décoction d'orge non passée succombent le 7e jour ou même plus tôt, les uns pris de délire, les autres étouffés par l'orthopnée ou par le râle. C'est à ces malades que les anciens appliquaient la dénomination de frappès (βλητούς), à cause de leur mort rapide et aussi parce qu'après le décès le côté est trouvé livide. Comme si un coup avait été porté ......

Ces accidents surviennent, non seulement quand on fait usage de la décoction d'orge à contre-temps, mais bien plus encore quand on mange ou quand on boit quelque substance qui convient moins que la décoction d'orge ».

A coup sûr, le bon Hippocrate exagère et ces terminaisons funestes sont plutôt le fait de la gravité du mal, que de l'imprudence du médecin, mais c'est un maitre qui enseigne aux élèves, et on ne saurait le blâmer de les prémunir par ces exemples redoutables contre les erreurs de la pratique.

Le point à vrai dire le plus délicat dans la prescription du régime est de savoir reconnaître la vraie et la fausse faiblesse dans les maladies afin de pouvoir agir en toute sûreté. Car cela aussi les médecins ne le connaissent pas bien.

« Je ne vois pas non plus que les médecins sachent comment il faut distinguer dans les maladies les différentes espèces de faiblesses entre elles, suivant qu'elles résultent ou de la vacuité des vaisseaux ou de quelqu'irritation débilitante, ou de quelque souffrance, ou de l'acuité du mal, ou des affections et des formes diverses qu'engendrent chez chacun de nous notre tempérament et notre constitution, et cependant l'ignorance ou la connaissance de ces choses produit la mort ou le salut du malade. Sans doute en un cas où la faiblesse est le résultat de la douleur et de l'acuité de la maladie c'est un plus grand mal de faire prendre en quantité de la boisson, de la ptisane ou des aliments, dans la pensée que la faiblesse provient de la vacuité des vaisseaux ; mais il est honteux aussi de ne pas reconnaitre qu'un malade est faible par inanition et d'aggraver son état par la diète. »

Et sans doute ces difficultés d'appréciation sont de tous les temps puisqu'on a vu aux confins des deux derniers siècles deux médecins éminents, et chefs d'école impérieux Brown et Broussais qui résolvant en sens inverse le problème de la vraie et de la fausse faiblesse dans les maladies, l'un surcharger de toniques et d'excitants ses malades et l'autre les débiliter à l'excès, sans se soucier l'un plus que l'autre de suivre les conseils d'Hippocrate.

Après l'administration de la ptisane, l'auteur du *régime des maladies aiguës*, examine et conseille l'emploi de diverses boissons : le vin, l'hydromel, l'oxymel, des infusions et décoctions diverses.

Le vin est utilisé dans ses variétés, blanc, rouge, doux ou fort, chacune ayant ses indications. Mais par contre Hippocrate, n'est pas un buveur d'eau. car voici ce qu'il nous en dit : « l'eau prise en boisson .... a moins d'action que tous les autres breuvages .... elle ne calme même pas la soif ... mais jamais elle n'est plus nuisible, plus bilieuse, plus débilitante que lorsqu'elle est reçue dans des organes vides. Elle gonfle la rate et le foie quand ils sont enflammés.. »

Mais il veut bien la recommander sous forme de bains

« Le bain est utile dans un grand nombre de maladies ... il convient généralement plus dans les péripneumonies que


HYPOCHLORYL

dans les fièvres ardentes ; en effet, il adoucit la douleur ressentie dans le côté, dans la poitrine et dans le dos, il mûrit l'expectoration, il la facilite, il dégage la respiration, il ôte le sentiment de lassitude par la propriété de relâcher les articulations et la surface de la peau, il est diurétique, dissipe la pesanteur de tête et humecte les narines. »

« Malheureusement, nous dit le médecin grec « dans peu de maisons on trouve les ustensiles tout prêts et les serviteurs sachant donner un bain. or, si le malade n'est pas baigné dans toutes les règles, il en souffrira beaucoup. »

Ainsi c'est toujours par la minutie et la précision des détails que se caractérise le rôle du médecin hippocratique.

Les principes généraux de la thérapeutique hippocratique sont résumés en quelques formules concises, aphoristiques où domine, la prudence, inspirée à la fois par une haute conscience professionnelle et aussi par le souci constant de garder la confiance du malade et de son entourage, de ne pas se compromettre par des interventions imprudentes et de ne pas laisser supposer l'ignorance ou l'incapacité.

Et d'abord cet aphorisme si souvent cité : «Soulager ou du moins ne pas nuire», *primum non nocere* que l'on oppose volontiers à cette autre proposition peut-être mieux comprise du public « *melius anceps quam nullum* » (sous entendu *remedium*) mieux vaut un remède douteux, que pas de remède du tout. Ce dernier aphorisme est de Celse et c'est entre ces deux propositions que de tout temps et même de nos jours oscille, ou a oscillé la thérapeutique. Et il est amusant de constater que la première, celle d'Hippocrate est due à un médecin authentique, connaissant à fond son métier. Et la seconde celle de Celse est d'un encyclopédiste, nullement médecin, qui a écrit d'après la littérature et non d'après l'expérience et qui pour cela exprime d'autant mieux l'opinion du vulgaire.

D'autre part et pour bien comprendre l'idée directrice de la thérapeutique des hippocratiques, il faut se rappeler les données de leur pathogénie, et de leur doctrine en matière de physiologie pathologique, exposées dans le dogme de la coction des humeurs, des crises et des dépôts. Elle se résume dans cette idée, que la *Nature*, quel que soit le sens que l'on donne à ce mot, a une tendance spontanée vers la guérison se débarrasse par son action propre et par le moyen de la chaleur innée des humeurs nuisibles, soit en les éliminant par la voie des émonctoires, soit en les fixant et les annulant sur place et que le rôle essentiel du médecin est d'aider si possible à cette action, et surtout de ne pas la troubler

D'où les principes diététiques ci-dessus exposés d'où aussi les autres moyens dont nous allons parler.

En outre de la diététique, les moyens thérapeutiques les plus habituellement employés par les médecins hippocratiques et constituant l'essentiel de leur intervention active étaient la saignée et les évacuants, destinés à faire sortir du corps les humeurs altérées causes des maladies.

La saignée n'étant d'ailleurs que la méthode évacuante appliquée à l'humeur principale en cause dans tous les états morbides à savoir le sang. Pour les autres, on les évacue par les voies naturelles par la bouche ou le nez au moyen des vomitifs et des errhins, par l'anus en employant les clystères et les purgatifs, par l'urine avec les diurétiques et enfin par la peau grâce aux sudorifiques.

Ces médications ne sont pas seulement employées curativement, l'emploi préventif en est également recommandé. Comme le prouve cet aphorisme : « Ceux à qui la saignée ou la purgation convient doivent être saignés ou purgés au printemps. » Le vomissement provoqué était aussi une méthode hygiénique très usitée chez les Grecs, et les médecins le recommandaient en hiver préférant pendant les chaleurs de l'été l'emploi des clystères.

La saignée est le traitement capital, ou comme dit l'auteur, celui qui doit précéder touts les autres ἡγεμονικόν. Il faut tirer du sang dans les maladies aiguës, si les autres conditions le permettent. Il faut saigner dès le début et les remèdes évacuants ne doivent être employés que lorsque la saignée a relâché les parties, autrement ils ne font qu'affaiblir le malade et n'ôtent rien à l'inflammation. Particulièrement dans les affections péripneumoniques et pleurétiques la saignée est le remède par excellence et l'auteur dit qu'il ne faut pas hésiter à la pousser jusqu'à la lipothymie. Enfin, et contre la douleur il faut ouvrir la veine la plus proche du point douloureux.

Comme évacuants, soit vomitifs, soit purgatifs les hippocratiques employaient un grand nombre de substances. Purgatifs légers, le petit lait, le lait d'ânesse ; purgatifs énergiques, l'ellébore blanc (*veratrum album*), l'extrait d'ésule (*Euphorbia peplis*), les semences de l'*Athamanta cretensis*, δαυκος ; la racine de Thapsie (*thapsia asclepium*), les grains de *daphne lanceolata*, la scammonée, les semences de carthame, etc. Les substances à goût désagréable étant associées à d'autres qui le masquaient « Il faut procurer des évacuations alvines ou avec l'ellébore noir, ou avec l'euphorbe ; il faut associer à l'ellébore noir le daucus de Crète, le sédéli de Crète, le cumin, l'anis ou quelqu'autre des plantes odorantes : à l'euphorbe le suc d'assa fœtida, car ces substances mêlées ensemble ont des conformités respectives.

A la vérité, nous sommes assez mal informés de l'identification des plantes employées par les hippocratiques et tout particulièrement des ellébores. L'ellébore noir est-il notre charmante rose de Noël ? Mais nous savons fort bien que ces purgatifs énergiques étaient parfois très dangereux.

Comme en témoignent ces aphorismes :

« L'ellébore est dangereux pour les personnes qui ont les chairs saines car il cause des convulsions. »

« Le spasme causé par l'ellébore est dangereux ».

Ctésias de Cnide dans un passage qui nous a été conservé par Oribase rapporte que l'éllébore amenait parfois la mort des malades. Et nous en avons la preuve dans le *cinquième livre des Epidémies* où sont racontées les histoires de plusieurs malades ayant succombé à l'action de purgatifs, trop énergiques. Telle la femme d'Antimaque à Larisse ; on lui donna dit l'auteur : « un purgatif plus fort qu'il ne fallait, elle vomit de la bile brûlée, une douleur violente s'empara du ventre inférieur car il avait été ulcéré par le médicament et elle rendit après les fèces des râclures sanguinolentes. Elle mourut vers le milieu de la nuit. »

On remarque que l'auteur n'hésite pas à accuser le médicament employé de la mort de ses malades. Mais il ne faut pas voir là un aveu imprudent ou cynique des erreurs de sa thérapeutique.

En réalité, ce livre des épidémies est composé de notes intimes, manifestement rassemblées par le praticien pour son usage personnel et nullement destinées à la publication, et moins encore à être transmises à la postérité.

Elles n'en sont que plus précieuses pour nous éclairer sur la pratique du temps. Et c'est encore un des exemples de la manière inexplicable dont fut composée cette collection d'œuvres dites hippocratiques que de voir mélangés à des traités rédigés et complets, de simples notes personnelles, d'un médecin inconnu, conservant pour lui-même les enseignements de sa pratique journalière.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique par l'ellébore paraît appartenir à cette sorte de médication que je qualifierais volontiers de catastrophique, et où dans des cas particulièrement graves le médecin emploie un remède énergique « qui sauve ou tue le malade. » Comme le dit et croit le vulgaire et dont nous trouvons des exemples à toutes les

époques de l'histoire de la Médecine, tel l'antimoine aux XVIe XVIIe et XVIIIe siècles. Telles aussi les médications de choc que nous employons aujourd'hui.

La médication diurétique consistait en l'emploi de boissons abondantes, lait, petit lait, vin blanc fort, infusions, de sucs végétaux.

« Sont diurétiques les jus de fenouil marin, de l'ache, les infusions d'ail, de cytise, de poireau, de morelle, etc. »

D'autres agents sont employés dont nous ne connaissons pas la composition, et notamment le diurétique âcre dont l'auteur du *livre* V *des épidémies* nous dit les funestes effets.

« A Larisse le garçon de Théophorbe avait une affection psorique de la vessie, il urinait des viscosités, souffrait en commençant et finissant d'uriner.

Ce malade ayant bu le diurétique âcre, rien n'alla par la vessie, mais il vomit beaucoup de matières purulentes et de la bile, il eut par le bas des évacuations semblables ... Ce malade eut le ventre fortement ulcéré par la violence du médicament. Il succomba trois jours après l'avoir pris. »

Il est curieux de voir combien peu de place la médication hypnotique, anesthésique ou analgésique tient dans les préoccupations des hippocratiques.

En dehors des applications locales révulsives, particulièrement de la chaleur appliquée au point douloureux, des actions générales perturbatrices que peut amener l'emploi de la saignée, poussée même jusqu'à la défaillance, ou des purgatifs énergiques, nous ne les voyons guère employer ces agents d'euphorie que Lewin dans un livre récent qualifie de paradis artificiels, et qui sembleraient d'après lui en usage dès la plus haute antiquité et chez les peuples les plus sauvages.

Dans la thérapeutique des hippocratiques, ces agents ne figurent qu'exceptionnellement. Le pavot assez rarement mentionné (quinze fois dans toute la collection) prend place dans quelques formules en associations complexes, mais dans aucune il ne semble utilisé pour ses propriétés hypnotique et calmantes.

Le mécon qu'on pourrait croire le suc épaissi du pavot, est employé comme purgatif et Littré le considère comme un euphorbe. La jusquiame ne figure que dans des topiques, et la mandragore est employée une fois dans le traitement de l'hypochondrie .

Et vraiment de tous les paradis artificiels on ne voit guère que le vin, en nombreux crus et variétés qui fût recommandé par ces anciens médecins. Certes, ils le tiennent en haute estime et la manière méprisante dont ils parlent de l'eau, comme d'une boisson propre tout au plus aux peuples sauvages et dont le progrès et la civilisation ont consisté précisément à s'affranchir, montre bien quel cas ils faisaient du présent de Bacchus. Nous savons d'ailleurs, ne fût-ce que par Platon, à quel point les Grecs en abusaient. Mais cela rend d'autant plus remarquable l'absence complète dans l'arsenal thérapeutique des hippocratiques de tout agent capable de calmer les sensibilités exaltées et d'adoucir les souffrances du malade inguérissable.

Et il faudra attendre Héraclide de Tarente et l'école empirique pour voir inaugurer l'emploi de ces remèdes.

On regarde généralement comme le fondement de la doctrine thérapeutique des hippocratiques, l'axiome des contraires, tel qu'il est par exemple exprimé dans cet aphorisme : « Les maladies qui proviennent de plénitude sont guéries par évacuation, celles qui proviennent de vacuité, par réplétion et en général les contraires par les contraires. »

Mais quand Hippocrate dit oui, il n'est nullement nécessaire de demander suivant l'adage si Galien dit non. Hippocrate ou plus exactement les médecins hippocratiques disent à la fois le oui et le non, comme le prouve ce passage du livre « *des lieux dans l'homme* » :

« La douleur se produit par le froid et par le chaud, par l'excès et par le défaut ... les douleurs se guérissent par les contraires ... aux constitutions chaudes devenues malades par le froid, conviennent les échauffants.... Autre procédé : la maladie est produite par les semblables ; et par les semblables que l'on fait prendre le patient revient de la maladie à la santé ..... la fièvre est supprimée par ce qui la produit et produite par ce qui la supprime .....»

Ainsi les allopathes et les homœopathes peuvent également se réclamer du grand nom d'Hippocrate.

L'intertrigo d'autrefois et d'aujourd'hui,

Par **le Dr CARLE** (de Lyon).

Pour les auteurs du siècle passé, toute dermatose qui tapissait le fond des plis humains était un intertrigo. De plus, cet intertrigo était rangé sans discussion dans la classe des eczémas, et traité comme tel, c'est-à-dire avec une médication externe consistant le plus souvent en pommades, un traitement interne et un régime.

Il n'est pas un terme des propositions précédentes qui puisse être maintenu aujourd'hui, sauf l'habitat au fond des plis. Les notions qui ont remplacé ces anciennes conceptions sont maintenant assez solidement établies pour mériter d'être connues de tous les praticiens. Non seulement parce qu'elles dévoilent des étiologies bien différentes, mais surtout parce qu'elles ont comme conséquence de profondes modifications dans la thérapeutique. Dans ces cas, autrefois voués à la chronicité et aux perpétuelles récidives, on doit obtenir aujourd'hui de rapides et solides guérisons.

Ce n'est pas le lieu de faire l'historique de cette évolution, qui exigerait le résumé des quatre volumes de Sabouraud. Rappelons seulement qu'à la suite des travaux de Gruby sur les teignes, on prit peu à peu l'habitude de rechercher, par le microscope et les cultures, la flore et la faune de ces lésions intertrigineuses. Ce fut l'œuvre de Sabouraud à Paris, de Dubreuilh à Bordeaux, de Bodin à Rennes et de leurs élèves. Ces recherches démontrèrent la présence habituelle dans ces intertrigos de microbes (streptocoques ou cocci) et de mycoses variées (trichophyton, épidermophyton, levures, oïdiomycoses, saccharomyces .....) Il apparut que ces colonies, bien plus que l'état digestif ou diathésique, étaient la cause essentielle de ces lésions. L'application d'une thérapeutique locale appropriée justifia cette hypothèse par le nombre des guérisons.

Il serait donc intéressant de pouvoir présenter aujourd'hui aux praticiens un certain nombre de formes cliniques d'intertrigos, correspondant chacune à une cause définie : forme strepcococcique, forme mycosique, forme levurique.. ... peut-être d'autres. J'ai lu attentivement le rapport de Petgès au Congrès de 1927, le dernier volume de Sabouraud et les plus récentes thèses sur ce sujet. J'ai même tenté une

esquisse de cette division dans un article du *Journal de Médecine* de *Lyon* (avril 1929). Mais, si je veux rester sur le terrain pratique, j'ai le regret de dire que ce travail serait prématuré. D'abord parce que les différenciations symptomatiques indiquées par les meilleurs auteurs sont bien minimes — et qu'il faut presque toujours recourir à l'examen microscopique, sinon à la culture. Ensuite parce que, malgré la diversité des origines, la thérapeutique est à peu près identique, et que ses indications sont commandées par des apparences cliniques différentes, perceptibles à l'œil, bien plus que par l'élément étiologique.

I. — Formes cliniques.

Me plaçant de ce point de vue clinique et objectif, je dis que les dermatoses des plis se présentent habituellement au praticien sous deux formes :

a) *Première forme* : Des placards secs, d'aspect désépidermisé, plus ou moins pityriasiques, très bien délimités, d'une couleur allant du rose à l'ocre, plus teintés à la périphérie, à peine infiltrés, peu ou pas prurigineux.

Si ces placards débordent hors des plis, on voit qu'ils deviennent facilement et finement desquamants. Dans les plis, ils seraient plutôt mouillés. Je dis mouillés, et non suintants, car il n'y a pas de vésicules visibles, sauf complications. Aux alentours, on retrouve souvent des petites papules identiques, éléments jeunes, souvent pourvues d'une collerette desquamante, que l'on peut recueillir à l'usage du laboratoire.

On retrouve cette forme dans les plis larges, les aisselles tout particulièrement, ou dans les plis immobiles, le pli fessier supérieur, le périnée, le pli rétro-auriculaire ou les petits plis des personnes maigres, dans l'aine, sous le sein. Ces dermatoses peuvent persister sous cette forme, sauf complications, durant des mois ou des années, sans autres ennuis que la couleur, un léger prurit et quelques poussées intermittentes.

b) La *seconde forme* est plus classique et plus fréquente. Elle peut survenir spontanément, ou bien à la suite de la précédente, à titre de complication, due à la macération chez les obèses, à l'infection chez les gens malpropres, ou au grattage chez les nerveux. Elle se présente avec les symptômes habituels de l'inflammation : rougeurs mal délimitées. prurit, infiltration, suintement, souvent aggravés d'une ou plusieurs fissures allongées, au fond du pli. Aux alentours apparaissent, plus ou moins nombreuses, et plus tards rattachées à la plaque centrale, des lésions eczémateuses, impétigineuses ou folliculaires, suivant la cause et la gravité des complications infectieuses, multiples la plupart du temps, comme le démontrent les cultures.

La macération est une conséquence fréquente : placards d'un blanc crémeux recouvrant un fond rouge vernissé, prurit, voire douleurs, collerette flottante à la périphérie assez mal délimitée. Plus particulière aux plis serrés (interdigitaux) ou soumis au passage d'exsudats irritants (inguinal chez la femme, fessier chez les hémorrhoïdaires) ou encore les plis rétro-auriculaires chez la femme, depuis l'usage des chapeaux étroits, enserrant la tête et les oreilles.

c) On pourrait énumérer d'*autres formes*, même primitives, dont on trouvera la liste dans le rapport de Petgès : forme kératosique, pityriasique, psoriasique, auxquelles on peut ajouter la forme vésico-pustuleuse (Favre), la forme dermitique (Dubreuilh et Joulia) .....mais elles sont rares.

Je m'en tiens aux deux premères formes décrites, suffisantes pour la précision des conseils thérapeutiques, objet essentiel de ce travail.

II. — Thérapeutique.

Je commence par le *traitement local*, parce qu'il est le plus important, et,presque toujours, le seul nécessaire, Les modalités en sont variables suivant les formes, pityriasiques ou fissuraires, et aussi suivant les complications. Il est bien entendu que les indications données n'ont que la valeur d'un thème général , sur lequel chaque praticien brodera d'infinies variations. Les formules qui suivent sont des moyennes, dans lesquelles on peut, et même on doit, modifier, suivant les cas, les proportions de substances actives et d'excipient. Il ne faut jamais s'hypnotiser sur une formule. A cet égard, je répéterai que les aides-mémoire thérapeutiques font autant de mal à la vraie médecine que les manuels d'art culinaire à la vraie cuisine. C'est le propre du spécialiste (car il faut bien, en somme, lui laisser quelque chose) de savoir discerner au simple examen d'une lésion quelle proportion de médicament, de poudre inerte et de corps gras, il mettra, dans une pommade par exemple. Et cette application exacte du remède au cas qui lui est soumis est la condition nécessaire du succès.

J'ajouterai que, dans cette sorte de dermatose, on peut considérer la tolérance aux médicaments antiparasitaires comme un signe de leur véritable origine. Ainsi que l'a dit Petgès, si vous avez pris un eczéma authentique pour une mycose, et que vous ordonniez les badigeons iodés, la lésion elle-même se révoltera contre votre diagnostic, sous forme de réaction suintante et inflammatoire. Dans ces cas, le traitement est la véritable pierre de touche du diagnostic. C'est une raison de plus pour surveiller les effets de votre ordonnance, pendant les premiers jours de l'application.

A) Traitement local.

Envisageons-le suivant les formes :

1° Forme pityriasique. — En général, ces placards peu prurigineux et peu irritables supportent bien, et sans préparation, les médications topiques. La meilleure est l'iode. On peut employer, la formule de Sabouraud :

Iode métalloïdique	1 gr.
Alcool à 90° (ou 80°)	100 gr.

soit une teinture d'iode plus ou moins allongée :

Teinture d'iode fraîche }	ââ 10 gr.
Alcool à 80° }	

par exemple.

Dans les cas très légers, où le prurit domine, avec le minimum d'infiltration, dans le voisinage d'un orifice muqueux (anus ou vulve) on peut diluer la teintûre d'iode au degré voulu, par exemple :

Teinture d'iode fraîche	5 gr.
Eau distillée	20 à 50 gr.

en commençant par les doses faibles. Le mélange se fait mal et il faut agiter chaque fois, mais l'expérience démontre que les résultats, au moins sur le prurit, sont souvent excellents.

Dans tous ces cas, on ordonne un badigeon quotidien, le soir, en variant les doses suivant la tolérance et les résultats. Arrêtez de suite les essais , s'il survient une irritation durable de la région, et calmer avec des compresses humides ou de la vaseline à l'oxyde de zinc.

Pas de savonnages, en dehors des bains recommandés pour la propreté.

Mais *certaines formes* sont *plus infiltrées*, plus sèches, avec un bourrelet périphérique plus marqué. Dans ces cas, il y a avantage à employer des pommades et à les faire alterner avec les badigeons. J'ordonne souvent un badigeon un soir et une onction le lendemain — ou bien deux onctions seulement par semaine. Quelles pommades peut-on employer ?

Les pommades aux acides salicylique et benzoïque à 1 p. 100 sont préconisées par l'école de Bordeaux. Je préfère les acides salicylique et chrysophanique (1 à 2 %), ou les spécialités que les contiennent. Le meilleur médicament me parait encore être le mélange goudron-soufre auquel j'ajoute le baume du Pérou, et du camphre, qui atténuent sans la heurter l'odeur empyreumatique du goudron, bien mieux que les essences aromatiques recommandées par les meilleurs auteurs. Voici un exemple de formule moyenne.

Huile de cade pure	2 à 5 gr.
Soufre précipité	1 à 2 gr.
Baume du Pérou	1 gr.
Camphre pulvérisé	0 gr. 50
Lanoline	āā 10 gr.
Vaseline	

à laquelle on peut ajouter un ou deux grammes d'oxyde de zinc, si la lésion est irritable ou en voie d'eczématisation.

Tapisser, le soir, le pli avec une couche mince de la pommade, puis la recouvrir d'un morceau de toile. Nettoyer le moins possible, ou même pas du tout, le lendemain. Eviter le savon. On alterne badigeons et onctions jusqu'à atténuation de la teinte et disparition des bords. Et l'on achève avec des badigeons de teinture d'iode. Une pigmentation anormale persiste très longtemps. Reprise à ce moment des soins habituels de propreté.

2° Formes inflammatoires et fissuraires en voie de macération. — Un travail d'assèchement préalable s'impose, avant l'application des topiques iodés, qui donnent dans ces cas des résultats rapides et merveilleux. Il est facile d'obtenir cet assèchement par l'application plus ou moins prolongée de compresses humides de coton hydrophile imbibées d'infusions astringentes (feuilles de noyer, camomille, sureau) ou d'eau blanche. Le plus souvent, quelques heures d'applications suffisent, et l'on peut commencer le soir même le badigeon d'alcool iodé. Dans les cas irritables, il sera prudent de diminuer la dose d'iode, que l'on augmentera par la suite ou d'employer les iodes hydratés.

D'autres fois, la région fortement suintante et macérée exige deux ou trois jours de préparation. Dans ces cas, maintenez les compresses le plus longtemps possible pendant le jour, et onctionner le soir avec un corps gras lavable à l'eau tiède, tel que le liniment oléo-calcaire ou un glycérolé d'amidon, qui sera gardé jusqu'au matin.

C'est par ces moyens que l'on obtient ainsi en huit jours la guérison de lésions qui persistaient depuis des mois malgré les pommades les plus antiseptiques, les dépuratifs les plus compliqués et les régimes les plus anémiants.

3° Formes compliquées. — Enfin l'on peut se trouver en présence de lésions compliquées par la malpropreté, le grattage, les microbes ou les agents thérapeutiques.

Plus encore que dans le cas précédent, ces infections nécessitent une toilette préalable : les compresses humides presque toujours, et les lavages à l'eau d'Alibour diluée, quand le streptocoque et le staphylocoque ont mis leur signature d'impétige ou de folliculites. Je rappelle que l'eau d'Alibour doit être allongée de trois ou quatre fois son poids d'eau et qu'elle doit être employée en lavage plutôt qu'en compresses. Enfin ordonnez des pâtes simples ou médicamenteuses (au goudron particulièrement) quand l'eczématisation domine. Pour ces derniers cas, j'insiste, comme je l'ai déjà fait souvent, sur la nécessité de laisser la pâte en place plusieurs jours, en la renouvelant matin et soir, *sans nettoyer* l'enduit qui reste de la veille. Quand les signes d'eczématisation disparaitront, on laissera peu à peu tomber la pâte, et l'on achèvera le traitement avec le badigeon iodé.

B) Traitement général et régime.

Dans son dernier ouvrage, sur les maladies exsudatives, qui comprend 276 pages, Sabouraud consacre exactement deux paragraphes, l'un de 24 lignes, l'autre de 15 lignes, au traitement général. Il conclut philosophiquement qu'il existe peut-être des prédispositions humorales. mais que nous les ignorons totalement et que nous ne pouvons , pour le moment, rien dire de plus.

Sous le double couvert de cet aveu et de cette autorité, j'ose avouer, moi aussi, que depuis vingt ans au moins, je raye systématiquement les traitements internes et les régimes sur toutes les ordonnances des intertrigos qui viennent me consulter. Ma raison était double : d'abord l'observation très nette que ces médications et ces régimes n'avaient aucune influence heureuse sur l'évolution de la maladie, et ensuite l'impossibilité non moins nette de découvrir la moindre affection digestive ou organique chez la plupart des sujets ainsi soumis aux dépuratifs iodés et aux régimes aqueux ou macaroniques. Les troubles digestifs arrivaient généralement à la suite des régimes, dans un délai plus ou moins long, suivant les résistances individuelles.

Il y avait une troisième raison : c'est que ces ordonnances étaient généralement rédigées sur un modèle stéréotypé qui indiquait le déclanchement d'une habitude, et non la résultante de l'examen du sujet.

Je ne prétends pas, en effet, que les intertrigos, et d'une façon plus générale, les porteurs de pyodermites, soient tous des modèles de santé. Il y a beaucoup de constipés, d'obèses, de sédentaires ou d'hépatiques. Qu'on profite de la circonstance pour leur donner les conseils nécessaires, rien de mieux Leur affection locale s'en trouvera bien, comme tout l'état général, mais qu'on ne compte pas trop sur l'arsenic ou sur l'iode en potion pour réépidermiser les lésions, même si on les donne en injections intra-musculaires. Et que l'on porte son attention sur le traitement local.

Il y a surtout des nerveux, des nerveux impatients, qui se grattent, qui veulent sans cesse changer de médication et qui écoutent tous les mauvais conseils. Ceux-là sont très longs à guérir, et puis ils finissent par agacer le médecin. Conseillez le changement d'air, qui sera en même temps un changement d'habitude, de milieu et d'entourage : la montagne, la mer ou la ville d'eau, en ayant bien soin de consulter au préalable leurs préférences personnelles. Vous aurez ainsi quelques beaux succès, que l'on ne vous attribuera pas toujours, mais dont, en conscience, vous pourrez vous glorifier.

Le traitement du prostatisme et des prostatiques,

Par M. le Dr F. CATHELIN,
Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

La question du prostatisme joue un rôle prépondérant à l'âge extrême de la vie. Un grand nombre de vieillards présentent en effet une hypertrophie plus ou moins marquée de la prostate et sans qu'on connaisse exactement la cause de cette formation adénomateuse tardive.

En raison de sa situation pelvienne au niveau du col vésical, cette glande, qui sans cela, n'apporterait aucune gêne ni aucun inconvénient dans le cours de l'existence, complique au contraire singulièrement la situation de ces grands vieillards, au point d'entraver la miction et de nous obliger par conséquent à intervenir pour le rétablissement de cette importante fonction.

D'un autre côté, les diverses modalités cliniques que présente cette néo-formation créent des types variés de prostatiques qui conduisent à des thérapeutiques différentes, de sorte que si, dans la grande majorité des cas, *hypertrophie de la prostate = prostatectomie*, il n'en reste pas moins que des variantes nombreuses créent autour de cette formule trop simpliste des thérapeutiques différentes qu'il importe au praticien de bien connaitre.

C'est l'étude des ces différents cas que nous voudrions schématiser ici en donnant un tableau d'ensemble élargi qui montrera aux non-initiés la difficulté du problème.

***

I. — Prostatiques congestifs.

On les rencontre chez des individus encore jeunes, porteurs d'une prostate molle, se sensibilisant aux moindres causes de congestion (froid aux pieds, aux reins et au périnée). Leur rétention primitive n'est le plus souvent que passagère et cède à un ou plusieurs sondages qui devront être faits avec le maximum de propreté chirurgicale si l'on veut éviter des ennuis d'autant plus sérieux que la muqueuse urétrale de ces malades, encore vierge, est facilement vulnérable. On se servira d'une simple sonde rouge de Nélaton, bien bouillie et on pourra faire un petit lavage nitraté au millième pour exciter la contractilité vésicale. C'est dans ces cas, ou quelques séances de rayons X prudemment appliqués pourront joindre leur action décongestionnante à celle de l'évacuation, *mais seulement dans ces cas*.

L'infection d'ordre exo-endogène est si fréquente que quelques auteurs ont même, et non sans raison, proposé de faire une ponction sus-pubienne qu'on répéterait si besoin.

II. — Prostatiques jeunes.

Il s'agit alors d'hommes de 45 à 55 ans, qui ne présentent encore que l'amorce d'un adénome, mais qui sont des candidats à la grosse hypertrophie franche. Là encore, le froid, les congestions, l'auto, la bicyclette, les voyages prolongés en chemin de fer sont des causes favorisantes de leur rétention. Un ou plusieurs sondages faits avec toutes les précautions voulues et suivis d'un lavage nitraté font tout rentrer dans l'ordre, surtout si l'on y adjoint la balnéation périnéale chaude, sous forme de petits bains de siège amidonnés, d'application de compresses humides chaudes au périnée la nuit et enfin de petits laevments chauds de 60 gr. à garder et légèrement laudanisés.

Mais ce qu'il ne faut plus faire, c'est de proposer à ces malades une prostatectomie *prophylactique*, sous prétexte que tôt ou tard, on sera obligé d'intervenir.

A notre avis, c'est une hérésie d'autant plus que l'énucléation d'un adénome bien constitué et volumineux est infiniment plus facile que celle d'un adénome en formation.

III. — Prostatiques classiques.

J'entends par là l'adénome de l'homme qui à dépassé 65 et 70 ans. La conduite à tenir diffère suivant qu'il s'agit d'une première rétention ou d'une rétention avec résidu. Dans le premier cas, et quand il ne s'agit que d'une hypertrophie des lobes latéraux et non du lobe médian — ce qu'il est très facile de déceler avec mon mensurateur intravésical de la prostate — on peut encore attendre, surtout si l'on a affaire à un malade pusillanime et quelques soins appropriés peuvent faire récupérer une miction normale. Il suffit de quelques sondages et de quelques lavages nitratés au millième.

Mais quand il y a rétention avec résidu, les choses changent, du fait que ce résidu est la condition la plus habituelle de l'infection.

Si le résidu est faible (60 gr. environ) et si le malade n'est pas infecté, on peut à la rigueur attendre, mais s'il est infecté, il faut opérer. De même si le résidu est plus important (de 100 gr. à 1 litre) il faut intervenir, qu'il soit infecté ou non, et surtout quand il coexiste des troubles intestinaux, pourvoyeurs de la multiplication des coli qui, tôt ou tard, migreront à travers les tuniques, et iront coloniser là où il y a à manger. Or, les mares stagnantes du bassinet ou de la vessie constituent un habitat favorable au développement du coli.

IV. — Prostatiques adénomateux géants.

Si dans la grande majorité des cas, les prostates adénomateuses que nous enlevons sont de volume moyen 60 à 100 gr., de la grosseur d'une mandarine-orange, il est quelquefois des formations énormes pouvant aller jusqu'à 300 et 500 grammes, constituant le *type géant* de l'adénome. Dans ces cas où le vessie est morphologiquement très déformée, il n'y a pas à hésiter : l'exérèse s'impose.

V. — Prostatiques adénomateux compliqués.

En dehors des formes communes dont nous venons de parler et où le toucher rectal montre une glande de volume moyen, lisse, rénitente, sans noyaux ni induration et dont le développement n'a pas encore atteint les branches osseuses ischio-pubiennes il existe *trois variétés* de prostatiques qui méritent une attention particulière, car ce sont ceux qu'il serait trop grave d'opérer d'emblée en une seule fois et qu'il faut opérer *en deux temps*, bien que cette méthode des deux temps manque d'élégance et est de plus en plus rejetée par les chirurgiens américains et germaniques. Ce sont :

1° *Les grands distendus* chez lesquels il ne faut jamais faire

de sondage et qui sont justiciables de la cystostomie sus-pubienne préalable ;

2º *Les grands infectés* avec état fébrile, urines très purulentes, odorantes et ammoniacales chez lesquels, il serait trop dangereux de créer une surface cruentée au contact d'une infection aussi septique ;

3º *Les grands azotémiques* dont le taux d'urée dans le sang dépasse 0 gr. 60, pouvant aller juqu'à un gramme et plus.

Dans ces deux derniers cas, il faut d'abord recourir à la sonde à demeure qui modère l'infection et décongestionne les reins puis faire une *cystostomie de dérivation* préalable.

VI. — Prostatiques calculeux.

Qu'il y ait de la rétention ou non, le plus sage est de recourir d'abord à la *lithotritie*, en une ou plusieurs séances.

Il s'agit là d'une technique simple, complètement anodine et qui a donné depuis plus de cent ans des succès trop beaux pour la laisser tomber dans l'oubli.

Elle ne présente qu'un inconvénient, c'est qu'il faut savoir la faire, car la technique de la lithotritie n'est plus familière aux jeunes et c'est une chose des plus regrettables car c'est une opération merveilleuse qui, comme disait mon maître Guyon, ne présente ni morbidité, ni mortalité.

En cas de récidives multiples, on pourra alors évidemment conseiller la prostatectomie, mais en prévenant bien les familles que l'exérèse sanglante ne constitue pas du tout, comme on l'a cru au début, une assurance contre les récidives de pierre. J'ai fait soutenir par mes élèves Cramer et Polychroniadès (de Salonique) des thèses à la Faculté de Paris où sont relatés de nombreux cas de prostatectomisés chez lesquels les calculs ont récidivé et ont ainsi obligé à faire de nouvelles lithotrities.

VII. — Prostatiques avec gros adénome rectal et mauvais état général.

Si, dans la grande majorité des cas, le prostatique même infecté présente une santé d'apparence parfaite, il en est d'autres qui sont profondément déprimés, intoxiqués avec un état général très déficient.

Il s'agit de malades le plus souvent très adipeux avec des poumons congestionnés, même azotémiques et dont les urines, purulentes, foncées et rares indiquent un état rénal alarmant. Or, une prostatectomie transvésicale tuerait à peu près sûrement ces malades. Ce qu'il faut leur faire c'est une *prostatectomie périnéale* qui, elle, est à peu près anodine, et sans danger, quand on est familiarisé avec l'anatomie de cette région, et surtout quand le malade est bien placé, en position sacrée inclinée, elle est relativement facile et a donné des succès. J'ai été peut-être le dernier à la défendre en France et si elle a, d'une façon générale, été abandonnée chez nous au profit de la sus-pubienne, cela tient aux soins minutieux qui suivent l'opération. C'est vraiment une technique de spécialistes. Elle peut sauver la vie à quelques prostatiques cardio-rénaux ou hépatico-pulmonaires et l'on comprend qu'elle reste encore en faveur en Suisse et en Amérique du Nord.

VIII. — Prostatiques avec développement d'un seul lobe médian.

Si en général, l'adénome prostatique frappe à la fois les deux lobes latéraux et le médian, il est des cas où seul ce dernier est en cause et j'ai dit plus haut comment on arrivait à suspecter et à affirmer sa présence à l'aide de mon mensurateur.

C'est même lui, à notre avis, qui joue le rôle capital dans le mécanisme et la rétention et de la miction ; c'est autour de lui que se joue presque toujours le *drame du prostatisme*.

Si, avec lui, les lobes latéraux sont également hypertrophiés, la sagesse commande d'enlever le tout, mais s'il existe seul, la prudence exige de ne s'attaquer qu'à lui en le détruisant d'une manière ou d'une autre ; on peut l'enlever chirurgicalement par énucléation ou par section au bistouri sous le contrôle de la vue, ou encore par le feu, avec le thermo et même à l'aide des courants de haute fréquence, d'après la technique d'Edwin Beer, soit en passant par le canal, soit par la voie transvésicale, cette dernière étant préférable parce qu'on voit mieux ce qu'on fait et que le procédé reste moins aveugle.

Mais ce qu'il ne faut pas faire, c'est de l'enlever avec le couteau électrique de Cushing qui ne donne qu'une fausse sécurité hémostatique.

Rappelons-nous les résultats décevants publiés à la Société de chirurgie par Lecène et par Lenormant qui ont signalé des hémorragies secondaires importantes survenues du 8e au 15e jour après application de ce procédé.

IX. — Prostatiques avec tumeur vésicale.

Un malade porteur d'une tumeur papillomateuse de la vessie peut aussi présenter un adénome prostatique, bien que ce mariage ne soit pas habituel.

Il s'agit le plus souvent d'un gros polype de vessie à pédicule péricervical permettant à la tumeur de se mobiliser et de venir, au cours d'une miction, s'engager dans le col, créant ainsi un type de rétention qu'on peut mettre sur le compte de la prostate.

Or, dans ces cas de ce qu'j'appelle *les faux prostatiques*, la cystoscopie *seule* permettra de lever les doutes.

Il faut alors enlever la tumeur par en haut et ne s'occuper que d'elle.

X. — Prostatiques carcinomateux ou épithéliomateux.

D'après la statistique de notre hôpital, nous arrivons comme fréquence à des chiffres sensiblement égaux, c'est-à-dire qu'à la consultation externe, nous voyons à peu près autant de prostatiques cancéreux que de prostatiques adénomateux.

Il faut donc bien les reconnaître et c'est le toucher rectal seul qui fait faire le diagnostic : on trouve une prostate moyenne comme volume, d'une dureté de fer ou d'ivoire et bourrée de noyaux durs assez gros, mais tantôt on peut reconnaître encore la forme arrondie de la glande et le doigt pénètre facilement dans les sillons prostato-pelviens ; d'autres fois, tout le petit bassin est pris, il y a une véritable cuirasse, allant d'un bord osseux à l'autre et remontant sous et derrière la vessie, jusqu'au péritoine.

Nous avons affaire dans le premier cas à la forme circonscrite, dans le deuxième, à la carcinose prostato-pelvienne de Guyon.

Cette dernière est un *noli me tangere* chirurgical.

Dans la première forme, on pourrait tenter l'exérèse, à la manière de Rochet, mais par la voie périnéale.

Ce qu'on peut enlever par la voie haute, ce sont les prostates adénomateuses avec *points de dégénérescence secondaire*.

Envisagé de cette façon, nous pouvons dire que nous nous entendons tous sur la signification qu'il faut donner à la *prostatectomie chez les cancéreux*.

***

Cette rapide étude de la conduite chirurgicale à tenir en présence des différentes éventualités que la clinique permet de rencontrer nous montre toute l'étendue du problème et nous suggère encore quelques réflexions intéressantes:

La première surprise est de voir que ce sont les prostates les plus grosses qui guérissent le mieux, même les *prostates enlevées par morcellement* ce que des adhérences plus ou moins fortes nous obligent à faire.

C'est ce qui explique la différence de temps nécessaire pour terminer l'opération dans les deux cas.

Il est des énucléations qui se font en quelques secondes, d'un tour de doigt ; il en est d'autres qui peuvent exiger une demi-heure, or, je le répète, ce sont souvent les plus petites qui sont les plus dures parce que plus scléreuses.

J'ai même remarqué que, dans l'exérèse en deux temps, toujours l'énucléation était plus pénible, d'autant plus qu'après ces dérivations de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, la glande régressait d'une façon quelquefois étonnante.

Mais il faut savoir que nous sommes bien armés (1) dans n'importe laquelle des éventualités qui se présentent ; c'est une question d'opportunité et de bon sens du côté du chirurgien, mais quand les indications sont très nettes, l'intervention reste simple et est suivie de bons résultats, et si, dans certaines mains, la mortalité reste élevée, cela tient à ce que les indications n'ont pas été assez nettement recherchées.

Quoi qu'il en soit, donnons comme règles immuables présidant à la technique : 1° l'absence d'anesthésie générale dans la plupart des cas ; 2° l'utilisation de l'anesthésie rectale, d'après la technique que j'ai donnée ; 3° l'absence de lavage ; 4° l'absence de tamponnement qui fait tant souffrir les malades et ne sert à rien.

Enfin, pour la bonne marche post-opératoire, rappelons, que tout dépend du mode d'amorçage. On le faisait à tort au début à la limite des deux muqueuses urétrale et vésicale, ce qui pouvait être cause d'hémorragie : le mieux est de faire l'effraction de la muqueuse à l'aide des grands ciseaux courbes à hystérectomie, au point le plus saillant d'un des lobes latéraux, *dans l'urètre prostatique*, en contournant d'abord sur les côtés et en arrière puis en désenclavant à la fois la partie antérieure périurétrale des deux lobes sans traction brutale, afin de ne pas déchirer l'urètre membraneux, qui reste le vrai sphincter vésical et dont la meurtrissure pourrait amener un léger degré d'incontinence.

Azotémie et diphtérie maligne,

Par **Joseph CHALIER**,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
MÉDECIN DES HOPITAUX DE LYON.

Azotémie et diphtérie maligne, voilà deux termes dont l'association, au premier abord, ne peut manquer de surprendre. Jamais elle n'a fait l'objet de discussions, ni même de recherches de la part des classiques. La plupart des traités, même contemporains, sont muets à cet égard.

Dans leur article remarquable sur la diphtérie, dans le nouveau Traité de médecine, Aviragnet, Weill-Hallé et P.-L. Marie décrivent les lésions rénales, analysent les modifications du taux des urines, signalent les modalités diverses et d'importance variable de l'albuminurie, et de la cylindrurie, notent la rareté des œdèmes, et pour ce qui a trait au sujet de ce travail se bornent à écrire : « l'absence presque constante du syndrome urémique est également très caractéristique. La conservation de la perméabilité rénale dans la diphtérie, mise en évidence par R. Labbé, pourrait l'expliquer. »

I. *Il y a cependant une question de l'azotémie diphtérique.* Je l'ai posée depuis plusieurs années déjà dans la thèse de mon élève Mollon (2), dans toute une série de publications avec mes élèves Brochier, Chaix, Grandmaison (3), et c'est tout particulièrement avec Brochier (4), dont la thèse renferme 41 observations personnelles, que j'ai cherché à établir la fréquence de l'azotémie dans la diphtérie maligne, sa gravité particulière, son importance de tout premier ordre dans le pronostic et dans la traduction clinique du syndrome d'intoxication maligne.

Dans un mouvement médical paru dans la *Presse médicale*, Ravina a bien voulu rappeler de façon très claire et suffisamment détaillée l'essentiel de nos recherches.

On aurait pu s'attendre, de la part des médecins titulaires des services de diphtérie, à des investigations diverses destinées à contrôler nos travaux. A la vérité, le silence a été presque complet. Le Professeur Cruchet, auquel on doit l'individualisation de l'encéphalomyélite épidémique, a communiqué avec ses élèves, à une société médicale de Bordeaux, une observation venant à l'appui de notre opinion.

Lereboullet et Boulanger-Pilet ont fait paraître récemment un excellent Manuel clinique et thérapeutique de la diphtérie (chez Baillière 1928). A propos de l'anatomie pathologique, ils signalent et adoptent, semble-t-il, nos notations histologiques concernant les altérations rénales (p. 68). Au point de vue clinique (p. 132 et 133) ils résument nos recherches, et ajoutent : « Personnellement, il ne nous semble pas que l'insuffisance rénale soit si fréquente, ni si importante. Dans une étude récente sur la glycémie, faite dans notre service par M. Pierrot, et portant sur 29 cas, les dosages d'urée sanguine (faits conjointement avec ceux du sucre sanguin) n'ont pas révélé une semblable fréquence de l'azotémie. Dans dix observations d'angines communes, le taux de l'azotémie s'est montré constamment normal. Sur 19 enfants atteints d'angine maligne, une seule fois, chez un sujet de 4 ans mort de diphtérie à forme hémorragique, l'azotémie atteignait 1 gr. 15. Dans deux autres cas, avec albuminurie massive, les chiffres de 0.60 et 0.90 furent notés, sans que l'évolution fût fatale. Dans toutes les autres diphtéries malignes, le taux de l'urée sanguine était sensi-

(1) F. CATHELIN. — Travaux annuels de l'Hôpital d'Urologie. Huit séries, chez Baillière.

(2) MOLLON. — Etude des complications rénales au cours de la diphtérie. Thèse Lyon, 1924-1925, n° 115.

(3) J. CHALIER, BROCHIER, CHAIX et GRANDMAISON. — Contribution à l'étude du rôle des reins et des surrénales dans la malignité diphtérique. *Journal de médecine de Lyon*, 5 janvier 1927.

J. CHALIER et BROCHIER. — L'azotémie des diphtéries malignes. Fréquence et valeur pronostique. *Lyon médical*, 11 septembre 1927.

J. CHALIER et BROCHIER. — Evolution clinique de l'angine diphtérique maligne. *Paris médical*, 8 oct. 1927.

J. CHALIER et BROCHIER. — L'angine diphtérique maligne. Symptômes. Evolution. Pronostic. Traitement. *Clinique et Laboratoire*, 20 avril 1928.

(4) A. BROCHIER. — L'angine diphtérique maligne. Etude clinique et pronostique. Thèse Lyon 1926-27, n° 66.

blement normal ; il en était même ainsi dans un cas avec albuminurie massive et dans plusieurs cas de diphtérie hypertoxique mortelle. Sans doute, le rein joue un rôle dont témoigne l'albuminurie massive, mais il n'est, à notre avis, que rarement le principal facteur des accidents observés et de nouvelles recherches semblent nécessaires avant d'admettre toutes les conclusions récentes de Chalier et Brochier. »

J'ai tenu à faire cette citation au complet. Elle comporte, vis-à-vis de mon point de vue, des réserves assez grandes. Mais il en résulte toutefois que le facteur rénal de l'intoxication diphtérique maligne, totalement méconnu jusqu'à mes recherches, ne saurait plus désormais rester dans l'ombre. Il y a, dans la fréquence de l'azotémie, d'assez grandes différences entre les statistiques de Lereboullet et les miennes ; désormais toutefois on devra s'enquérir de sa présence et de son degré. Qu'il y ait, comme le dit Lereboullet, des diphtéries hypertoxiques mortelles sans azotémie, je n'en disconviens pas et dans toutes mes publications j'ai pris soin de le dire et de faire remarquer que l'intoxication diphtérique est un complexe, mais où il faut savoir démêler la participation fréquente et souvent prédominante du rein, avec la signature clinique de l'azotémie.

II. Souhaitant que les observations d'autres médecins spécialisés confirment aussi l'existence de cette azotémie diphtérique, je voudrais maintenant rappeler les points essentiels de la question.

L'observation initiale, qui nous apporta la lumière, date de 1925 (v. la thèse de Mollon). Il s'agissait d'un adolescent de quinze ans entré dans mon service le 23 mars 1925. Malade depuis cinq jours, il offre tous les signes locaux de l'angine maligne et un très gros disque d'albumine. L'anurie devient à peu près complète le 25 mars (20 c.c.) et le malade se plaint de vives douleurs lombaires. A la suite de ventouses scarifiées, on obtient le lendemain une diurèse meilleure (un demi-litre), toutefois il y a dix-huit grammes d'albumine par litre. L'élimination des chlorures (19 ‰) et de l'urée (41 ‰) est satisfaisante. Mais il y a de l'asthénie et de la somnolence et ces symptômes évoquant à notre esprit certains traits de l'azotémie décrite par Widal, nous faisons doser l'urée dans le sang ; elle s'élevait à 2 gr. 61 ‰. Avec un taux semblable d'urine le lendemain, l'urée sanguine s'élève à 3 gr. 40 ; le 28 mars elle est à 3 gr. 70 malgré que le volume des urines ait passé à 1.500 cc. Une amélioration passagère semble se dessiner : l'albuminurie, rétrocède (1 gr. 50), l'urée sanguine baisse à 2 gr. 20 mais à partir du 31 mars, des vomissements surviennent, une pâleur plus nette s'accuse, la somnolence, l'anorexie et l'apathie sont notables. La tension artérielle est basse, l'urée sanguine descend à 1 gr. 36 et ce sujet qui depuis dix jours n'a plus aucune alimentation azotée (il est traité par du sérum glucosé, absorbe de l'eau lactosée, de la gelée de fruits et du beurre), meurt subitement le 5 avril. Or, l'autopsie dénote l'intégrité du cœur et révèle au contraire des altérations rénales marquées et un hématome au niveau d'une surrénale.

On trouvera dans la thèse de Brochier de nombreuses observations offrant avec celle-ci d'étroites ressemblances.

Depuis j'ai eu l'occasion de vérifier à maintes reprises l'existence et la valeur pronostique de l'azotémie dans la diphtérie maligne. Je citerai, à titre de nouvel exemple, le cas suivant :

Gr. Louise, âgée de 9 ans, entre dans le service le 9 mai 1928. Elle est malade depuis huit jours. Le début s'est fait par un coryza d'apparence banal, mais bientôt suivi de douleurs de gorge et d'une adénite légère.

A l'entrée, elle est pâle, prostrée ; et la bouche entr'ouverte laisse exhaler une haleine repoussante ; le coryza persiste. Des fausses membranes grises, épaisses, recouvrent les amygdales, le fond du pharynx et encapuchonnent la luette. Le cou offre l'aspect proconsulaire. L'enfant a vomi dès l'entrée, elle souffre du ventre ; le foie est gros. La tension artérielle est de 16 /5. Les urines offrent un disque moyen d'albumine et de nombreux cylindres épithéliaux et granuleux. L'état général est mauvais L'urée sanguine est à 0.56.

La température, de 40°2 à l'entrée, descend en 3 jours à 37°, elle s'abaissera davantage encore pour être hypothermique (36°5 à 36°2 en moyenne et rarement 35°8) jusqu'à la mort, le 23 mai.

Parallèlement on notera un abaissement de pression à 100 /65, 85 /60.

Le 15 *mai* on note : depuis l'entrée, l'enfant a vomi plusieurs fois, mais hier davantage encore, et elle s'est plaint de douleurs abdominales vives avec de faux besoins d'aller à la selle. Elle est somnolente. La pâleur n'a pas augmenté. La tension baisse. Le cœur est régulier, avec une prolongation du premier bruit ; la pointe est dans le 5e espace sur la ligne mamelonnaire. Le foie dépasse le rebord costal de deux travers de doigt, il est un peu douloureux à la pression, le ventre est un peu excavé et les yeux sont un peu cernés. L'enfant boit peu, et les urines sont peu abondantes. Des ecchymoses se produisent au niveau des piqûres. L'asthénie est complète. La gorge est dépouillée de ses fausses membranes ; il n'existe plus qu'un léger exsudat grisâtre. L'urée sanguine s'est élevée à 3 gr. 03.

21 *mai* : L'enfant baisse progressivement, la langue est sèche, rôtie, l'anorexie complète, l'amaigrissement très accusé, l'asthénie absolue, le pouls presque imperceptible, les extrémités froides, un peu violacées ; les yeux s'excavent ; le ventre est rétracté, il y a des vomissements, des douleurs abdominales ; les urines sont rares (300 cc.), malgré les injections de sérum glucosé (300 cc.), et très albumineuses (3,20), avec cylindrurie ; le coefficient de Maillard est de 20.

L'enfant meurt le 24 mai. A l'autopsie, les reins offrent une décoloration de la corticale et un aspect lilas du pourtour des pyramides. L'aspect des surrénales est normal. Il en est de même du cœur qui garde sa coloration et sa fermeté habituelles, sans dilatation des cavités et ne renferme que des caillots agoniques. Le foie présente plusieurs zones d'aspect jaune chamois, il n'a aucunement l'aspect d'un foie cardiaque.

III. Il existe un syndrome urinaire qui ne manque jamais dans l'azotémie diphtérique, mais il peut exister en l'absence de toute azotémie, aussi n'y a t-il pas lieu de le décrire en détail.

La *diurèse* est souvent, mais non toujours diminuée ; en tout cas l'oligurie, quand elle est notée, n'est pas due à la défaillance cardiaque mais dépend du rein comme le démontre la coexistence de la cylindrurie ; ce ne sont pas les toni-cardiaques qui la font disparaitre, mais au contraire la diète hydrique, les ventouses scarifiées dans la région lombaire, les injections de sérum glucosé.

L'*albuminurie* est constante. Contrairement à l'opinion classique, on ne peut se baser sur son taux pour formuler un pronostic.

Ce qui importe le plus, au point de vue urinaire, c'est la mise en évidence des *cylindres*. Une cylindrurie granulo-épithéliale marquée est un stigmate précieux et certain de néphrite diphtérique.

Oligurie, albuminurie, cylindrurie, sont réunies dans des cas où l'azotémie manque, mais habituellement leur association, surtout quand la cylindrurie est prononcée, s'observe en même temps que le syndrome azotémique et doit conduire à la recherche de l'azotémie.

IV. *Syndrome azotémique*. Signe capital pour le diagnostic de néphrite diphtérique, l'azotémie a été l'objet de nos recherches systématiques, pour la plupart poursuivies en collaboration avec notre élève et ami Brochier. *Cette azotémie si souvent constatée par nous établit la fréquence de la néprite diphtérique, méconnue jusqu'à nos travaux.*

Dans la thèse de Brochier est rapportée la totalité de nos observations pendant une période de dix-huit mois. Sur

42 cas d'angine diphtérique maligne, il en est 22 où le dosage de l'urée dans le sang put être pratiqué ; sur ces 22 cas, 9 fois l'urée était augmentée, c'est-à-dire à un taux supérieur à 0.50 par litre ; la mort survint huit fois sur ces neuf cas ; un seul où l'urée atteignit 0.81 guérit. Au contraire, dans les 13 cas où l'urée sanguine était en quantité normale, il y eut 8 guérisons et 5 morts (morts dues : une fois à une diphtérie trachéo-bronchique, deux fois à une paralysie ascendante ou généralisée, une fois à une syncope, une autre fois de nature indéterminée).

A l'occasion d'un travail ultérieur (1), mon interne M. Rousset releva dans ma statistique vingt-deux cas nouveaux de diphtérie maligne. Dans 13 d'entre eux le dosage de l'urée put être fait ; 8 fois le taux dépassa 0.50 et il y eut 6 décès ; 5 fois il fut inférieur à 0.50 et il y eut 2 morts dont l'une par diphtérie trachéo-bronchique.

Depuis, nombreuses sont les observations, dont je n'ai pu faire un relevé exact, qui cadrent avec les données précédentes et me permettent de maintenir cette conclusion que l'*azotémie est une manifestation fréquente de l'intoxication diphtérique maligne.*

Cliniquement, les symptômes relevés ne diffèrent pas de ceux que Widal a si bien groupés dans le syndrome azotémique des néphrites chroniques.

Au premier plan figurent les *troubles digestifs. L'inappétence*, qu'il faut ne pas confondre avec la dysphagie, va souvent jusqu'à l'anorexie absolue. Le *vomissement* est de notation habituelle ; il peut être unique, seule manifestation des dernières minutes ou des dernières heures de la vie; plus souvent il se répète pendant trois ou quatre jours, alimentaire, muqueux ou bilieux, devenant incoercible. L'*amaigrissement* est en partie la résultante des manifestations ci-dessus mentionnées, mais il est surtout en rapport avec une véritable autophagie.

Parmi les *manifestations nerveuses*, l'une des plus caractéristiques est la *somnolence* de ces enfants, parfois simplement assoupis, parfois envahis par une torpeur plus ou moins profonde, entrecoupée par des velléités d'efforts impuissants vers un objet ou vers la lumière. Il est possible d'observer des *crises convulsives*, de pronostic immédiatement très sévère. On remarque plutôt une *agitation* particulièrement étonnante chez des enfants jusque-là somnolents ; elle précède en général la mort de peu et s'accompagne assez volontiers de délire.

Il existe parfois de l'irrégularité respiratoire se rapprochant plus ou moins du rythme de Cheynes-Stockes.

V. — *L'azotémie possède une valeur considérable au point de vue du pronostic de la diphtérie maligne.*

Avec Brochier, nous avons soutenu qu'une azotémie élevée dépassant 0,90 à 1 gramme entraînait toujours un pronostic fatal, et c'est à titre exceptionnel que nous admettons la possibilité de la guérison dès que le taux de l'urée dépassait cinquante centigrammes. Peut-être avons-nous énoncé cette loi avec un peu trop de rigueur, mais une règle n'enferme jamais — du moins en médecine — la totalité des faits ; il y a des exceptions à la règle ; nous ne les nions pas ; et depuis j'en ai signalé des exemples. Mais d'une façon générale l'aphorisme plus haut cité reste exact. C'est dire que le clinicien aura le plus grand intérêt à faire pratiquer la recherche de l'azotémie qui lui fournira l'un des éléments les plus valables pour le pronostic de la diphtérie maligne.

Il convient toutefois de bien s'entendre. Il est des diphtéries malignes curables, il en est de mortelles. Les curables, à de rares exceptions près, ne comportent jamais d'azotémie élevée.

Quant aux diphtéries malignes mortelles, il en est où l'azotémie n'est pas en cause, étant restée, durant toute l'évolution de la maladie, inférieure à 0 gr. 50. On sait l'importance qu'il convient d'attribuer à l'intoxication bulbaire, à l'insuffisance surrénale, à la défaillance cardiaque, sans parler des complications respiratoires, non plus que des manifestations hépatiques.

Sous l'impulsion de Marfan, qui a donné une description justement classique du syndrome malin secondaire de la diphtérie, on a eu une tendance excessive à incriminer le cœur. En fait, bien plus souvent le rein est en cause, et il n'est pas difficile de reconnaître dans ce syndrome les principaux éléments du syndrome azotémique, auquel s'associent une cylindrurie marquée et de l'albuminurie plus ou moins prononcée. Nous tenons que *le rein est beaucoup plus souvent en cause que le cœur.*

Voici en quelques mots, comment les choses se passent.

Dans un premier groupe de faits, à évolution lente, l'angine, qu'elle ait été initialement maligne ou au contraire banale, a paru jugulée par la thérapeutique ; la situation s'est très améliorée, mais les seuls signes inquiétants sont la persistance d'une albuminurie légère, et la pâleur du visage. Vers le quinzième ou vingtième jour survient une paralysie du voile. Si la persistance de l'albuminurie conduit à la recherche de l'urée sanguine, on la note à un taux supérieur à un gramme. Dans les jours qui suivent évolue un syndrome tardif de néphrite qui se termine par la mort avec une augmentation progressive de l'azotémie.

Dans un deuxième groupe de faits à évolution aiguë vers la mort, celle-ci relève selon les cas soit d'une extension laryngo-bronchique soit de l'évolution d'une forme hémorragique, soit d'une insuffisance cardiaque ou surrénale, soit enfin de la progression inéluctable d'un syndrome azotémique mortel.

Dans cette dernière éventualité l'examen clinique, pas plus que les constatations anatomiques, ne permettent d'invoquer, dans la genèse de la mort, aucune autre manifestation de la toxi-infection que les manifestations rénales, ou bien permettent de leur assigner, sans conteste, le premier rang. La période d'état de la maladie n'est pas arrivée à son déclin ; même avec une amélioration locale on reste frappé de l'intense pâleur du sujet, de la reproduction ou de l'apparition d'hémorragies ; l'albuminurie est forte et coïncide d'ordinaire avec une cylindrurie notable granulo-épithéliale. Si l'on fait en pleine période d'état le dosage de l'urée sanguine on note que la rétention uréique atteint ou dépasse un gramme, et bientôt la céphalée, les vomissements précoces et incoercibles pendant plusieurs jours, entrecoupant un état de somnolence sont la signature clinique de cette azotémie. L'oligurie s'affirme, la tachycardie, l'irrégularité du pouls, des extrasystoles, un bruit de galop gauche peuvent compléter les données de l'examen, puis l'enfant sort de sa torpeur, s'agite, présente ou non quelques crises convulsives et meurt comme un urémique comateux. L'évolution totale de la maladie ne dépasse pas douze jours et le sujet s'effondre dans un syndrome azotémique mortel.

Ainsi donc l'azotémie des diphtéries malignes nous apparaît non seulement comme un phénomène important du fait de sa fréquence, mais encore du fait de son pronostic.

Sans doute, et nous l'avons toujours soutenu, *l'intoxication diphtérique mortelle est presque toujours un complexe du fait de l'atteinte polyviscérale.* Mais ce que nous tenons à affirmer, avec les faits pour base, c'est que *le facteur rénal joue dans ce complexe un rôle de premier plan. Sans nier le*

(1) J. Chalier. — Les manifestations rénales de la diphtérie maligne. *La Science médicale pratique*, 15 juillet 1928, p. 296.

rôle de la myocardite, nous croyons que la sidération viscérale atteint deux organes avec électivité : le rein et la surrénale. Selon les cas, automatiquement et cliniquement, les perturbations d'origine rénale ou au contraire surrénale, prennent la tête, et c'est la raison pour laquelle il n'existe pas le plus souvent un syndrome absolument pur, exclusif, de défaillance rénale. C'est la raison pour laquelle de tels faits ont échappé à nos devanciers. Et, somme toute, c'est dans un complexe qu'il faut savoir démêler, parfois avec facilité, d'autres fois avec plus de difficultés, l'insuffisance du rein, qui apparaîtra toujours nette à qui veut et sait la chercher, et que signera au maximum la notation de l'azotémie.

Etat actuel du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire,

Par **Marcel CHATON,**

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON,
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE.

En présence d'une lésion tuberculeuse de l'organisme, le chirurgien dispose de deux modes généraux de traitement : la destruction ou l'extirpation du foyer (résection) et la mise au repos de l'organe qui en est le siège (immobilisation). Ce sont ces mêmes moyens d'action que nous retrouvons à propos de la tuberculose pulmonaire.

Les premiers sont des procédés directs. Ils ont été peu étudiés. Ils ont des suites graves. On n'en peut attendre que peu de chose à l'heure actuelle. Nous serons très bref à leur égard.

Les seconds, au contraire, procédés indirects,ont été l'objet de multiples travaux ces années dernières, tant à l'étranger, en Allemagne, surtout, et en Amérique, qu'en France. Chez nous, froidement accueillis à Paris, où nous n'avons guère à noter que les noms de Lardennois, Proust et Maurer, Baumgartner, Pierre Duval. C'est à Lyon qu'ils ont été principalement étudiés et expérimentés et à Lyon même, le nom du professeur BÉRARD doit être particulièrement retenu. C'est à lui, en collaboration avec le Dr DUMAREST, d'Hauteville, et aux travaux de ses élèves de quelques-uns de ses collègues (Santy) que nous devons le meilleur de nos acquisitions, relatives à la thérapeutique que nous étudions.

Notre expérience personnelle ne reposant que sur trois thoracectomies réalisées en 1925 par la méthode Brauer-Friedrich et depuis, sur une quinzaine de phrénicectomies, notre expérience personnelle étant des plus restreinte, c'est surtout un travail de critique que nous présenterons.

Opérations directes.

Nous ne parlerons pas des injections modificatrices et des plombages qui n'ont été que des traitements dangereux et vite abandonnés.

La pneumotomie, l'ouverture du poumon, a été utilisée dans le traitement de certaines cavernes secondairement infectées. Elle n'a donné, jusqu'ici, que des déboires. Elle aussi est abandonnée, car elle n'aboutissait qu'à des échecs. Les dangers d'inoculation de la plèvre sont grands et elle laisse subsister la membrane de la poche, active et tuberculogène. Cependant, sa conception est logique car elle combat l'infection secondaire.

Tout autre est l'opération qui consiste à enlever la portion malade du poumon la pneumectomie. Elle a été tentée dans la tuberculose, pour la première fois, par RUGGI, de Bologne, en 1882 et nous devons rappeler, ici, qu'en 1891, le Dr TUFFIER lui dut un beau succès chez un sujet de 21 ans, auquel il enleva un sommet pulmonaire. Cette pneumectomie peut être d'importance variable, ne porter que sur un segment de poumon, s'étendre à tout un lobe (lobectomie). Des pneumectomies totales ont même été tentées, en matière de cancer, il est vrai. Mais, il est concevable qu'elles seraient applicables à la tuberculose. C'est une chirurgie encore tout à fait l'étude, très peu expérimentée. Mais, c'est la seule chirurgie du poumon à prétention radicale et curative. Si, un jour, les cliniciens aidés de procédés d'exploration radiologiques perfectionnés arrivent à déterminer par exemple, dans la tuberculose par inhalation, le siège exacte d'un chancre d'inoculation, elle pourrait devenir le procédé thérapeutique d'élection.

Méthodes indirectes.

Mais, nous avons hâte de quitter ces domaines hypothétiques pour en arriver à l'étude des méthodes indirectes, qui, elles, ont été particulièrement et largement étudiées et au sujet desquelles, on peut avoir dès maintenant quelques opinions positives.

Nous ne citerons que pour mémoire les tentatives d'ALVAREZ qui, pour obtenir une congestion pulmonaire artificielle a conseillé la section de filets sympathiques des 2e, 3e et 4e racines dorsales ; la ligature de branches importantes de l'artère pulmonaire de Sauerbruck ; la ligature de la bronche du côté malade de Wulstein.

Les méthodes indirectes en cours n'attaquent pas le front de la lésion. Elles ont pour objet de gêner le développement du bacille de Koch en restreignant la respiration et aussi, et c'est l'avis de Dumarest, par le repos, de s'opposer à l'apport de poussières et de microbes étrangers.

On peut exercer une action sur le poumon en ce sens, soit en détruisant le vide pleural, soit en mobilisant la plèvre pariétale, ou la cage thoracique rigide en lui permettant de s'affaisser au contact du poumon.

A) Destruction du vide pleural.

Des faits cliniques anciens furent précurseurs. Et, à ce point de vue, il n'est pas sans intérêts de rappeler que dès 1837, WOILLEZ signalait l'influence heureuse du pneumothorax spontané dans certains cas de tuberculose aiguë. Puis, de nombreux faits thérapeutiques contemporains montrent les effets favorables de la méthode. Dans le traitement de la tuberculose, elle a pris la meilleure place. Réalisable à l'aide d'un acte de petite chirurgie, une simple ponction, bien qu'elle soit devenue du domaine purement médical, nous devons la signaler ici, car sur elle repose le principe directeur de toute la méthode indirecte.

A l'heure actuelle, on ne saurait aborder, même l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose, sans prononcer et mettre en première place le nom de l'auteur de la *collapsthérapie* pulmonaire, de Forlanini, de Padoue, qui, dès 1882, la proposa et l'appliqua au traitement de la tuberculose. Détruire le vide pleural par ponction et le remplacer par un certain volume d'un gaz quelconque, c'est faire un pneumothorax à la Forlanini. Ces deux termes sont synonymes. Dans a suite, cette méthode subit des variantes et elle en subira encore, quant à la nature des subsances introduites dans la plèvre, gaz ou liquide. Une de ces modifications intéressantes a été le remplacement de gaz, résorbable trop facilement, par des liquides moins résorbables (huile oléo-thorax)

Mais, dans certaines circonstances, cependant, dans l'application même de la méthode de Forlanini, le chirurgien peut être appelé à apporter son concours au médecin. Initialement, un pneumothorax peut n'être pas réalisable, par

suite de la présence de quelques adhérences pleurales d'origine pathologique ; à un certain moment du traitement, il peut ne plus l'être en raison d'adhérences qui seront survenues dans ses suites. Ce sont ces alternatives chirurgicales que nous voulons envisager.

Il y a trois manières de détruire ces adhérences, de pratiquer une *pneumolyse* :

a) **Pneumolyse** : On peut la pratiquer, soit *de visu* à l'aide d'une pleurotomie large, soit sous contrôle radioscopique après courte pleurotomie et à l'aide d'un petit ténotome (méthode de Morriston Davies), soit avec une anse électrique, sous contrôle endoscopique d'un thoracoscope (méthode de Jacoboeus).

En insufflant de suite après ces opérations un gaz dans la plèvre, on peut repartir pour une série de pneumothorax.

Nous allons aborder, maintenant, deux autres modes de traitement essentiellement et purement chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire : la mobilisation de la plèvre (la pleurolyse) et la mobilisation de la paroi thoracique (la thoracoplastie).

b) **Pleurolyse** : La pleurolyse qui réalise le décollement de la plèvre pariétale en passant dans la région du fascia endothoracique, peut être pratiquée à tout niveau, dans toute zone où la plèvre viscérale est devenue adhérente à la plèvre pariétale et par conséquent incapable d'obéir à une insufflation pleurale à la Forlanini. On l'a appliquée aussi au traitement de cavernes en pratiquant la mobilisation à leur niveau.

La conception de cette chirurgie revient à Tuffier qui, pour la première fois, en 1892, l'utilisa pour le traitement de la tuberculose du poumon, en réalisant la mobilisation de la plèvre du sommet, l'apicolyse. L'apicolyse, en particulier, a été dans la suite répétée par divers chirurgiens. Pour maintenir les effets de la mobilisation pleurale, Tuffier comblait la cavité entre la séreuse et la paroi, à l'aide d'une greffe graisseuse prélevée sur le sujet. D'autres chirurgiens, avec les résultats douteux, ont modifié ce procédé de comblement. On a, tour à tour, pratiqué le tamponnement avec des mèches de gaze, disposé des ballons en caoutchouc, coulé de la paraffine, essayé des greffes musculaires (Archibald, morceau du grand pectoral), certains ont même réalisé des anastomoses musculaires avec l'espoir de leur voir jouer un rôle actif par leur contraction.

B) Thoracoplastie extra-pleurale.

C'est la grande méthode chirurgicale, susceptible des indications les plus larges, la rivale ou plutôt l'émule du pneumothorax à laquelle nous serons maintes fois amené à la comparer dans l'étude des indications avant de l'envisager dans ses variantes, ses effets et ses résultats.

Il est classique de rappeler que la première thoracectomie pour tuberculose fut pratiquée en 1885, par le Suisse roman de Cérenville.

a) **Indications générales de la thoracectomie.** — Nous n'envisagerons, ici, que la grande thoracectomie, celle qui est comparable dans ses effets au pneumothorax à la Forlanini. Elle peut l'être à deux points de vue principaux : 1° dans les cas d'échec ou d'insuffisance du pneumothorax ; 2° elle paraît dans certains cas présenter quelques indications électives.

Tout d'abord, notons un premier fait :

Son action est moins complète que celle du pneumothorax. Guillemenet et Madinier, à juste titre, la qualifient « d'équivalent inférieur du pneumothorax » et Brauer a constaté lui-même que la plus large thoracectomie ne donne une réduction de capacité pleurale que d'un tiers de celle qui est obtenue par le pneumothorax. Etant donné de plus son caractère particulièrement traumatisant, et la crainte que nous avons de voir un acte chirurgical transformer de tels malades en bacillémiques exposés aux localisations séreuses et viscérales les plus redoutables, en principe, elle doit céder le pas à la simple piqûre du Forlanini. Dans des conditions pleuro-pulmonaires normales, il n'est pas un chirurgin qui songerait, à l'heure actuelle, à proposer d'emblée une thoracoplastie à un tuberculeux.

Mais il est précisément des cas dans lesquels initialement, par suite d'adhérences, les deux plèvres ne se décollent pas, et où le médecin est dans l'impossibilité d'introduire entre elles le coussin d'air compresseur de la collapsothérapie : d'autres où secondairement, la répétition du Forlanini s'est accompagnée de la formation d'adhérences qui, à un certain moment, rendent l'insufflation impossible : d'autres encore, où le gaz injecté se résorbe avec une rapidité excessive ; d'autres enfin, et ce sont les cas types tout indiqués, mûrs en quelque sorte, pour la thoracoplastie où la répétition du pneumothorax a développé de la pachypleurite adhésive à tendance rétractile, dont la thoracoplastie devient alors le complément logique et indispensable. « Du pneumothorax à la thoracplastie, a dit Dumarest, il n'y a qu'un pas, l'un conduit fatalement à l'autre ». Telles sont les principales indications secondaires de la thoracoplastie.

Mais la thoracoplastie comporte aussi quelques indications propres. Nous ne retiendrons pas cette raison non médicale que dans certaines conditions sociales pour les malades de la campagne, par exemple, la thoracoplastie qui ne nécessite qu'une seule insufflation est plus pratique. Sa gravité plus grande condamne la thoracectomie d'emblée, et d'autre part, la pratique du Forlanini s'étend d'une manière remarquable, en dehors des centres. Il est, par contre, un type anatomo-pathologique de tuberculose pulmonaire auquel convient spécialement la thoracoplastie, c'est la tuberculose à évolution fibreuse scléro-cicatricielle. Elle est décelable cliniquement par l'aspect du thorax qui tend à se rétrécir au voisinage de la lésion pour aboutir dans les cas types au « rétrécissement de poitrine « décrit par Laennec, et radioscopiquement par l'existence d'ombres nettes bien différentes des ombres estompées de la tuberculose ulcéro-caséeuse.

Enfin, on devra se souvenir que Sauerbruck contre les hémoptysies graves survenant dans les formes fibreuses a conseillé la thoracoplastie.

b) **Contre-indications de la thoracoplastie.** — Connexe du précédent point de vue, est celui des contre-indications que nous ne ferons qu'effleurer.

Tout d'abord, on doit avoir bien présent à l'esprit cet aphorisme de Dumarest : « le pneumo est le type de l'opération à chaud, la thoracoplastie, le type de l'opération à froid ».

Mais, il est aussi d'autres conditions élémentaires qui doivent être réunies pour entreprendre avec chances de succès une telle intervention. Le sujet doit être en état de résistance générale suffisante et cela est affaire de sens clinique. Les enfants et vieillards ne sont pas aptes à subir des thoracoplasties. L'âge optimum est entre 15 et 40 ans.

La lésion doit être unilatérale, autrement l'intervention risquerait d'avoir un retentissement fâcheux par suractivité fonctionnelle sur les lésions latentes de l'autre côté.

Non seulement, cet autre poumon doit être indemne de tuberculose, mais ne présenter aucune lésion de sclérose ni d'emphysème, et être susceptible de se prêter à la suractivité fonctionnelle qui va lui être imposée du fait du repos imposé à son congénère.

Le cœur lui-même doit être sain, sans signes de myocardite.

Enfin, ne doivent pas exister certaines autres localisations tuberculeuses en particulier aux reins et à l'intestin.

C) Modalités de la thoracoplastie.

C'est là un point important pour l'opérateur seul, sur lequel nous serons naturellement extrêmement bref n'ayant pour objectif que de préciser et grouper des terminologies et des désignations opératoires faisant dans cette chirurgie partie du langage courant.

On pratique des thoracoplasties étendues totales et des thoracoplasties partielles exécutées en face même de la lésion, quel que soit son siège, mais en deux points de prédilection, au sommet et à la base. A l'étude de cette dernière, nous rattacherons celle de la phrénicectomie.

1° **Thoracoplasties étendues.** — Il en existe, trois types principaux :

Le Brauer-Friedrich, la grande thoracectomie qui réduit de 600 à 900 centicubes la capacité thoracique normale de 1.500 à 2.800 centicubes. Il est réalisé à l'aide d'une longue incision à concavité supérieure partant en avant de la région sous-claviculaire, passant à la base du thorax en dehors et remontant en arrière en dedans du bord spinal de l'omoplate jusqu'au bord supérieur du trapèze. Tous les plans cutanéo-musculaires avec l'omoplate sont relevés en bloc du côté de la tête du sujet avec le moignon de l'épaule. Alors, les côtes largement exposées, sont successivement attaquées de bas en haut, de la XI° à la première incluse.

Inutile d'insister sur le caractère shockant d'une telle intervention. Elle dépasse la résistance du tuberculeux, en général, et elle est, à l'heure actuelle généralement abandonnée

Nous devons cependant signaler que Pierre Duval vient de décrire une grande incision latéro-thoracique infiniment moins mutilante exécutée selon le grand axe du creux axillaire et qui, par décollement lointain de ses deux bords permettrait d'arriver au même résultat.

Le Wilms, dit aussi thoracectomie columnaire, (intervention assez analogue à l'opération de Quénu, dans le traitement des pleurésies purulentes) et où on enlève une colonne de côtes, à la fois en avant du côté du cartilage et en arrière, au voisinage de l'articulation costo-vertébrale. Toutes les côtes ainsi mobilisées sont susceptibles de se déplacer en dedans pour rétrécir la cavité thoracique dans une certaine proportion. Un Wilms portant sur dix côtes permet une réduction de capacité de 160 à 180 centicubes.

Enfin, le Sauerbruck qui, représentant une bonne moyenne, tend à être uniquement adopté en chirurgie phtisiologique à la fois en France et à l'étranger. C'est une thoracectomie segmentaire large. Elle ressemble assez à notre opération de Boiffin pour le traitement de la pleurésie purulente. Elle ne nécessite, pour les parties molles, que le tracé de la branche postérieure du Brauer-Friedrich. D'après Sauerbruck lui-même, il suffit de réséquer 1 cm. 5 de la première côte, 4 à 8 cm. des suivantes, 10 cm. des dernières. La réduction de capacité définitivement obtenue est de 300 à 500 centicubes. Cette résection postérieure est celle qui donne le meilleur résultat, en raison de ce fait sur lequel a insisté Lilienthal que les segments de côte antérieurs restant attachés au strenum par un cartilage souple et élastique vont se chevaucher à la façon des lames d'une jalousie. On peut réaliser cette intervention en un temps (d'emblée) en plusieurs temps (segmentaire).

L'incision, selon la ligne axillaire de Pierre Duval permettrait d'arriver au même résultat avec des sections musculaires moins importantes et *a priori*, plus de facilité.

Le Sauerbruck est l'opération qui les a préférences du Pr Bérard ; à Paris, Proust et Maurer lui ont donné leur approbation. Ces auteurs, après M. Bérard, par une prudence opératoire des plus judicieuses en terrain tuberculeux conseillent, à l'heure actuelle, de sérier cette opération elle-même à plusieurs temps que l'on pratiquera à un intervalle d'une quinzaine de jours seulement afin de ne pas se trouver gêné par des débuts d'ossification secondaire.

C'est ainsi qu'à l'heure actuelle, le Sauerbruck n'est souvent complet qu'au bout de trois séances.

Dans la pratique de ces opérations sériées, par quelle extrémité du gril costal convient-il de commencer ?

D'après la majorité des auteurs, c'est par l'extrémité inférieure. Il semble qu'il y ait au sens adopté par le désossement deux raisons principales. La première est physio-pathologique. Les lésions principales, les cavernes, siégeant principalement au sommet, il est prudent de diminuer par un collapsus préalable la capacité d'absorption des portions inférieures indemnes du poumon qui seront moins exposées à l'aspiration des sécrétions, lors de l'expression par la collapsthérapie des sécrétions purulentes contagieuses du sommet, au moment où l'acte opératoire arrivera à ce niveau. La seconde, d'ordre technique est que la résection des côtes supérieures étant dans toute thoracectomie, le temps délicat et difficile, en raison de l'épaisseur du massif musculo-osseux de l'épaule qui le masque, il est plus commode de les aborder en agissant d'un point de la paroi rendu souple et dépressible. Le gynégcologue droitier pour agir sur les organes génitaux du fond du pelvis ne se place jamais à droite de la malade en raison de la gêne apportée par l'arc solide du bassin.

2° **Thoracoplasties localisées.** — On les réalise en tous points du thorax, en face d'une lésion limitée quelle que soit sa topographie, mais principalement, nous l'avons dit, en deux lieux qui sont le sommet et la base.

a) Thoracoplastie apicale. — La thoracoplastie du sommet est très importante. Elle constitue une des premières opérations dirigées contre la tuberculose, l'opération de Freund. Cet auteur s'inspirant du processus de défense naturel que l'interevntion ne fait que renforcer, en trouvait les indications cliniques spécialement chez les sujets présentant déjà de la tendance à l'affaiblissement du sommet thoracique, qu'il mesurait en quelque sorte, à l'aide des deux index cherchant à se rejoindre sous la clavicule à travers les fosses sus et sous claviculaire. Le degré de facilité de leur rapprochement était en proportion avec celui de leurs indications.

L'opération de Freund proprement dite consiste à pratiquer la section de l'arc costal supérieur de la première côte. On la réalise à l'état isolé par diverses variantes.

Seidel, sous-locale, sectionnait le premier cartilage par voie antérieure et faisait suivre cette section d'une interposition musculaire à l'aide d'un fragment du grand pectoral.

Cette section de la première côte est très importante pour toute la chirurgie thoracoplastique dirigée contre la tuberculose. Le professeur Bérard la considère comme le chef du dôme thoracique. Aussi cette thoracoplastie apicale bornée à la section de la seule première côte a été jugée insuffisante par les chirurgiens contemporains. On a reconnu la nécessité d'un affaissement de surface large de tout le sommet de la cage thoracique qui est le dernier temps de toute thoracoplastie complète à la Sauerbruck. Il ne suffit pas de couper, il faut enlever un segment large de cette première côte. Certains auteurs sont même allés jusqu'à sectionner la clavicule. Comme finale d'un Sauerberuck, où comme résection isolée, l'ablation de la première côte est une intervention délicate. Le paquet vasculo-nerveux axillaire est exposé et pour ne pas blesser la plèvre, il est souvent prudent de pratiquer une pleurolyse préalable du sommet ?

Parmi les techniques anatomiques précises donnant un affaissement maximum, complet, du sommet, celle qui a été proposée par Lauwers est à retenir. Elle permet par voie sus-claviculaire d'enlever non seulement la première côte, mais de détruire aussi l'appareil suspenseur vertébro-costal du dôme pleural de Sébileau et Zuckerkandl.

b) Thoracoplastie basale. — La thoracoplastie basale est, on l'a vu, le premier temps, de toute thoracectomie étendue. Elle est d'exécution facile. Elle peut être largement pratiquée. Nous n'avons pas à insister au point de vue technique à son sujet.

La phrénicectomie.

Cependant dans cette région de la base où le poumon présente son plus grand volume avec une face externe, une face interne et une large base diaphragmatique, peuvent être réalisées par action locale les plus grandes réductions de capacité pleurale.

Au lieu de s'adresser uniquement à la paroi thoracique rigide, les chirurgiens ont alors eu l'idée d'agir sur la cloison mobile et souple qui sépare le thorax de l'abdomen, à rétrécir la cavité thoracique en agissant non plus concentriquement de dehors en dedans, comme dans la thoracectomie, mais de bas en haut, en paralysant le diaphragme par section au cou de son nerf moteur, le phrénique ?

Cette intervention qui de phrénicotomie devint rapidement une phrénicectomie fut imaginée en 1911, par Stuertz. C'est à la période contemporaine avec la thoracoplastie extra-plurale, le grand procédé de collapsthérapie chirurgicale

dirigé contre la tuberculose. Aussi, croyons-nous, comme à propos de la thoracoplastie, devoir dire un mot de ses indications, de sa technique, de ses effets physiolog ques immédiats.

Les indications sont celles de la thoracoplastie, car ses fins sont les mêmes. C'est un procédé de collapsthérapie chirurgicale, mais qui présente cet immense avantage de rester un acte de moyenne chirurgie, infiniment moins traumatisant qu'une thoracectomie même partielle et qu'on réalise au lit du malade si l'on veut, sous anesthésie locale. Les risques qu'il fait courir sont minimes. Il comporte aussi quelques indications électives dans e cas de lésions ou de cavernes siégeant à la base ou dans le voisinage de cette base.

La phrénicectomie est une intervention anatomique bien réglée qui se pratique à l'aide d'une incision sus-claviculaire. Etant données les multiples anastomoses du nerf, on ne se contente plus, à l'heure actuelle, d'une phrénicectomie simple. Ayant découvert le nerf en avant du scalène antérieur, et l'ayant sectionné, on pratique une phrénicectomie élargie en arrachant doucement son extrémité inférieure par traction afin de détruire les anastomoses qu'il reçoit du ganglion inférieur du grand sympathique et on coupe le nerf du sous-clavier.

La phrénicectomie a pour effet d'amener la paralysie du muscle diaphragme du côté correspondant à la section. Mais, cet effet n'est pas immédiat. Il faut attendre plus ou moins longtemps le résultat complet. L'action est plus complète à droite qu'à gauche où le muscle remonte de 7 cm. contre 6 cm. à gauche. Il en résulte d'après Félix une réduction de capacité thoracique qui varie de 1/6 au 1/3. A l'auscultation, après la phrénicectomie, la respiration du sommet du poumon paraît exagérée et à la radioscopie, on constate l'existence du phénomène de Kienbock c'est-à-dire qu'au moment de l'inspiration, le diaphragme s'élève du côté opéré alors qu'il s'abaisse du côté sain.

Nous terminerons par deux remarques générales et très importantes relatives à la thoracoplastie en plusieurs temps et à la phrénicectomie.

Ces interventions, tout d'abord, ne sont pas exclusives. Il y aura lieu, suivant le siège des lésions de les combiner les unes aux autres.

D'autre part, le professeur Bérard, d'accord avec le Dr Dumarest a insisté sur l'intérêt qu'il y a de pratiquer ces opérations dans le milieu même du sanatorium. A Hauteville, existe une instal ation permettant de réaliser ce desideratum. Il est incontestable que le malaise résultant du brusque changement d'atmosphère doit être du plus déplorable effet sur les tuberculeux pulmonaires.

Résultats des interventions chirurgicales.

Répétons, qu'à l'heure actuelle, en réalité, deux seules interventions sont dirigées en chirurgie contre la tuberculose : la thoracoplastie, et la phrénicectomie. Ce sont les résultats des deux seules interventions que nous envisagerons à la fois dans leurs suites immédiates et dans leurs suites éloignées.

1° Résultats post-opératoires.

Inspirées, l'une et l'autre du même principe, leurs effets thérapeutiques immédiats sont sensiblement les mêmes. C'est une question de degré. L'expression de parenchyme pulmonaire et des cavernes qu'il contient, effet essentiel, augmente l'expectoration qui, les premiers jours, devient de suite très abondante, diminue progressivement, pour se réduire dans les cas favorables à quelques crachats vers les 10e et 12e jours. La courbe de fièvre suit celle de l'expectoration.

Les suites opératoires établissent une d fférence fondamentale entre la thoracoplastie et la phrénicectomie.

La première est une grave intervention. Des accidents mortels immédiats ont été signalés. Ils relèvent du shock, du déséquilibre médiastinal résultant du désossement et entraînant des troubles cardiaques. Des états granuliques suraigus amenant une mort rapide, avec hyperthermie ont été observés L'état de tels opérés, oppressés, cyanosés, à pouls affolé, à toux douloureuse, ayant peine à se débarrasser dans de telles conditions de leurs abondantes expectorations est vraiment impressionnant. Il faut, les premiers jours, leur assurer une garde permanente de jour et de nuit.

La phrénicectomie pratiquée sans violence n'est point suivie d'un tel tableau.

D'autres catastrophes post-opératoires aussi, mais plus tardives sont observées avec l'une et l'autre intervention, mais plus fréquemment avec la thoracoplastie. Elles sont dues à des poussées évolutives du côté du poumon sain et du côté du poumon malade.

2° Résultats éloignés.

Nous nous inspirerons surtout de l'étude de la statistique française la plus importante, celle du Prof. Bérard. Cette dernière, en 1927, au Congrès de la tuberculose, à Lyon, comportai 91 observations de thoracoplastie et 80 observations de phrénicectomie. Tout récemment, en juin dernier, à l'Académie de médecine MM. Bérard et Guilleminet ont rapporté une nouvelle statistique personnelle imposante de 240 phrénicectomies.

En ce qui concerne la thoracoplastie, on compte 18 % de décès post-opératoires, plus de moitié immédiats, 20 % de décès tardifs, 22 % d'améliorations, c'est-à-dire de cas où quelques-uns des principaux symptômes antérieurs à l'opération ont disparu, enfin 28 % de guérisons, c'est-à-dire de malades, qui, dans un laps de temps variable ont vu leur état général se rétablir, qui ne présentaient plus de toux, ni d'expectoration ou dont l'expectoration est réduite à quelques crachats sans bacilles. Ce qui, au total en envisageant ces deux dernières catégories, donne 50 % de résultats favorables. Une statistique américaine de Burns Anderson établie d'après une série de Sauerbruck pratiquée en plusieurs séances de 1918 à 1923, et publiée en 1925 comptant plus de 1.000 cas, accuse : 1/3 de morts opératoires ou post-opératoires, 1/3 d'améliorations, 1/3 de guérisons durables permettant la reprise d'une vie semblant normale.

Dans la statistique de phrénicectomie du Pr Bérard parue dans la thèse de son élève Desjacques, pour 24 fois, la méthode fut utilisée à l'état isolé, on note 7 cas ayant évolué dans un sens favorable, 8 cas ont été améliorés, 9 fois, la maladie a poursuivi son évolution. Dans sa communication récente à l'Académie de médecine, M. Bérard, sur 96 malades opérés depuis 6 ans à 6 mois et où la phrénicectomie fut utilisée aussi à l'état isolé, constate que la moitié de ses sujets a retiré de l'intervention un bénéfice et que 34 % d'entre eux ont présenté un résultat vraiment bon.

Conclusions.

Quelles conclusions tirer en résumé de ce trop long exposé qui nous représente en un abrégé extrême, cependant, les efforts de ceux d'entre nous qui, durant ces dernières années, ont tenté, avec courage, de faire appel à la chirurgie dans la thérapeutique si décevante de la tuberculose.

Pour répondre à cette question, à l'heure actuelle, il suffit, semble-t-il d'envisager les seules indications et les résultats des deux grandes méthodes qui se sont développées, de la phrénicectomie et de la thoracoplastie. Le problème même ainsi limité comporte une solution difficile. Nous sommes, ici, en présence d'une chirurgie restée d'exception. Le dénombrement facile à réaliser en France, de ceux qui l'ont tentée, suffit à le prouver. L'ensemble de ces opérés reste donc trop restreint pour conclure avec certitude et ils appartiennent à des opérateurs de nationalités différentes ayant utilisé des techniques dissemblables et s'étant inspirés dans leurs indications de directives, elles aussi, dissemblables et non précisées. Et puis, fait fondamental, qui domine toute la question, les débuts de cette thérapeutique sont trop récents pour porter un jugement en matière de tuberculose.

Cependant à considérer la question d'une manière simple et élémentaire, on peut raisonnablement, semble-t-il, faire ces quelques modestes réflexions. Par des procédés sanglants, la chirurgie phtisiologique tend, à l'heure actuelle à réaliser une



thérapeutique indirecte de collapsthérapie qui est à la tuberculose pulmonaire ce que l'immobilisation est à la tuberculose articulaire. Cette conception n'est pas ici théoriquement même à l'abri de toute critique, puisque, en reposant sur le principe du repos curateur en agissant favorablement par collapsus sur le poumon atteint, elle expose davantage en contrepartie le poumon sain, en le soumettant à une suractivité fonctionnelle. D'autre part, alors que d'une manière générale, on s'efforce d'éviter tout acte opératoire chez les sujets tuberculeux, en raison de l'effort réparateur qu'il demande à l'organisme et de faits incontestablement observés d'aggravation et de généralisation dans les suites, la thérapeutique chirurgicale actuelle pour des fins indirectes, pratique un acte sanglant et parfois très traumatisant au voisinage immédiat du foyer d'infection. Phrénicectomie et thoracoplastie ne détruisent ni le germe ni ne mettent l'organisme en état de non réceptivité à son égard. Ils ne peuvent prétendre qu'à donner une guérison aléatoire avec séquelles et assombries par la menace de récidive. On ne saurait les conseiller dans tous les cas, et elles ne sont pas applicables toujours.

Aussi, c'est avec regret que nous sommes amené à formuler en finale cette proposition empreinte de pessimisme et qui semble manquer de foi à l'égard de la chirurgie que nous ne voyons pas, dans les procédés chirurgicaux proposés à la période contemporaine contre la tuberculose pulmonaire des agents curateurs efficaces à indications impératives et d'avenir. C'est surtout et toujours dans la cure médicale et encore plus dans la prophylaxie déjà efficace par les sanatoria, pleine d'avenir par les vaccins et les sérums, que nous devons encore, à l'heure actuelle, lai ser tous nos espoirs.

L'anémie infantile et la médication ferrugineuse,

Par le Dr J. COMBY,

Médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Dans cet article, de pratique plus que de doctrine, nous ne viserons que la forme la plus commune, la plus banale des anémies infantiles, celle qu'on rencontre à chaque pas, *qui court les rues*, pourrait-on dire. C'est l'anémie simple, curable des jeunes enfants, due le plus souvent à une mauvaise alimentation du premier âge, et surtout à l'abus du lait, à l'usage exclusif et prolongé de ce précieux aliment. Nous laisserons de côté l'anémie pernicieuse progressive, l'anémie pseudo-leucémique et les anémies secondaires des infections spéciales ou spécifiques qui s'accompagnent de symptômes particuliers et indiquent une thérapeutique s'inspirant de l'étiologie de chaque variété : tartre stibié dans l'anémie à leishmania, anthelminthiques dans les anémies dues aux vers intestinaux, arsénobenzoliques dans l'anémie hérédo-syphilitique, foie de veau dans les anémie pernicieuses, etc.

Dans un mémoire des *Archives de Médecine des enfants* (1900), sur l'anémie des nourrissons dyspeptiques, nous avions publié 16 observations de cette variété d'anémie sur laquelle nous devions revenir en 1907 (*Revue générale sur l'anémie simple des jeunes enfants*).

Dans cette revue, nous résumions, à titre d'exemple, trois observations typiques, les deux premières sans autre symptômes que l'anémie, la troisième avec accompagnement d'hépato et de splénomégalie.

1. Fille de 28 mois, observée le 9 février 1897. Nourrie au biberon, elle présente une pâleur excessive de la peau et des muqueuses, un souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou. Régime lacté trop exclusif et trop prolongé (2 litres par jour). Guérison rapide par un régime mixte (1/2 litre de lait seulement, adjonction d'œufs, de purées, de légumes verts, quatre repas par jour au lieu de 7 à 8). Protoxalate de fer.

2. Garçon de 26 mois, observé le 3 juin 1898, teint pâle, souffle anémique à la base du cou ; abus du lait. Guérison rapide par le protoxalate de fer et le régime mixte (purées, salades cuites, etc).

3. Fillette de 20 mois, mêmes symptômes, même étiologie; hépatomégalie et splénomégalie notables, inusitées dans les anémies infantiles simples. Notre interne Mettetal trouve 2.716.000 hématies seulement ; avec le protoxalate de fer l'hypoglobulie disparait vite (3.641.000, 4.676.000), le foie et la rate remontent en même temps sous les fausses côtes.

La formule sanguine dans ces cas rappelle celle de la chlorose : hémoglobine très abaissée, nombre des globules rouges relativement peu diminué ; cependant l'hypoglobulie est commune. Mettetal (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1899, p. 160) a publié une observation, recueillie dans notre service, de chlorose vraie chez une enfant de sept ans avec hypoglobulie et souffle cardio- vasculaire. Observation analogue de J. Hallé et J. Jolly (*Arch.* 1903, p. 664).

A. B. Marfan et Et. Leenhardt (*Thèse de Paris*, 6 déc. 1906, sur l'*anémie à type chlorotique de la première enfance* (16 observations) ont vu et décrit des faits analogues.

Le Dr Pétrone (*La Pédiatria*, mai 1905 : quatre cas d'anémie infantile à type chlorotique) qui venait de faire un séjour dans les hôpitaux de Paris, semble s'être inspiré des travaux français sur cette question. E. Rist et L. Guillemot (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 9 nov. 1906) ont repris la question dans un important mémoire : *De l'oligosidérémie des jeunes enfants et de ses rapports avec la chlorose des jeunes filles.* Chez une fillette de 28 mois, avec un chiffre globulaire peu modifié, ils ne trouvent que 40 % d'hémoglobine. Après quelques jours de traitement par le protoxalate de fer (0 gr. 20 par jour), l'hémoglobine remonte à 56 % ; la dose de protoxalate de fer est portée à 0 gr. 30 par jour et l'hémoglobine se relève à 73 %.

L.-G. Simon, dans un rapport sur les *anémies infantiles* (*Congrès de Pédiatrie*, Alger, avril 1907), étudie à son tour la question sans se borner à l'anémie de type chlorotique.

Dès lors on admet, après que le Dr Hugounenq nous eut appris que le fœtus vient au monde avec une réserve de fer dans le foie, que les nourrissons ne trouvent pas, dans le régime lacté auquel ils sont soumis, la quantité de fer suffisante pour les besoins de leur organisme. Ils puisent alors incessamment dans leur réserve naturelle le fer nécessaire à la formation sanguine ; et, quand cette réserve est épuisée, ils deviennent anémiques, si l'alimentation mixte ne vient pas leur apporter le supplément de fer qui leur manque.

La pratique courante a confirmé cette théorie et tous les pédiatres savent bien que les nourrissons maintenus trop

longtemps au régime lacté exclusif sont exposés à une anémie plus ou moins profonde. Veut-on prévenir ou guérir cette anémie, il faut réduire la quantité de lait, la ramener de deux litres, d'un litre et demi, d'un litre à 1/2 litre par jour, en compensant cette restriction par l'usage des panades, des purées, des pâtes, des salades cuites, du jaune d'œuf, etc. En même temps on donne le *protoxalate de fer* si heureusement vulgarisé par le prof. G. Hayem.

On peut le prescrire à la dose de *cinq centigrammes* par année d'âge en deux ou trois prises quotidiennes dans une cuillerée à café d'eau sucrée ou de lait avant la tétée, le biberon ou le repas (bouillie, purée, etc).

Un auteur anglais, la Dsse Helen M.M. Mackay a publié un travail très intéressant, bien qu'il ne mentionne pas les travaux français, sur l'anémie des nourrissons de Londres que nous analyserons brièvement : *Nutritional anæmia in infancy , some observations on a common deficiency disease.* (*Proc. of the R. Soc. of Medicine*, février 1929, page 385). A Londres, dans ces trois dernières années, 770 cas ont été étudiés et 3.100 dosages de l'hémoglogbine ont été faits. Ces examens, répétés sur une aussi vaste échelle, ont montré que l'anémie était très commune chez les nourrissons londoniens et qu'elle était d'origine alimentaire ; elle est due au manque de fer assimilable.

D'après L. Webb Hill, le nourrisson, pour l'augmentation de son sang et de son hémoglobine a besoin de 8 dixièmes de milligramme de fer par jour entre 15 jours et 6 mois, 4 dixièmes de milligramme par jour entre 6 et 12 mois. Si le fer provient de l'alimentation, il faut compter sur un déchet de 40 pour 100 qui ne sont pas retenus. La quantité requise pour le métabolisme est de 1 milligr. 1/2 pour un enfant de 9 kil. Un enfant de 4.500 gr. a besoin de 7 dixièmes de milligramme pour le métabolisme et 8 dixièmes pour le sang.

Le besoin total sera de 1 milligramme 5 par jour. Si cet enfant prend 720 gr. de lait féminin, il ne reçoit que 0 milligramme 4 ou seulement un quart de ses besoins quotidiens, même en assimilant sa nourriture en totalité.

La même quantité de lait de vache lui apporterait 0 milligramme 12. Cette différence entre le besoin ferrugineux du nourrisson et l'ingestion de fer contenu dans l'aliment sera compensée par la réserve ferrugineuse hépatique qui existe à la naissance. A Londres, la compensation n'est pas réalisée et les nourrissons deviennent anémiques par manque de fer.

A la consultation du *Queen's Hospital*, les pourcentages d'hémoglobine ont été relevés avec la collaboration de Miss Lorel Goodfellow.

A Londres, le pourcentage d'hémoglobine chez les enfants sains, nourris artificiellement, a été trouvé de 75 à la naissance, de 65 à 2 ou 3 mois, de 70 à 5 ou 6 mois pour retomber à 65 jusqu'à 12 mois. Mêmes proportions chez les enfants au sein (examens au *Mothers' Hospital* de Clapton.)

Or, en donnant du fer à tous ces enfants, l'hémoglobine monte à 75 pour 100 à partir de 4 mois. Chez les enfants au biberon traités par le fer, 81 pour 100 présentent une augmentation de l'hémoglobine dans leur sang et 19 pour 100 seulement n'en présentent pas. La thérapeutique ferrugineuse ne réussit que quand il y a un manque de fer dans le sang, soit par carence dans le régime , soit par épuisement de la réserve ferrugineuse.

Les enfants de certaines villes continentales sont mieux partagés que Londres quant à l'hémoglobine. P. Drucker. (*Acta Padiatrica*, 1923) nous apprend que les enfants sains, à Copenhague, ont un pourcentage hémoglobinique de 80 entre 2 et 12 mois. V.B. Appleton, en Amérique, (*Jour. Biol. Chem.* , 1918) trouve de 87 à 88 p % d'hémoglobine chez les nourrissons bien portants de 3 à 11 mois. Cette énorme différence qui sépare les petits Danois et Américains des petits Anglais de Londres tient peut-être à une provision de fer hépatique plus grande chez les bébés du Danemark et d'Amérique en raison d'une meilleure alimentation des femmes enceintes de ces pays. Expérimentalement, de jeunes rats ou cobayes présentent de l'anémie avec le régime lacté quand leurs mères ont été affaiblies par une diète ferriprive lorsqu'elles les portaient, la provision du fer hépatique chez les jeunes s'en trouvant diminuée. En revanche, si les mères ont été bien nourries, les jeunes apporteront une réserve de fer suffisante pour éviter l'anémie même en cas d'alimentation pauvre en fer.

La carence en fer est la cause de l'anémie des nourrissons de Londres. Cette anémie ferriprive se montre, chez les enfants sains, au biberon, entre 3 et 5 mois, à moins qu'on ne leur donne des préparations martiales.

Les bébés qui reçoivent du fer avant 2 mois présentent 80 pour 100 d'hémoglobine à 4 mois, tandis que les bébés témoins restent à 70 ou 65 pour 100.

Les enfants prématurés et les jumeaux, par suite d'une très faible provision ferrique anténatale, souffrent à un haut degré de cette carence originelle. Sur 27 bébés ayant un pourcentage d'hémoglobine inférieur à 50, on comptait 19 jumeaux ou d'un poids inférieur à 2.700 grammes, 4 pesant plus et 4 d'un poids inconnu.

Tout enfant peut être rendu anémique par la diète lactée ou les bouillons végétaux si on prolonge ces régimes pauvres en fer après les premiers mois. Il faut toujours prescrire une alimentation mixte entre 8 et 9 mois. En outre, il est nécessaire de donner du fer à tout enfant qui, pour une raison quelconque (hémorragie, infection), aura subi une perte en hémoglobine et par suite un appauvrissement rapide de ses réserves ferrugineuses.

La préparation usitée à Londres est le citrate de fer et d'ammonium ; en France, nous l'avons déjà dit, c'est le protoxalate de fer qui a les préférences du corps médical. On trouve, à Londres, une poudre de lait contenant le sel de fer en proportion convenable ; ainsi administré, le fer est très bien toléré à la dose quotidienne de 25 à 50 centigrammes.

On recommande aux mères d'alterner les repas de poudre de lait pure et de poudre de lait ferrugineuse, au moins dans les premiers jours, après quoi tous les repas seront au lait médicamenteux. Cette préparation anglaise de citrate de fer et ammonium a été prescrite à des bébés dès la fin de la première semaine. Nous ne commençons jamais aussitôt avec le protoxalate de fer. H.-S. Mitchell et M. Vaughn (*Jour. Biol. Chem.*, 1927) ont comparé les différentes préparations ferrugineuses. Ils mettent en première ligne le citrate de fer et d'ammonium, le citrate , le chlorure de fer et en seconde ligne l'oxyde de fer, le carbonate et le sulfate de fer, le fer réduit , etc.

L'anémie infantile ne dépend-elle que du fer ? ne doit-on pas tenir compte d'autres facteurs ? D'après les recherches de E.-B. Hart, H. Steenbock, J. Waddell et C.-A. Elvehjen d'une part, J.-S. Mettargue, D.-J. Healy, E.-S. Hill, d'autre part (*Jour. Biol. Chem.*, 1928), le fer et le cuivre seraient nécessaires pour prévenir ou pour guérir l'anémie des rats soumis au régime lacté. D'après M. C. Haigue (*Am. J. of. Phys.* 1925), il y aurait une provision de cuivre dans le foie des veaux. Les jeunes rats, à la naissance, contiennent deux fois plus de cuivre que les rats adultes. Les jeunes cobayes, mis à la diète mixte, n'ont pas de réserve de fer et probablement pas de réserve de cuivre. D'après Hart, le fer employé chez les enfants contient peu de cuivre (1 milligr. 7 pour 100 grammes).

Le lait sec mêlé de citrate de fer et ammonium contenait,

par kilogramme, 4 dixièmes de milligramme de cuivre de plus que le lait sec pur. Mais cette proportion infinitésimale de cuivre peut-elle modifier les résultats ?

Le taux d'hémoglobine présente-t-il des variations saisonnières ; il n'a pas semblé que la lumière naturelle ou artificielle pût influencer l'anémie des nourrissons de Londres. La présence ou l'absence de vitamines ont paru également sans influence. Le traitement du rachitisme par l'huile de foie de morue, par l'héliothérapie ou par l'actinothérapie, ne guérit pas l'anémie. Le traitement de l'anémie simple des nourrissons par le foie de veau n'a pas été employé d'une façon courante ; s'il agissait favorablement, on pourrait supposer que c'est par le fer contenu dans le foie de veau.

Un extrait de foie, efficace contre l'anémie pernicieuse, a donné un résultat négatif ou douteux dans deux cas d'anémie simple après trois semaines d'administration. La question de l'hépatothérapie dans l'anémie des nourrissons n'est pas résolue, elle appelle de nouvelles recherches. Les conclusions que le Dr Helen M.M. Mackay tire de son étude sont acceptables.

A Londres, la présence de l'anémie nutritive est très répandue chez les enfants du premier âge. Le traitement ferrugineux s'est montré remarquablement efficace. Son emploi systématique chez les enfants au biberon s'impose. On doit commencer le traitement par le fer dès les premiers mois de la vie et le continuer pendant la première année ou au-delà. Ce traitement est indispensable chez les jumeaux, chez les prématurés, et chez les enfants dont le poids initial est inférieur à 2700 grammes, la carence ferrugineuse existant chez tous ces bébés. Si l'administration du fer devenait banale comme celle de l'huile de foie de morue ou du jus de fruit, la santé des nourrissons de Londres serait grandement améliorée et leur résistance aux maladies réellement accrue.

Ces conseils sont applicables aux petits Parisiens comme aux petits Londoniens. Car, à Paris comme à Londres, l'anémie des nourrissons est très répandue. Pour terminer nous dirons comment nous avons l'habitude de procéder contre l'anémie infantile.

Si l'enfant est au sein, nous n'imposons pas le sevrage ; le bébé continuera à téter 5 ou 6 fois par 24 heures (intervalle de 3 heures entre les tétées). Mais il prendra du protoxalate de fer à raison de 0 gr. 10 matin et soir, avant la tétée, dans une cuillère à café de lait ou d'eau sucrée. Pour prévenir la constipation, on ajoutera un peu de magnésie calcinée et, pour la consolidation des os, un peu de phosphate de chaux :

Protoxalate de fer	0 gr. 10
Magnésie calcinée	0 gr. 15
Phosphate tricalcique	0 gr. 20

Pour un paquet, n° 20.

Si la médication martiale est indiquée, chez les enfants plus grands, on augmentera la dose de protoxalate de fer : 5 à 10 centigrammes par année d'âge, suivant la gravité des cas.

Aux enfants, qui refusent les paquets prescrits plus haut, on pourra donner le *ferroxal* (protoxalate de fer granulé) par cuillerées à café (deux à trois par jour suivant l'âge).

On peut prescrire aussi le peptonate de fer et autres préparations similaires.

Quand on prescrit le fer, on préviendra les mères que les selles de leurs enfants peuvent devenir noires, mal liées, de couleur sale sous l'influence du sulfure de fer qui se forme dans l'intestin chez les enfants qui ont ingéré une préparation martiale.

Si l'on ne prend pas cette précaution le remède risque d'être intempestivement repoussé comme facteur d'entérite.

Quand le petit anémique est au biberon (lait bouilli ou stérilisé, lait condensé, poudre de lait, etc.) on donnera également le fer comme plus haut, sans interrompre l'usage des jus de fruits crus. De plus, quand l'enfant aura 8 ou 10 mois, on diminuera la quantité de lait et on ajoutera des bouillies de céréales, des panades, des purées , des salades cuites pour accroitre la provision de fer alimentaire. On combattra résolument l'abus du lait par quantité excessive ou prolongation injustifiée.

Cela n'empêche pas les mesures hygiéniques recommandées partout : cure d'air, cure de soleil, affusions chaudes, frictions cutanées sèches ou avec le baume de Fioravanti. Au besoin, on prescrira les rayons ultra-violets et l'ergostérine irradiée qui peut les remplacer : cinq gouttes deux ou trois fois par jour, des solutions huileuses de bonne marque.

Mais la médication martiale (en particulier le protoxalate de fer) doit être placée avant toutes les autres pour sa rapide efficacité et son innocuité absolue.

Conclusions

I. — L'anémie simple des nourrissons est due à une mauvaise alimentation ou à l'abus du lait qui est pourtant l'aliment idéal de l'enfant. Il y a abus par quantité excessive ou par usage exclusif trop prolongé, le lait ne contenant pas assez de fer pour remplir les besoins de l'organisme infantile.

II. — Une première variété est l'anémie des enfants dyspeptiques, sevrés trop tôt, alimentés prématurément ou brutalement, sans transition, et souffrant par suite de troubles digestifs. En pareil cas l'auto-intoxication joue un rôle destructeur de globules rouges, d'hémoglobine, et l'anémie en résultera.

III. — Une seconde variété, sans troubles digestifs apparents, sans gastro-entérite, est due uniquement à l'apport insuffisant de fer par l'aliment du nourrisson, par le *lait*. Le lait est pauvre en fer, et c'est pourquoi nous voyons de gros enfants, de bonne santé apparente, mais pâles et mous, anémiques quand un autre aliment, plus ferrugineux, n'est pas ajouté au lait. Cette anémie ferriprive sera précoce ou tardive, suivant que la provision de fer apportée dans le foie à la naissance sera plus ou moins vite épuisée.

IV. — Chez ces petits anémiques, l'examen du sang montre des altérations analogues à celles du sang chlorotique, ce qui a fait parler *d'anémie de type chlorotique* à propos de l'anémie des nourrissons. Le nombre des hématies n'est pas très diminué ; ce qui domine c'est le déchet d'*hémoglobine*. Cpependant nous avons vu des cas avec hypoglobulie notable.

V. — Le manque de fer dans le sang des bébés anémiques est si frappant que Rist et Guillemot ont pu intituler leur mémoire (*Soc. Méd. des Hôp.* 1906) : DE L'OLIGOSIDÉRÉMIE DES JEUNES ENFANTS ET DE SES RAPPORTS AVEC LA CHLOROSE DES JEUNES FILLES. Et la preuve thérapeutique n'a pas manqué : guérison rapide par le protoxalate de fer.

VI. — La dose de ce sel de fer , trouvé en France si efficace depuis qu'il y a été introduit par G. Hayem, varie suivant l'âge et suivant l'intensité des cas : 5 à 10 centigrammes par jour et par année d'âge. Cette question du *fer* domine la pathogénie comme la thérapie de l'anémie simple des nourrissons.

VII. — Un médecin anglais, Mlle Helen M.M. Mackay, a trouvé cette anémie très commune à Londres et elle a bien montré que les nourrissons de cette immense ville, comme ceux de Paris, devenaient anémiques par carence ferrugi-

neuse. De 75 % à la naissance l'hémoglobine tombe à 65 % dans le second semestre de la vie, au sein comme au biberon et la médication martiale fait remonter l'hémoglobine à 75 % dès l'âge de 4 mois.

VIII. — D'autres grandes villes, Copenhague en Danemark, St.-Louis on Amérique, l'emportent sur Londres par le taux d'hémoglobine chez leurs nourrissons : 80 % de 2 à 12 mois à Copenhague (P. B. Drucker) ; 88 % de 3 à 11 mois à St. Louis (V.-B. Appleton). A quoi attribuer ce privilège ? Probablement à la bonne nourriture des femmes enceintes qui permet au fœtus d'accroitre ses réserves ferrugineuses.

IX. — Les médecins de Londres cherchent à combler ce déficit par l'administration précoce et systématique des sels de fer aux nourrissons. Les enfants qui reçoivent du fer avant 2 mois ont 80 % d'hémoglobine à 4 mois, les témoins restant à 70 ou 65 pour 100.

X. — Les jumeaux, les prématurés, les enfants d'un poids initial inférieur à 2500 grammes sont prédisposés à l'anémie ferriprive, leur provision hépatique étant au-dessous de la normale. Sur 27 nourrissons ayant dans leur sang moins de 50 pour 100 d'hémoglobine, on comptait 19 jumeaux, 4 poids légers, 4 d'un poids inconnu. La médication martiale s'impose d'urgence dans cette catégorie d'enfants.

XI. — Si l'on veut prévenir l'anémie des enfants, au sein comme au biberon, on les soumettra tous, dès l'âge de 8 ou 9 mois, à l'alimentation mixte qui compensera la pauvreté du lait en fer : panades avec jaunes d'œufs, légumes verts, salades cuites. Au besoin un sel de fer viendra renforcer ce régime.

XII. — A Londres, la poudre de lait destinée aux nourrissons contient en proportion convenable du citrate de fer et d'ammonium. Ce sel serait bien toléré à la dose de 25 à 50 centigrammes. Il a pu être prescrit dès les premières semaines, avec grand avantage, si l'on en croit nos confrères anglais.

XIII. — Le fer est le remède spécifique de l'anémie infantile ; il ne saurait être remplacé par les vitamines, l'héliothérapie, l'actinothérapie, l'huile de foie de morue ni l'ergostérine irradiée. Ces agents thérapeutiques, si efficaces pour prévenir et pour guérir le rachitisme, sont impuissants contre l'anémie.

XIV. — Le traitement ferrugineux, s'il était appliqué systématiquement à tous les enfants au biberon, dès les premiers mois de la vie, si la médication ferrugineuse devenait aussi banale, en pareil cas, que l'ingestion de jus d'orange ou d'huile de foie de morue, la santé des nourrissons de Londres serait très améliorée et leur résistance aux maladies grandement accrue.

XV. — Nous reconnaissons, avec nos confrères de Londres, que le fer est le grand remède de l'anémie infantile. Mais son emploi ne doit pas faire exclure celui des rayons ultra-violets, de l'ergostérine irradiée, de l'huile de foie de morue, qui ont fait largement leurs preuves et dont l'action dans beaucoup de cas est vraiment impressionnante.

La sérothérapie antipoliomyélitique.

Son mode d'action et ses limites,

Par M. G. ETIENNE,

Professeur de clinique médicale a la Faculté de Médecine de Nancy.

Les résultats de la sérothérapie antipoliomyélitique sont contestés.

D'une part certains auteurs ont obtenu des résultats qu'ils considèrent comme évidents.

Pour parler d'abord des statistiques globales, sur 13 cas personnels (1) traités dans des conditions suffisantes par le sérum de Pettit, je relève les résultats suivants :

Guérison complète	11
avec séquelles très légères	1
Mort	1

Le Professeur A. Netter, l'auteur de la sérothérapie antipoliomyélitique, a, dans la thèse de Salanier, sur 47 cas :

Guérison complète	10
Guérison à peu près complète	6
Amélioration très sensible	13
Amélioration appréciable	4
Cas non modifiés	4
Décès	10

Parmi les auteurs américains les plus récents, Shaw et Thelander à San-Francisco, Wardner, Ed. Ayer à Syracuse (Etat de New-York), Aycock et Luther à Boston, et aussi Macnamara en Australie, rapportent des résultats merveilleux, disent-ils, sur plusieurs centaines de cas, sur lesquels nous reviendrons.

Certains cas plus isolés de Babonneix, de Lesné, de Forest, sont fort impressionnants.

Par contre, d'autres auteurs, étudiant aussi des cas isolés, n'ont guère obtenu pratiquement que des échecs.

D'autres enfin, à côté de résultats très nets, ont eu aussi des échecs, de sorte qu'ils est assez difficile de distinguer la moyenne de leurs guérisons ou de leurs améliorations franches, de celle de cas spontanément guéris. Tels les professeurs Nobécourt et Lereboullet, M. Tixier.

Il en est de même dans la statistique des 13 cas de mon collègue Caussade, dans lesquels 5 cas sont cependant des succès très nets pour la sérothérapie, 5 cas des améliorations plus ou moins étendues, mais très rapides.

De telle sorte que les uns attribuent à la sérothérapie antipoliomyélitique des résultats comparables à ceux de la sérothérapie antidiphtérique, ou de la sérothérapie antitétanique curative depuis qu'on s'est décidé à appliquer cette dernière de façon logique.

Que les autres lui dénient à peu près toute efficacité.

Que d'autres admettent son action dans certains cas ; mais en face des échecs, ils l'emploient régulièrement, mais surtout *par principe*.



(1) *Revue médicale de la Suisse romande*, 1927. Rapport au *Congrès des pédiatres de langue française*.

Que d'autres enfin restent sur une réserve plutôt désabusée (NOBÉCOURT, BOULANGER-PILET.)

Pourquoi ?

Ce fut le grand intérêt du V[e] Congrès des pédiatres de langue française à Lausanne (1927) (1) de permettre d'apporter des résultats divergents, de confronter des opinions, de trouver des points de repère et des points de départ, et de clarifier ainsi la question.

Pour répondre à ce pourquoi il faut poser rapidement une donnée générale.

Tout d'abord il convient de rappeler que les deux méthodes sérothérapiques, celle partant du sérum de malades guéris (méthode de A. NETTER), celle partant du sérum de chevaux préparés par les centres nerveux de singes inoculés (méthode A. PETTIT), remontent en somme au même principe ; que ce qui est établi pour l'un vaut pratiquement pour l'autre, avec quelques modifications d'adaptation, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, réserve faite de la difficulté de se procurer du sérum de convalescents en dehors de certains centres, surtout de se le procurer en quantité suffisante.

Puis, examinons quelques objections générales de principe :

1° Il n'est pas douteux que souvent les myélites aiguës guérissent spontanément, plus ou moins complètement, parfois complètement.

Il peut donc paraître à première vue difficile de dire si la guérison dans tel cas appartient au traitement ou à une évolution spontanée.

C'est l'objection qui s'oppose à toute thérapeutique, quelle qu'elle soit, de toute maladie pouvant guérir spontanément.

L'objection ici repose sur une donnée absolument classique : la paralysie infantile guérit souvent spontanément. M. BABONNEIX y a encore insisté.

Cependant si les guérisons spontanées sont parfois rapides, parfois instantanées, c'est exceptionnel ; et très généralement les rémissions spontanées, même les plus rapides, ne se complètent que lentement, parfois très longuement, en plusieurs mois, parfois en plusieurs années, même avec l'aide très précieuse des traitements physiothérapiques.

Dans les cas dans lesquels j'ai personnellement étudié la sérothérapie, l'arrêt de l'évolution a été très fréquemment immédiat, les débuts de la réparation rapides, parfois déjà après 11 à 36 heures ; et *restitutio ad integrum* en un temps très limité. Un ouvrier maçon, complètement quadriplégié, a pu se servir de ses bras le lendemain, s'est levé de son lit et a pu marcher au cinquième jour, a quitté la clinique quelques jours plus tard pour reprendre immédiatement son travail sur son chantier. Un malade a, exactement après un mois, repris intégralement son service de sous-chef de gare dans une grande gare de triage. Une malade complètement quadriplégiée, peut se tenir à clochepied le deuxième jour et la marche est normale le quatrième jour ; et la malade me le démontre en marchant au pas de parade de la garde prussienne. Un malade de 40 ans, complètement quadriplégié peut marcher au 8[e] jour après le début du traitement ; et quelques jours plus tard il me montre son agilité en sautant rapidement de son lit et en exécutant plusieurs tours de valse.

Un arrêt très rapide, une amélioration rapide, une restauration complète ou à peu près, paraissent donc des conditions permettant, dans l'ensemble des cas, d'attribuer les résultats au traitement.

(1) *Revue médicale de la Suisse romande*, 1927, 23 août, et 1928 (Discussion.)

La proportion des guérisons obtenues est aussi un argument important. Comparant la statistique de NETTER, rapportée dans la thèse de SALANIER, avec celle de malades traités par d'autres procédés, rapportée par FINEL-GIREY, le professeur NOBÉCOURT ne trouve pas une grande différence.

Par contre, me référant à ma statistique personnelle, on ne voit pas d'enfilée, dans d'autres conditions, 12 cas de myélite diffuse aiguë s'arrêter net avec *restitutio ad integrum.*

D'autant que, en face de ma statistique des résultats, j'ai indiqué 14 cas non traités, provenant des mêmes régions, observés pendant la même période, donc très vraisemblablement attribuables à la même souche infectante, et dont voici le bilan :

Guérison presque complète	1
Mort	7
Paraplégie complète ou à peu près	3
Paraplégie relative rendant cependant le malade impropre à subvenir à ses besoins	1
Forme atrophique	1
Forme sensitive persistante, extrêmement gênante	1

Surtout, j'ai étudié à côté des cas traités à fond un groupe de cas traités, mais avec des doses insuffisantes, chez lesquels un résultat a été obtenu, mais partiel seulement, et insuffisant, fonction des doses employées.

Je précise encore ce point important que chez tous mes malades, tous d'allure très grave, le traitement est intervenu en pleine évolution extensive, parfois selon le type si redoutable de Landry ; qu'aucun n'était stabilisé, à plus forte raison sans le moindre aspect de phase dégressive. J'indique même, que, ayant une fois constaté une nuance de détente chez un malade, et peu enthousiaste d'une sérothérapie chez un grand asthmatique, je me suis abstenu ; et c'est le seul cas de guérison complète et spontanée que j'ai observé chez l'adulte. (Cas du tableau ci-dessus).

On peut donc d'une façon générale, en combinant l'analyse de chaque cas particulier avec les chiffres donnés par la statistique, déterminer l'action de la sérothérapie.

Comme corollaire, je crois peu prudent, chez l'adulte du moins, de se fier à une régression spontanée. La statistique ci-dessus de 14 malades non traités en fait foi.

2° Eliminons encore une objection basée sur les difficultés du diagnostic. Certes, si celui d'une paralysie infantile classique s'impose, il est des cas à symptomatologie beaucoup plus complexe, même chez l'enfant, surtout chez l'adulte, chez lesquels les lésions sont beaucoup plus diffuses qu'on ne le pensait autrefois, chez qui le diagnostic de poliomyélite n'est plus de mise, celui de myélite diffuse seul possible, sans parler de l'intervention fréquente et précoce des méninges. Puis certains cas de syphilis médullaire très aiguë, des épisodes aigus de sclérose en plaques à type ascendant de LANDRY, des formes d'encéphalite épidémique à type médullaire telles qu'on l'a observée ces temps derniers, prêtent singulièrement à confusion. Mais ces cas particuliers, ne sont pas une objection générale.

A cet égard, il me paraît résulter de mes observations récentes, postérieures à celles sur lesquelles sont basées mes données thérapeutiques, et comme conséquence directe de celles-ci, que les résultats de la sérothérapie antipoliomyélitique apportent un très important élément de discrimination entre les cas difficiles de maladie de HEINE-MEDIN et d'encéphalite épidémique à type médullaire, ou de poussées aiguës d'autres myélites.

Un point diagnostique est encore à indiquer : comme on le verra plus loin, la précocité de l'intervention importe

fort ; le professeur NETTER, les auteurs américains déjà cités insistent sur les résultats merveilleux obtenus dans plusieurs centaines de cas par la sérothérapie à la phase préparalytique ; le professeur NETTER a beaucoup insisté sur le diagnostic à cette phase, basé sur les manifestations méningées. Il est certain qu'en milieu épidémique, notamment quand plusieurs membres d'une même famille sont frappés en même temps, le diagnostic peut être porté avec précision, souvent d'après les symptômes de la série méningée. Cependant, l'objection à un diagnostic irrécusable reste alors possible ; et, pour une étude théorique, il me paraît préférable de ne me baser que sur les cas confirmés par l'apparition des phénomènes paralytiques. Je fais ainsi la part belle à la proportion des échecs, et les résultats obtenus paraissent mieux un minimum.

Ces propositions d'ordre général étant résolues, comment s'expliquent les divergences observées dans les résultats ?

Elles résultent, pour une bonne part, de conditions différentes d'observation et d'application.

1° Un premier point ressort très nettement des discussions du Congrès de Lausanne : *Il y a une très grande différence entre les résultats obtenus chez l'adulte et ceux obtenus chez l'enfant.* Ma statistique est essentiellement une statistique d'adultes. Les échecs et les statistiques mauvaises ou peu concluantes ont été observés chez des enfants (NOBÉCOURT, CAUSSADE, TIXIER, LEREBOULLET),

Et de cette constatation découle un premier fait d'importance pratique aussi importante qu'intéressante au point de vue biologique : c'est la labilité beaucoup plus grande de la cellule nerveuse de l'enfant que de celle de la cellule nerveuse de l'adulte.

Chez le premier, la cellule nerveuse atteinte par le médullo-virus est très rapidement mise hors de cause. Chez l'adulte elle résiste longtemps, parfois très longtemps ; la lésion reste longtemps d'ordre spécifique, avant de passer à l'état de lésion dégénérative banale ; et dès lors, son activité peut être récupérée par l'action du sérum.

D'où cette conclusion pratique que *la date limite de l'intervention du sérum n'est pas la même chez l'adulte que chez l'enfant.* Le principe posé par le Professeur NETTER est de « limiter l'emploi du sérum aux cas dans lesquels il y a lieu de penser que les centres nerveux hébergent encore un virus actif. Et dans les formes classiques cette persistance est de courte durée et le sérum ne pourrait être utilement injecté que dans les dix premiers jours. » Ce paraît bien être d'une façon générale le fait chez l'enfant ; chez lui il faut intervenir de façon extrêmement précoce, même quand possible dès la phase préparalytique. Forest cependant a eu un beau succès chez un bébé de 16 mois, en hémiplégie, et traité le 10e, 11e et 12e jour.

Certes, chez l'adulte, on doit aussi agir dès que possible ; d'où nécessité d'un diagnostic précoce souvent difficile (1). Mais la *période d'utilité paraît beaucoup plus étendue.* La lésion persiste beaucoup plus longtemps à l'état spécifique, et pendant toute cette première phase, le sérum antipoliomyélitique peut encore enrayer l'évolution en neutralisant le médullo-virus. Et l'expérience de la sérothérapie montre que la marge du temps peut être très longue.

Notamment, dans une forme qui lui paraît assez spéciale, à poussées successives, à bonds successifs, que NETTER avait déjà désignée sous le nom de *formes aiguës prolongées à étapes successives*, qui est la « *Paralysie générale spinale subaiguë* » de DUCHENNE. Dans ces conditions, j'ai vu la restauration complète, ou à peu près, accomplie par une sérothérapie débutant le 18e jour ; le trente-et-unième et le trente-neuvième après l'invasion ; au vingt-quatrième jour des accidents paralytiques ; après sept semaines ; au soixantième jour ; après quatre mois dans le dernier cas que j'ai rapporté à la *Société médicale des Hôpitaux* (28 juin 1929.) Voilà donc 6 cas à intervention tardive ; il ne s'agit donc pas du hasard d'un cas exceptionnel, et le sérum a réduit non seulement les accidents dus aux poussées les plus récentes, mais aussi les désastres des poussées initiales.

Dans les autres cas à évolution plus continue, plus soutenue, plus foudroyante, le traitement est intervenu deux fois au quatrième, une fois au cinquième et au neuvième jour.

Des atrophies musculaires intenses, donc des impotences sévères dues non plus seulement à des phénomènes paralytiques, mais à des atrophies musculaires, peuvent aussi se récupérer tant que la cellule nerveuse peut se réparer. Bien entendu il faut le temps nécessaire à la restauration des muscles.

2° S'il est nécessaire d'intervenir rapidement, *il faut aussi intervenir avec des doses suffisantes.* Et c'est là, très probablement, la cause des premiers échecs lors de la période d'initiation, de tâtonnements, qu'on eût recours soit au sérum de cheval de l'Institut Pasteur soit au sérum de convalescents. En 1916, certes, j'ai obtenu un résultat qu'on peut qualifier d'extraordinaire par l'injection intrarachidienne de 10 cc. de sérum d'un des donneurs du professeur NETTER. Ce doit être bien exceptionnel.

Une infection grave doit être abordée par une sérothérapie d'assaut à dose massive.

Parti d'abord de doses de 150, 250 cc. de sérum de Pettit, je suis arrivé rapidement à celles de 350, 500, 600, une fois 2.200 cc., avec généralement des doses initiales vers 80-120 cc. par jour, abaissées vers 80-40 quand l'évolution paraît enrayée et que s'amorce la régression, et jusqu'à consolidation d'une très large amélioration.

3° *L'action du sérum doit en effet être suffisamment soutenue.* Il ne suffit pas d'aborder le cas très tôt, avec des doses massives ; il faut continuer l'action pendant un temps assez long pour se mettre à l'abri des rechutes.

Car un arrêt trop précoce du traitement expose en effet à un retour offensif de bonds nouveaux pouvant menacer le bulbe. Et les rechutes obéissent moins bien à une reprise de traitement même intensif.

Des doses de 40 cc. suffisent généralement pour assurer cette continuité d'action. .

J'ai employé très fréquemment *la voie intrarachidienne*, d'abord pour pouvoir comparer les résultats à ceux du professeur NETTER, puis en raison d'une activité paraissant plus grande. L'atteinte méningée de la maladie de HEINE-MEDIN légitime d'ailleurs amplement cette technique. Les méninges réagissent souvent au sérum de cheval, mais pas plus dans cette sérothérapie que dans les autres sérothérapies intrarachidiennes. En surveillant ces réactions, c'est peu de chose en face des résultats à obtenir.

Si le cas n'est pas particulièrement grave d'emblée, on aura des chances d'arriver à temps par la *voie intramusculaire.*

En face de cas très graves, ascendants, menaçant le bulbe, ou de cas déjà anciens, j'ai combiné la *voie intraveineuse* à la voie intrarachidienne. Il est vrai qu'on risque de gros accidents de shock, et TIXIER en a signalé. Il est bien entendu qu'on s'assurera que le malade n'a jamais reçu antérieurement de sérum sous aucune forme, qu'il n'est ni asthmatique, ni un grand insuffisant hépatique ; et qu'on débutera selon la méthode de BESREDKA.

Il s'agit ici, dans des cas aussi graves, d'un calcul serré, et certes épineux, des chances et des risques.

(1) G. ETIENNE. — Les symptômes de début des myélites aiguës de l'adulte. *Annales de médecine*, 1927, novembre. T. XXII, n° 4, p. 631.

D'une façon générale, j'ai toujours vu une tolérance normale vis-à-vis de la sérothérapie antipoliomyélitique, avec parfois des incidents sériques sans nulle importance réelle ; même chez un cardio-scléreux avec sclérose rénale, qui a toléré un traitement à 250 cc.

L'évolution chez l'adulte paraît, d'une façon générale, plus grave, *quoad vitam* surtout, mais aussi par la gravité des séquelles, que chez l'enfant. Il n'y a pas là contradiction avec la première proposition ci-dessus. La réalité est que chez l'enfant, les centres bulbaires sont plus rarement touchés, car l'arrêt spontané est plus fréquent ; que la rétrocession quand elle se produit, est précoce ; toutes conditions qui n'infirment pas le fait de la labilité plus grande de la cellule nerveuse de l'enfant quand elle est gravement touchée.

D'où la conclusion que chez l'adulte l'intervention thérapeutique s'impose de façon particulièrement impérieuse.

Que faire quand on ne dispose que de doses insuffisantes ?

Faire bloc d'emblée avec tout ce dont on dispose, plutôt que d'étaler les doses en cherchant à prolonger l'action. On pourra espérer enrayer l'évolution, gagner du temps, mais sans compter toutefois sur la réparation.,

Par quel mécanisme intervient le sérum antipoliomyélitique ?

La réponse à cette intéressante question, dont l'importance d'ordre général paraît dépasser celle même de cette sérothérapie, est donnée par l'étude comparative de l'ensemble des résultats, et par l'analyse de quelques points particuliers à mes observations. Et plusieurs ordres de faits permettent, par leur rapprochement, d'apporter une précision :

1° Lorsque, dans les cas de myélites à médullo-virus poliomyélitique chez l'adulte, j'ai pu employer le sérum spécifique dans les conditions convenables, avec les doses nécessaires, toujours jusqu'à présent j'ai obtenu une guérison complète. (Réserve d'un cas dont j'ai indiqué ailleurs les particularités aggravantes indépendantes de l'infection.)

2° Lorsque les doses ont été insuffisantes, les résultats ont été incomplets.

3° Dans une de mes observations les plus graves, la protéinothérapie banale par les injections de lait a enrayé l'évolution, a déterminé rapidement une amélioration notable ; mais à partir de ce moment elle n'a pu dépasser ce point mort. Et le sérum antipoliomyélitique, intervenant alors, a amené une guérison complète en quelques jours, par le fait de son action véritablement spécifique.

4° Un sérum banal peut, dans la maladie de Heine-Medin, provoquer une certaine amélioration (tel dans un cas de mon collègue le Professeur Cornil, le sérum antiméningococcique.) Mais ici encore le résultat reste très incomplet.

Il paraît donc que dans les myélites par médullo-virus un traitement de choc banal, tel que la protéinothérapie simple, tel un sérum non spécifique, peut enrayer provisoirement l'évolution, entraîner une certaine amélioration. Mais une fois cette amélioration obtenue, il y a un point mort que le traitement de choc banal ne peut dépasser.

Le sérum antipoliomyélitique peut, de même, dans une certaine mesure intervenir lui aussi en tant que traitement de choc banal ; peut-être à doses insuffisantes agit-il surtout selon ce mode. Mais en plus de cette première action, intervient l'action spécifique qui, seule, dans les cas envisagés, a pu guérir complètement les lésions spécifiques et amener *restitutio ad integrum*.

5° A l'encontre de ce que j'avais observé d'abord, il me paraît actuellement que le sérum antipoliomyélitique peut agir dans des maladies plus ou moins aiguës du système nerveux.

Dans un épisode aigu de sclérose en plaques, à évolution ascendante de Landry, d'emblée d'une extrême gravité, la sérothérapie a enrayé net cette poussée, a amendé les accidents récents. Mais l'évolution antérieure a continué et a entraîné la mort. Le Professeur Cornil a rapporté à la Société de Médecine de Nancy un cas tout à fait semblable.

Dans un cas très récent, observé avec mon collègue le Professeur Richon, une poussée aiguë rapidement ascendante d'une myélite à virus encéphalitique, évoluant identiquement comme une myélite à médullo-virus, a été enrayée d'abord dans sa marche brutale par 400 cc. de sérum ; mais sans faire rétrocéder notablement les accidents ni s'arrêter l'évolution.

De même encore, un cas de myélite syphilitique à poussée ascendante aiguë a été enrayé du jour au lendemain par deux injections de 100 cc. de sérum ; mais ce premier résultat ne put être dépassé. Arrêt très net aussi, passager naturellement, au début d'un néoplasme de la moelle.

Dans ces cas de myélites plus ou moins aiguës, autre que les myélites à médullo-virus, le sérum antipoliomyélitique me paraît agir assez sensiblement selon le mode d'action des chocs non spécifiques dans les myélites à médullo-virus.

Mieux que les simples traitements de chocs. A tel point que je me demande si le sérum antipoliomyélitique n'est pas l'un des meilleurs traitements actuels des poussées aiguës de sclérose en plaques.

Et avec le Professeur Cornil, nous nous demandons si le fait d'être un sérum préparé par des moelles ne lui confère pas, vis-à-vis des myélites diverses, une certaine action élective par un mode d'action d'un type plus ou moins analogue à celui des cytotoxines.

Mais à côté de ces diverses actions secondaires, le sérum agit sur le médullo-virus et sur les lésions spécifiques conditionnées par lui, selon sa propre action spécifique, spécifiée et par l'arrêt de l'évolution de la maladie et par la restauration intégrale de ses lésions spécifiques.

Le sérum antipoliomyélitique paraît donc agir en combinant ces trois modes d'action :

1° Action de choc protéinique banal, par l'albumine hétérogène du sérum ;

2° Action médullaire élective parce que sérum préparé avec des moelles, selon le mode d'action des cytotoxines ;

3° Action spécifique, par un sérum préparé par le médullo-virus spécifique.

Dernière question : Quelles sont actuellement les limites d'action du sérum antipoliomyélitique ?

Peut-on espérer guérir par le sérum antipoliomyélitique tous les cas de myélites à médullo-virus de Heine-Medin ? Bien que je n'ai pas eu, jusqu'à présent, d'échec véritable dans les cas traités dans les conditions convenables de doses, de temps, etc.., la réponse négative me paraît évidente.

D'abord, il existe des cas à évolution si brutalement agressive pour les centres bulbaires, que nul traitement ne peut lutter de vitesse.

Comme pour d'autres sérothérapies, celle du tétanos par exemple, il faut au sérum un certain temps pour agir. Dans certains cas, j'ai eu des résultats très nets déjà après 11 heures ; mais il est loin d'en être toujours ainsi ; et à cet égard les cas se montrent très variables. Pratiquement, il semble qu'en général un délai de 48 heures est nécessaire. Il faut donc que l'évolution de la maladie laisse ce répit Il n'a pas été laissé à certains malades de Babonneix et de Nobécourt.

Mais, même dans ces conditions, des échecs pourront se

rencontrer. Et l'étude des autres sérothérapies en montre la cause. Pendant la guerre, nous avons assisté aux échecs successifs du sérum antiméningococcique. J'ai observé même fait, dans certains cas, avec le sérum antityphoïdique de Rodet. A certains moments, des races microbiennes imprévues interviennent, la race anglaise d'abord, la race américaine ensuite pour le méningocoque. Peut-être le fait se présentera-t-il pour le médullo-virus ; peut-être même s'est-il présenté lors de l'épidémie roumaine récente, alors que les résultats obtenus par Marinesco et ses collaborateurs ont été pratiquement nuls.

Semblables faits ne sont pas un échec pour une méthode nouvelle ; ils sont pour elle matière à évolution, donc à perfectionnement.

Les chocs thérapeutiques et les moyens de les éviter,

Par M. Charles FLANDIN.

Médecin de l'Hôpital Broussais et du Hertford British Hospital.

De tout temps, les cliniciens ont observé les réactions vives qui suivent l'introduction dans l'organisme de certaines substances et l'effet souvent bienfaisant de ces réactions. Mais, c'est surtout depuis que s'est généralisée la pratique des injections intraveineuses d'une part et celle de la protéinothérapie par sérums et vaccins, d'autre part, que la question du choc provoqué par une action thé apeutique a pris une importance pratique considérable.

Le mot de *choc* est peut-être employé un peu trop facilement, avec une tendance à englober les réactions de tout ordre, pourvu qu'elles soient vives. Il semblerait logique de réserver ce terme à un syndrome clinique et humoral défini, s'observant dans des conditions étiologiques diverses, mais ayant toujours les mêmes caractéristiques.

Expérimentalement, le choc-type, celui qui a permis l'étude des phénomènes et répandu l'habitude d'employer le mot, est le choc anaphylactique.

Si, après une injection préparante d'une dose minime d'antigène, de sérum de cheval, par exemple, ou, comme dans l'expérience princeps de Ch. Richet, de poison extrait des actinies, on pratique, après un intervalle convenable, d'autant plus long que la dose initiale a été plus forte, une seconde injection, déchaînante, du même antigène, par voie intra-veineuse, on observe les accidents dramatiques auxquels Ch. Richet a donné le nom de choc anaphylactique : l'animal, une fois délié, se met sur ses pattes, fait quelques pas, puis s'arrête, anxieux, anhélant ; son poil se hérisse, ses yeux s'injectent, il se gratte furieusement le museau avec ses pattes, puis il se raidit, émet des urines, des matières diarrhéiques, souvent sanglantes, tombe sur le côté, asphyxie ; de l'écume rosée sort par les naseaux, et après une série de contractions cloniques, il meurt en tétanisation complète.

A l'autopsie, on trouve des lésions d'œdème pulmonaire aigu et une congestion viscérale intense, notamment au niveau de l'intestin, qui présente souvent des suffusions hémorragiques et de véritables ecchymoses ; du foie, augmenté de volume et de poids et gorgé de sang ; de la rate et du cerveau.

Chez les animaux qui échappent à la mort, on observe un état de prostration qui dure quelques heures ou quelques jours ; le poil devient terne et tombe produisant une alopécie en aires, l'animal présente une baisse de poids pouvant attendre 25 % du poids initial en huit jours ; il n'est pas rare de voir s'installer une véritable cachexie aboutissant à la mort. Certains symptômes, comme la diarrhée, le prurit, la dyspnée, la parésie ou même la paralysie du tronc postérieur sont d'observation fréquente.

Ces accidents expérimentaux ont été observés chez l'homme à la suite d'une injection de sérum thérapeutique pratiquée chez un sujet ayant déjà subi, souvent de nombreuse années auparaavnt, une injection antérieure de sérum de cheval. Si on a rarement déclenché la mort subite, on a fréquemment déchaîné des accidents graves, syncope, état lipothymique, œdème aigu de la glotte et du poumon. Quant aux accidents sériques bénins, ils sont connus de tous et sortent du cadre de cet article.

Il est difficile, cliniquement, de ne pas rapprocher ces chocs anaphylactiques des phénomènes souvent déterminés par l'injection intraveineuse de substance à l'état colloïdal. Chez un typhique ou un pneumonique à la période d'état, par exemple, l'injection intraveineuse d'un centimètre cube d'argent ou d'or colloïdal amène souvent des réactions d'une brutalité inquiétante : état de malaise et de mort imminente, frisson solennel avec tremblement généralisé, claquement de dents, ascension brutale de température souvent au-dessus de 41°, puis sueurs profuses, émission involontaire d'urines et de matières et chute brusque de la température au-dessous de 37°. Somme toute, on assiste en quelques heures à la crise violente telle que la décrivent les auteurs classiques, à la période de défervescence brusque de la pneumonie lobaire aiguë.

Ce sont des réactions analogues, mais à plus longue échéance, que produisent les injections de vaccins employés à titre préventif ou thérapeutique, à dose forte d'emblée.

De même, les accidents aigus déchaînés par une injection intraveineuse d'arsénobenzène et décrits par M. Milian sous le nom de crise nitritoïde ne paraissent pas être autre chose qu'un choc thérapeutique rentrant dans le cadre de ceux que nous venons de décrire.

En dehors de leurs caractères cliniques, un syndrome humoral commun apparente les divers états de choc, quelles que soient leur étiologie et leur pathogénie.

Les éléments de ce syndrome ont été découverts, soit dans le choc anaphylactique, soit dans le choc peptonique, soit dans les intoxications accompagnées de choc produites par l'ovalbumine, l'hémoglobine, les sérums étrangers, l'autosérum conservé au contact de la gélose, etc., par de nombreux chercheurs : Achard avec Aynaud, Feuillié et nous-même, Bordet, Besredka, Crile, pour ne citer que quelques noms, ont noté soit les perturbations leucocytaires, soit la disparition des plaquettes, soit les modifications des albuminoïdes, soit les modifications du temps de coagulation, etc., qui accompagnent les états de choc.

Mais, c'est incontestablement à Widal et à ses élèves, Abrami, René Besnard, Brissaud, Joltrain et Pasteur Vallery-Radot que revient le grand mérite d'avoir groupé ces éléments pour constituer le syndrome humoral du choc qu'ils ont dénommé, d'abord, hémoclasique, puis colloïdo-clasique.

Les éléments essentiels de ce syndrome humoral sont les suivants: élévation momentanée, puis abaissement de la pression artérielle ; allongement, souvent considérable, du temps de coagulation du sang, suivi, après le choc, du phénomène inverse ; abaissement de l'indice réfractométrique et de la teneur en albumines du sérum sanguin ; leucopénie et inversion de la formule leucocytaire pouvant aller jusqu'à la presque disparition des polynucléaires ; disparition des plaquettes.

A dire le vrai, Widal et ses élèves, en voulant faire, au début de leurs publications, du choc hémoclasique le *primum movens* du choc, paraissent avoir obéi à un enthousiasme excessif. Réduit à son rôle de syndrome humoral accompagnant les états de choc, le choc colloïdo-clasique a la part belle. Il convient, d'ailleurs, de ne lui accorder d'importance que lorsque ses chiffres sont d'une objectivité brutale ; sinon, on risquerait de retrouver à l'occasion de tout acte physiologique : la digestion, le passage brusque de la position horizontale à la station debout, etc., des modifications humorales s'apparentant au choc et la clarté de la conception y perdrait.

Du point de vue clinique et du point de vue humoral, voilà, nous semble-t-il, le *choc* nettement individualisé. Peut-il l'être du point de vue pathogénique ?

Une théorie fort séduisante est celle d'Auguste Lumière pour qui tout dépend de la floculation et de la précipitation de particules micelliennes à divers niveaux de l'arbre circulatoire. Malgré les très nombreuses et ingénieuses expériences de l'auteur, la démonstration ne nous paraît pas faite de cette hypothèse destinée à expliquer, non seulement le choc, mais encore toute la pathologie et même la sénescence et la mort.

La similitude des phénomènes de choc avec ceux observés à la suite de certaines intoxications, par exemple par les champignons, font penser, naturellement, à l'action d'un toxique. C'est l'idée, implicitement contenue dans le terme d'anaphylaxie : une première absorption — inoffensive — de toxique sensibilise l'organisme à une nouvelle dose — normalement inoffensive aussi — du même toxique. Et le tableau du choc, où dominent les phénomènes bulbaires, conduit à penser qu'il s'agit de localisation ou de formation de poison au niveau des centres nerveux. Cette conception de Ch. Richet, de nombreuxses expériences faites par nous avec M. Achard semblent la vérifier dans certains cas. Dans d'autres, elles se sont montrées négatives. D'autre part, l'élaboration de propriétés toxiques pour le sujet sensibilisé lui-même dans son propre sérum, au cours de la période préparante du choc anaphylactique a été mise en évidence par M. Achard et par nous-même.

Il semble donc légitime de ne pas rayer d'un trait de plume la notion de toxicité lorsqu'on étudie la pathogénie du choc : le toxique peut être soit directement introduit dans l'organisme (arsénobenzènes, peptone, albumines étrangères, etc.) soit formé dans l'organisme (anaphylaxie, anaphylaxie *in vitro*, etc.).

Le choc, dans ses manifestations cliniques et humorales, devient le résultat d'une intoxication brutale. Que tout se résume, en fin de compte, en un déséquilibre physico-chimique explicable par la floculation, comme le veut Auguste Lumière, cette hypothèse n'exclurait pas le point de départ, qui serait une intoxication.

Intoxication, plutôt qu'infection aiguë, par la lyse brutale des microbes après une injection vaccinale, ou par la désintégration de certains albuminoïdes après une injection thérapeutique active, telle nous paraît être, en définitive, l'explication première du choc dont le déséquilibre clinique et humoral ne représente que la symptomatologie.

En faveur de cette conception semblent plaider les faits. Quelles substances, en effet, produisent le choc ?

Soit des toxiques véritables, soit des substances capables de devenir toxiques, par leur modalité d'emploi.

Quels sujets sont sensibles ou prédisposés au choc ? Ce problème semble avoir été peu étudié. Il a, néanmoins, une importance considérable. En se plaçant dans des conditions favorables, il est possible, chez tout individu, de déclencher un choc. Par contre, il est certains sujets, chez qui, en prenant toutes les précautions possibles, il est impossible d'éviter un choc.

Ces sujets, l'étude permet souvent de les déterminer d'avance. En première ligne, il convient de placer ceux qui sont atteints d'*insuffisance hépatique*. Widal et Abrami ont montré combien répandue était ce qu'ils ont appelé l'insuffisance protéo-pexique ; en recherchant le syndrome colloïdoclasique après absorption, à jeun, d'une tasse de lait, on en trouve, très fréquemment, les éléments essentiels. En ne s'attachant, comme nous l'avons dit plus haut, qu'aux grosses modifications, on trouve là une très bonne épreuve pour déceler les individus sensibles à une action de choc.

En deuxième lieu, les syndromes de dysendocrinie et, particulièrement, d'*hyperthyroïdisme* semblent prédisposer au choc.

Enfin, le *déséquilibre vago-sympathique*, soit dans le sens de la vagotonie, soit dans le sens de la sympathicotonie paraît avoir le même effet. Que ce soit par l'intermédiaire de modifications des glandes à sécrétion interne, du système neuro-végétatif ou par tout autre mécanisme, l'expérience montre que les hérédo-syphilitiques et les tuberculeux sont particulièrement sensibles et réagissent à tout par des phénomènes de choc souvent violents. Il convient de faire une place importante aux hérédo-tuberculeux dont l'étude complète reste à faire : les enfants et les jeunes sujets issus de parents tuberculeux ne présentant eux-mêmes aucun signe de tuberculose, sont des réactifs particulièrement sensibles à toute agression infectieuse ou toxique. Chez eux, à propos de toute intervention thérapeutique, on note des réactions violentes. Plus que quiconque, ils sont menacés par le choc. Il faut le savoir.

Un troisième élément entre en jeu dans la détermination du choc, celui de la voie d'introduction dans l'organisme de la substance déchaînante. L'absorption par voie digestive d'une quantité massive de toxique ou de substance thérapeutique active peut déterminer un choc ; on l'observe parfois, par exemple, avec les dérivés arsenicaux.

L'anaphylaxie alimentaire prouve l'existence du choc par absorption digestive et la pathologie du nourrisson permettrait d'illustrer ce chapitre. Il n'en est pas moins vrai que ces chocs sont relativement rares, de même que ceux consécutifs à une introduction thérapeutique intra-rectale, si bien que, chez les intolérants, l'administration de substances actives par voie intra-rectale est souvent à conseiller.

Les injections sous-cutanées et intra-musculaires sont fréquemment suivies de choc. Il est rare d'assister à des accidents immédiats ; tout se passe comme si un délai d'absorption et de diffusion était nécessaire. Ce n'est, souvent, qu'après quelques heures, que débutent les accidents, annoncés par une sensation de malaise et de vertige, de la rachialgie, des vomissements ; puis, survient le grand frisson avec claquement de dents, l'ascension thermique suivie de sueurs profuses, d'état lipothymique parfois et la phase de prostration en hypothermie. Habituellement, les réactions, si vives soient-elles, ne sont qu'éphémères. On aurait tort, cependant, de méconnaître le danger de ces

chocs parfois mortels. Dans la thérapeutique par les arsénobenzènes, l'administration par voie sous-cutanée ou intramusculaire n'a qu'un résultat : permettre au malade de rentrer chez lui pour faire sa réaction de choc ; ce n'est pas toujours un avantage.

L'emploi des vaccins, soit à titre curatif, soit en vue de l'immunisation préventive, est la grande source de chocs thérapeutiques à l'époque actuelle où des vaccins de toute espèce, préparés de toute façon, sont maniés à tout propos et, on a le droit de l'affirmer, en toute ignorance de la vaccinothérapie. Sauf dans des cas très particuliers et très limités, comme le traitement des bubons chancrelleux par le vaccin de Nicolle, où l'action thérapeutique serait liée à l'intensité de la réaction thermique, les chocs vaccinaux, si souvent recherchés, paraissent inutiles, voire nuisibles. Dans la vaccination préventive, on peut affirmer que le choc ne favorise pas l'établissement de l'immunité ; peut-être même l'empêche-t-il, tout au moins dans une certaine mesure. Nous reviendrons sur cette question.

L'injection sous-cutanée et surtout intra-musculaire de peptones, d'albumines étrangères, de lait, de sang, de sérum animal ou humain sont souvent l'occasion de chocs plus ou moins intenses et cette *pyréthothérapie* est cultivée, au petit bonheur, par toute une école. Mais, c'est l'injection intra-veineuse qui réalise le mieux et le plus complètement le choc thérapeutique. Quand on songe que la simple introduction d'une aiguille dans une veine, après ligature du bras, peut, chez certains sujets particulièrement sensibles, amener les perturbations humorales qui caractérisent la colloïdoclasie, on ne saurait être étonné de voir les injections intraveineuses être souvent suivies, sans délai, des manifestations du choc le plus brutal. M. Milian, qu'on ne saurait accuser de timidité dans l'administration intraveineuse des arsénobenzènes, a signalé qu'en prenant systématiquement la température d'heure en heure, après une injection de novarsénobenzol dilué dans 100 ou 200 cc. de sérum physiologique, on observait assez régulièrement une élévation thermique pouvant dépasser 39°. Point n'est besoin, chez beaucoup de sujets, d'addition de novarsénobenzol au sérum physiologique, pour obtenir cette réaction. Qu'on opère chez un de ces individus prédisposés dont nous avons parlé plus haut, et on aura tout le tableau d'un choc, souvent intense.

A plus forte raison, si, au lieu d'une solution isotonique on emploie de l'eau distillée, suivant une méthode de désensibilisation employée avec succès par Tzanck. Mais là, peut intervenir l'action de l'hémoglobine et des débris de globules détruits par l'eau distillée. L'hémoglobine est, on le sait, un poison violent, de même que les produits de la classe cellulaire.

Les métaux colloïdaux, argent, soufre, or, les peptones, les sérums, sont des agents merveilleux de choc quand on les injecte par voie intra-veineuse, si bien que leur emploi redoutable par cette voie est presque abandonné.

Les moyens de déclencher un choc thérapeutique sont nombreux, on le voit. Est-il légitime de les employer ?

Dans un certain nombre de cas de maladies aiguës, pneumonie, fièvre typhoïde, grippe, il a semblé à de bons observateurs que le choc thérapeutique était suivi d'une amélioration rapide et d'un raccourcissement de la maladie. Mais, dans la plupart des cas, l'hypothermie suivant la phase de choc n'est que passagère et la reprise de l'évolution se fait comme si l'intervention du choc avait été sans effet. De plus, le choc affaiblit un organisme déjà atteint et semble, dans le cas d'insuccès, qui est le plus fréquent, diminuer les forces de résistance. Aussi, l'emploi du choc thérapeutique dans les pyrexies aiguës graves paraît-il, après une phase de vogue, à peu près complètement abandonné aujourd'hui.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne certains états subaigus et chroniques, par exemple, en dermatologie et, en général, dans les états pouvant relever de la sensibilisation.

Dans ce chapitre, la thérapeutique par le choc se réclame d'expériences de Ch. Richet sur l'anaphylaxie. Lorsque, chez un animal sensibilisé, l'injection seconde ne déchaîne pas un choc mortel, on peut, impunément injecter, dans les jours qui suivent, des doses considérables d'antigène. Tout se passerait comme si le choc avait détruit le poison de l'anaphylaxie. De là, l'idée, chez un malade souffrant de petits accidents anaphylactiques à répétition, tels que prurit, urticaire, eczéma, asthme , etc., de produire, par un procédé quelconque , protéinothérapie de préférence, un choc violent, capable de bouleverser son état humoral et de décharger de poison l'organisme.

Cette méthode paraît avoir donné de bons résultats, mais elle est infidèle et la guérison, souvent brillante, n'est que rarement durable.

Une objection très grave nous retiendra toujours dans la recherche du choc en thérapeutique, c'est l'impossibilité de le doser. Il est toujours facile de pousser dans une veine 1 cc. de soufre ou d'or colloïdal. Mais, on ne sait jamais si, avant d'avoir retiré l'aiguille, on ne verra pas chavirer le malade en apnée complète, les yeux révulsés, le nez pincé, les lèvres cyanosées, le pouls imperceptible, en état de mort imminente. Ces accidents dramatiques, même non suivis de mort, doivent faire limiter l'emploi de la thérapeutique par le choc, d'autant plus que les résultats obtenus ne sont en général que temporaires.

Dans la sérothérapie, non seulement, le choc n'est pas recherché, mais il est redouté et met obstacle souvent à l'emploi des sérums.

Par contre, dans l'application des vaccins, le choc paraît à beaucoup une nécessité et comme la signature de l'action positive du vaccin.

Pour nous, cette conception est entièrement inexacte. Prenons un exemple, l'érysipèle. Si, à un érysipélateux grave, on fait une injection de Propidon, suivant les techniques habituelles, on déclenche, dans les heures qui suivent, un état de choc intense avec grosse ascension thermique, frisson, sueurs, dyspnée, diminution des urines qui, souvent, deviennent albumineuses. Le résultat est rarement définitif, si bien qu'il faut répéter les injections, augmenter les doses et déchaîner choc sur choc. Le résultat final est peu différent de celui obtenu par des injections de métaux colloïdaux, de peptone, de lait. On a appliqué une thérapeutique par le choc plutôt que par le vaccin.

Au contraire, employons le Propidon à toutes petites doses répétées, trop faibles pour déterminer un choc, nous obtiendrons, sans désordres pour le malade, le même résultat curatif. Cette amélioration par les vaccins, nous l'obtiendrons mieux encore en substituant au Propidon, que nous avons pris comme exemple parce qu'il est le type des vaccins qui produisent le choc, un vaccin plus spécifique, plus riche en antigènes, mais où la désintégration de ceux-ci est poussée assez loin pour que l'action protéinique soit moins redoutable. Dans tous les travaux que nous avons poursuivis avec Duchon sur l'emploi des lysats-vaccins, nous avons toujours été guidés par l'idée d'éviter le choc et les succès thérapeutiques que nous avons obtenus, en dehors de toute réaction de choc, nous ont prouvé que nous étions dans la bonne voie.

Autre exemple, la fièvre typhoïde. Tous les auteurs qui ont tenté de la traiter par la vaccinothérapie ont

échoué lorsqu'ils ont employé des vaccins ou des doses de vaccin déterminant des chocs. Au contraire, l'emploi de doses infra-choquantes est suivi d'un effet favorable et d'un raccourcissement marqué de l'évolution normale. Chantemesse, qui, le premier, eut l'idée de la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde, avait bien vu que, plus la maladie était grave, plus les doses de vaccin devaient être faibles.

Non seulement nous pensons que la réaction suivant l'injection de vaccin n'est pas un signe de son action favorable, mais encore qu'elle est inutile et souvent nocive. Le choc supprime l'action immunisante recherchée, au lieu, comme on le croit communément, de la renforcer.

Cette formule peut être appliquée également à l'immunisation préventive par les vaccins. La pratique actuelle de la vaccination contre les infections typho- et paratyphoïdiques par les différents vaccins T. A. B. en deux injections fortes, voire en une seule injection, présente un double danger : celui qui résulte du choc déterminé, celui qui résulte de l'insuffisance d'immunisation. Le premier, si on n'écarte pas de la vaccination préventive tout sujet présentant une tare ou une débilité quelconques, peut déclencher, à la suite du choc, une poussée évolutive de tuberculose, une néphrite, une insuffisance hépatique, etc. Le second expose des sujets qu'on croit efficacement vaccinés à contracter une infection typhoïdique. René Besnard a publié la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue à l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière chez des élèves vaccinées par une ou deux injections suivies de choc. M. Martin, de l'Institut Pasteur, d'accord avec nous, a préconisé, à ce propos, la vaccination par au moins trois, et mieux encore quatre injections. Un fait curieux est d'ailleurs à noter en matière de vaccination préventive : de petites doses, inférieures à celles qui déclenchent un choc permettent l'injection ultérieure de très fortes doses sans la moindre réaction. Au contraire, une injection première déterminant un choc paraît sensibiliser, si bien qu'une injection seconde à plus faible dose amène souvent des réactions aussi vives.

En somme, en vaccination humaine, on observe les mêmes phénomènes qu'en immunisation animale. Lorsqu'on injecte des cultures microbiennes de moins en moins atténuées à un cheval pour préparer un sérum thérapeutique, la méthode brutale, suivie de réactions entraînant parfois la mort, ne permet d'obtenir qu'un sérum moins actif et plus toxique que la méthode lente des petites doses répétées et progressives.

Quant à nous, nous nous refusons désormais à suivre les indications, actuellement classiques, des doses et du nombre d'injections à appliquer pour la vaccination antityphoïdique. En commençant par des doses inférieures à 1/4 cc. — nous débutons en général par 1/8 cc. — et en nous guidant sur les réactions du sujet, nous arrivons à la 4e ou à 6e injection à faire absorber *sans aucune réaction* plus de 2 cc. Par cette pratique, nous avons pu vacciner des sujets déclarés impropres à la vaccination, sans aucune réaction immédiate, ni tardive. Et, parmi nos vaccinés, nous n'en connaissons aucun qui ait refusé de continuer la vaccination jusqu'au bout, comme cela s'observe si souvent parmi les sujets ayant éprouvé l'angoisse d'un choc violent consécutif à une première injection trop forte.

S'il est facile, par la graduation des doses, d'empêcher ou de limiter le choc vaccinal, il n'en est pas toujours de même pour l'emploi des sérums, des préparations colloïdales ou de certaines substances toxiques.

En ce qui concerne la sérothérapie, la pratique de la désensibilisation, par la méthode de Besredka, rend d'immenses services. Elle consiste à faire précéder, de demi-heure en demi-heure, l'injection massive, de l'injection sous-cutanée d'un demi, d'un, de cinq centimètres cubes enfin du sérum à employer.

Ch. Richet, Brodin et Saint-Girons ont préconisé l'injection intra-veineuse du sérum dilué dans neuf fois son volume d'eau salée à 8 ou 9 %. Les résultats sont souvent très bons ; le choc n'est malheureusement pas toujours évité. Il convient toujours, comme pour toute injection intraveineuse, de pousser l'injection très lentement, surtout pour les premiers centimètres cubes. La pratique des transfusions sanguines a prouvé que, lorsque les dix premiers centimètres cubes étaient bien tolérés, le choc dramatique immédiat était évité et que les réactions tardives, même bruyantes, n'avaient, dans la règle, pas de conséquences fatales.

L'injection préalable d'hyposulfite de soude, suivant la méthode de Ravaut, peut éviter les effets de choc d'une injection sérique.

Enfin, il ne faut pas oublier les expériences de Richet sur la suppression du choc par l'anesthésie préalable. Chez les animaux chloralisés ou ayant reçu de la morphine, le choc expérimental est difficile à déclencher. A vrai dire, les manifestations extérieures du choc seules sont supprimées, car le syndrome humoral du choc colloïdoclasique est produit dans de telles conditions. L'application de ces notions à l'homme paraît assez délicate. Elle semble avoir permis à Dufour d'obtenir d'intéressants résultats dans le traitement du tétanos.

Le choc est l'un des grands écueils de la pratique des injections intraveineuses d'arsénobenzènes, de préparations organiques de sels d'or, etc. Pour les arsénobenzènes, leur action anticoagulante, que nous avons signalée avec Tzanck, permet de pratiquer la dilution du produit dans le sang du malade lui-même. L'injection ainsi préparée, après cinq à dix minutes d'attente, est souvent inoffensive, même chez les grands intolérants. Mais, les résultats sont inconstants.

Depuis quelques mois, avec Soulié et Langlois, nous essayons de diluer le novarsénobenzol dans le produit complexe connu sous le nom de *Venecine*, riche en métaux de toute sorte et contenant toute la gamme des composés soufrés. Nous avons pu arriver à faire tolérer le novarsénobenzol par voie intraveineuse à de grands asthmatiques, à des tuberculeux, à de grands intolérants de toute espèce qui répondaient jusque-là aux doses les plus faibles par des chocs violents.

De même la dilution de cyanure de mercure dans la *Venecine* nous a semblé éviter des phénomènes d'intoxication mercurielle.

Enfin, les réactions thermiques et les chocs produits par les injections de *Crisalbine* chez les tuberculeux, paraissent supprimés par la dilution de ce sel d'or dans la *Venecine.*

Ces recherches, inédites, sont encore en cours, mais montrent une voie nouvelle qui paraît encourageante.

Le traitement de choc est, jusqu'ici, purement symptomatique. L'injection d'adrénaline, préconisée par M. Milian dans le choc arsénobenzolique, qu'il appelle crise nitritoïde, en paraît être l'élément essentiel. La respiration artificielle, le massage du cœur, les injections stimulantes et toni-cardiaques, la révulsion périphérique, sont à mettre en œuvre.

D'une façon générale, plus un choc apparaît tardivement après l'administration de la substance déchaînante, moins le pronostic en est redoutable, Mais, ce n'est pas une règle absolue et mieux vaut, à notre avis, tout faire pour éviter un choc thérapeutique, dont les résultats favorables, nous espérons l'avoir démontré au cours de cette étude, ne reposent que sur des hypothèses jusqu'ici non vérifiées.

Les grandes étapes de l'anesthésie rachidienne (1)

Par le Dr E. FORGUE,
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER,
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT.

L'idée fut américaine. La réalisation chirurgicale fut allemande. Il est permis de dire que la méthodisation fut française. Ce progrès a donc été le résultat d'une triple collaboration, où chacune de ces trois chirurgies a apporté sa contribution incontestable : l'invention ; l'audace d'application ; la mise au point technique et clinique.

Voici, pour établir les réelles priorités, les faits et les dates aussi précises que possible.

Il est indéniable que l'idée initiatrice, celle qui ouvre et marque toute découverte, appartient ici, non à un chirurgien, mais à un neuro-pathologiste américain : Léonard CORNING, de New-York. Dans un but de thérapeutique nerveuse directe, et ayant pour objet de porter les agents médicamenteux au contact même de la moelle, CORNING, dans sa première expérience, mémorable, de 1885, se proposa, sans pénétrer dans l'espace sous-dural (chez l'animal, il ne pouvait y accéder qu'après une laminectomie et chez l'homme la ponction lombaire n'avait pas encore été réglée), de réaliser fonctionnellement une section transversale de la moelle, en pratiquant, chez un chien, une injection de cocaïne entre les apophyses épineuses des deux vertèbres dorsales inférieures. Il comptait sur l'absorption circulatoire par les veinules de l'espace épidural pour transporter l'alcaloïde jusqu'à la moelle. Et, de fait, il obtenait expérimentalement cette imbibition anesthésique médullaire : cinq minutes après l'injection, il notait une incoordination des mouvements du train postérieur de l'animal ; puis, la paraplégie et l'anesthésie des extrémités postérieures, tous phénomènes éphémères, disparus quatre heures après. Du chien, CORNING, n'hésite point à passer à l'homme : il vérifie, chez un malade, après une injection de cocaïne (60 minimes d'une solution à 3 p. 100) dans l'espace interépineux de la 11° à la 12e D., la production d'une anesthésie, surtout marquée aux membres inférieurs, à la région lombaire, au scrotum, au pénis, avec sensation de « jambes mortes », et même diminution de la sensibilité étendue aux membres supérieurs ; dans la journée, céphalée. Voilà presque le tableau d'une de nos rachianesthésies actuelles : on peut se demander si, dès cette première tentative sur l'homme, l'aiguille de CORNING est bien restée dans l'espace épidural. En 1888, d'ailleurs, CORNING s'attache à résoudre ce problème technique : porter l'agent médicamenteux le plus près possible de la moelle sans la léser.

En 1891, un progrès majeur est intervenu, qui marque une étape décisive de la thérapeutique intra-durale : QUINCKE a montré avec quelle facilité et quelle innocuité on peut, chez l'homme, à travers un intervalle lombaire, pénétrer dans l'espace sous-arachnoïdien et évacuer, par un trocart de petit calibre, le fluide cérébro-spinal. C'est le point de départ de tous les travaux ultérieurs sur ce liquide qui baigne de toutes parts les centres nerveux : progrès de diagnostic, puisque ses altérations chimiques, cytologiques et bactériologiques, signature fidèle d'infections même latentes, nous aideront à résoudre maints problèmes obscurs de symptomatologie nerveuse ; progrès de thérapeutique, puisque cette ponction peut nous servir à introduire, par la voie sous-arachnoïdienne, des substances médicamenteuses destinées à agir directement sur les éléments nerveux.

Dès 1894, CORNING, a pratiqué, pour la première fois, de propos délibéré, la ponction lombaire du sac dural pour l'injection d'une solution de cocaïne. Dans son livre sur la douleur, qui date de cette année, il a exactement noté qu'au niveau où il ponctionnait (entre la deuxième et troisième lombaire), il ne pouvait rencontrer que les nerfs de la queue de cheval, dont la lésion éventuelle par une pointe de petit calibre était sans péril : il traversait la peau, entre ces deux vertèbres, avec un premier trocart court et plus large, dans lequel il glissait, pour la ponction du sac dural, une fine aiguille. Mais, d'une part, il poussait l'injection, la seringue étant adaptée à l'aiguille, sans fournir la preuve de la pénétration intra-durale par l'issue du liquide céphalo-rachidien, omission qui a créé le litige ; et, d'autre part, bien qu'il déclare que, dès 1888, il ait sollicité d'un de ses collègues, chirurgien, l'application de la méthode à l'anesthésie opératoire, il est indéniable, comme l'objecte BIER avec raison, que dans les quatorze années qui se sont écoulées entre son invention thérapeutique et la réalisation chirurgicale de BIER, CORNING, n'a pas une seule fois déterminé un chirurgien à conduire une opération sous cette anesthésie.

L'histoire chirurgicale de l'anesthésie rachidienne s'ouvre, en réalité, le 16 août 1898, il y a une trentaine d'années seulement. Ce jour-là, le professeur BIER, avait à pratiquer une résection du pied chez un tuberculeux, à localisations multiples, qui avait déjà subi plusieurs narcoses et en redoutait les suites. BIER se décide à lui injecter, en plein sac dural, par voie lombaire, trois centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 0,5 %, soit la dose prudemment réduite, d'un centigramme et demi. Il attend vingt minutes : à ce moment, la moitié inférieure du corps est insensibilisée et BIER pratique la résection tibio-tarsienne ; le patient la subit, sans ressentir la moindre douleur ; deux heures après, il y a quelques vomissements et de la céphalée ; les vomissements cessent bientôt, mais les douleurs de tête persistèrent jusqu'au lendemain.

Cinq fois, BIER renouvelle avec succès sa tentative : il est donc acquis que l'injection d'une faible dose de cocaïne, injectée dans le sac dura-arachnoïdien, insensibilise la moitié inférieure du corps et que de grandes opérations peuvent être tentées grâce à cette anesthésie. Mais, après cette demi-douzaine d'expériences sur autrui, BIER, avec une haute conscience de sa responsabilité, et en raison des incidents qui accompagnent ces essais, estime qu'il doit éprouver, sur lui-même, la nouvelle méthode. Et le 24 août 1898, donc, huit jours après sa première tentative, il se couche à son tour, sur la table d'opération et prie HILDEBRANDT de lui injecter une demi seringue d'une solution de cocaïne à 1 %, soit la dose très fractionnée de cinq milligrammes. Cette injection fut partiellement ratée et une partie de la cocaïne se perdit, l'aiguille ne s'ajustant pas exactement à la seringue. Le professeur HILDEBRANDT s'offre alors à renouveler l'expérience : il subit une injection intra-durale de cinq milligrammes de cocaïne, dose homéopathique ; et, cependant, dix minutes après, une grosse aiguille est enfoncée, sans douleur en pleine cuisse ;

(1) Cet article est extrait d'une monographie, actuellement sous presse, sur la rachianesthésie, par MM. Forgue et Basset.

l'insensibilité est complète au périnée. Mais ces deux essais d'auto-rachicocaïnisation ne vont pas sans des suites déplaisantes et les deux chirurgiens sont plus éprouvés que leurs six premiers malades. BIER, qui souffre de céphalée vive, doit se coucher et garder le lit pendant neuf jours ; HILDEBRANDT est pris de douleurs de tête, puis de vomissements ; il essaie, le lendemain, de reprendre son service, mais doit se recoucher et, pendant quatre jours, reste mal à l'aise, avec reprise intermittente des céphalées.

Il est incontestable qu'à BIER revient le mérite d'avoir injecté, délibérément, dans le but d'une anesthésie opératoire, la solution de cocaïne, en plein liquide céphalo-rachidien. Et il est remarquable de voir, avec quelle précision, notre collègue allemand, dégage, de cette brève série de huit cas, les caractères essentiels de cette anesthésie lombaire. Il a fait la ponction lombaire, en décubitus latéral, à la manière de QUINCKE, avec une aiguille très fine ; il a poussé l'injection avec une seringue de Pravaz, bien ajustée à l'aiguille ; faisons-nous autrement ? Avec un grand sens clinique, il a noté : l'action anesthésiante d'une très faible dose de cocaïne, cinq milligrammes à un centigramme, qui suffit à insensibiliser près des deux tiers du corps ; la rapidité de cette action, réalisée en cinq à huit minutes ; la persistance de la sensibilité tactile ; la variabilité de la limite supérieure de la ligne d'anesthésie, qui peut s'élever jusqu'au rebord costal et dans le cas 4, jusqu'au cou ; la durée de l'insensibilisation qui est de 45 minutes en moyenne, la variété individuelle des accidents pouvant compliquer la rachianalgésie, ainsi qu'on l'observe pour la narcose. En vérité, rien d'essentiel ne lui a échappé ; et il est surprenant de voir se construire, sur une aussi courte série d'observations, un aussi complet tableau clinique. Et, dès ce premier mémoire, son opinion modératrice s'affirme : il sent le besoin de recherches expérimentales complémentaires ; il insiste sur les faibles doses ; il limite l'indication au cas où la narcose est contre-indiquée. BIER, comme nous le disait RECLUS, « a été très sévère pour cet enfant, dont le premier, il a révélé les défauts ; mais, il n'en reste pas moins le père incontesté ». C'est cet ensemble de hardiesse dans l'entreprise, d'observation exacte, de sage limitation qui donne, d'emblée, à l'œuvre de BIER sa place de premier réalisateur.

TUFFIER mérite, aussi, d'être classé au premier rang, dans l'histoire de cette méthode d'anesthésie. S'il n'y a recouru que sept ou huit mois après la publication du mémoire de BIER (dont il déclare n'avoir point eu connaissance), il a été du moins le premier, en France, à pratiquer ce mode nouveau d'anesthésie, il l'a vulgarisé par une large application (puisque, dès 1901, il avait pratiqué ainsi plus de 400 opérations), et par l'activité entraînante de sa propagande. Il en a précisé la technique, par la création du type d'aiguille, désormais classique, à biseau court (pour n'être point à cheval sur le point de ponction de la dure-mère), par le choix, comme repère, de la ligne bi-crête, par le conseil de l'injection lente. Il a, en collaboration avec HALLION, établi que l'anesthésie rachidienne est surtout une anesthésie radiculaire. C'est, sûrement le point dominant acquis par l'étude expérimentale de TUFFIER et HALLION ; par leur communication du 3 novembre 1900, ils annonçaient des recherches complémentaires sur le mode de diffusion de la cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien, sur l'influence de l'attitude du sujet, de la densité des solutions ; ils avaient donc embrassé l'ensemble du problème ; il faut regretter que ces recherches soient restées inédites. TUFFIER a noté et signalé les inconvénients de la méthode, les vomissements et céphalées ; il a discuté, dès 1901, avec beaucoup de jugement, les risques comparés des divers modes d'anesthésie. Dans la pratique de l'anesthésie lombaire, chronologiquement, « il n'arrive que bon troisième », comme le lui disait RECLUS ; mais, à cette place, il affirme son rôle personnel par une contribution de perfection technique et de diffusion mondiale que nous avons le devoir d'attester, nous qui avons été ses contemporains ; à cette époque, son service a été le centre d'instruction, dont l'exemple et les travaux ont été l'origine du mouvement scientifique qui, vers 1900, a donné à la rachianesthésie, en moins de six mois, son universelle expansion.

Il y a encore, un médecin, un neurologiste français dont il est juste de rappeler les recherches et qui, comme CORNING, en Amérique, et directement par injections sous-arachnoïdiennes, à la faveur de la ponction lombaire, a eu l'idée d'introduire, dans l'espace sous-dural, des substances médicamenteuses qui, transportées par le liquide céphalo-rachidien, pourraient agir sur la substance nerveuse sous-jacente : c'est SICARD, dont la thèse est, au point de vue de la voie thérapeutique sous-arachnoïdienne, considérable au double titre expérimental et clinique. Dès 1898, ainsi qu'il a eu l'obligeance de nous l'écrire, il a, expérimentalement, chez le chien, porté de la cocaïne, par ponction sous-arachnoïdienne au contact des racines dorso-lombaires. Il fut détourné par un de ses maîtres, BOUCHARD, d'appliquer à l'homme cette cocaïnisation sous-arachnoïdienne : il dut s'incliner devant ce veto du maître ; mais « je me rappelle, nous écrivait-il, non sans malice, avoir été très heureux, quelques mois plus tard, d'envoyer à BOUCHARD les publications de BIER ».

Comme toute découverte, la création de cette méthode d'anesthésie a été une œuvre progressive, qui a été préparée par des travaux d'à côté et mise à l'étude sur plusieurs points du monde, qui a subi plusieurs éclipses, et qui n'arrive actuellement à sa position définitive que par le progrès chimique auquel nous devons des agents analgésiques plus sûrs et grâce à la prolongation d'une expérience clinique qui nous permet de classer les résultats et les indications.

Il est hors de doute que si nous n'avions eu à notre disposition que la cocaïne, même chimiquement pure, la carrière de la rachi se fût rapidement arrêtée, devant les risques impressionnants révélés par certaines statistiques du début. C'est dans un laboratoire de chimie que s'est réalisé le progrès par lequel l'anesthésie rachidienne a maintenu et développé sa place dans l'analgésie chirurgicale : la création synthétique de la stovaïne avait déjà amélioré favorablement sa position ; la novocaïne et ses multiples dérivés l'ont consolidée ; il n'est pas défendu d'escompter dans l'avenir la production d'un agent de plus grande sécurité.

Cette brève histoire de la rachi-anesthésie qui, depuis la première injection de BIER, n'a pas plus de trente ans, présente, en somme, une série alternée de déclins et de reprises. Parmi ceux qui ont lutté, parfois, contre des réquisitoires d'une véhémence excessive, comme celui de RECLUS, pour conserver les justes indications de l'anesthésie rachidienne et pour améliorer sa sûreté, il faut citer l'action persévérante de CHAPUT, les réalisations techniques de LE FILLIATRE, la pratique abusivement étendue de JONNESCO, notre contribution personnelle par laquelle, en collaboration continue avec RICHE, depuis plus de vingt-cinq ans, nous nous sommes efforcés de reprendre, avec exactitude, la question, à la faveur de la sécurité que nous apportait la novocaïne, de soumettre les résultats à un contrôle, sévère mais impartial, et de donner à cette forme de l'anesthésie son cadre d'action utile et sage et son rang mérité.

Traitement de l'attaque de goutte,

Par M. Maurice LOEPER,
Professeur de Thérapeutique a la Faculté de Médecine de Paris.

J'envisagerai ici la *manifestation goutteuse* dans ce qu'elle a d'aigu et de localisé. Je négligerai la nature même de la maladie, pour m'occuper seulement de la réaction douloureuse qui la caractérise et qui en reste le symptôme initial et dominant.

La goutte est connue depuis les temps les plus reculés ; les empereurs, les rois, les philosophes, les poètes ont été goutteux. Sydenham, qui a donné dès 1685 une si belle description de la maladie en avait ressenti lui-même les atteintes.

Les déformations de la goutte sont caractéristiques : un beau portrait du duc d'Aumale par Benjamin Constant nous offre la reproduction la plus exacte qu'on puisse voir de la goutte digitale.

On se demande pourquoi l'on a donné à cette affection le nom de « goutte ». Le mot paraît dans les livres dès le IXe siècle et depuis ce moment tous les auteurs français le répètent ; les Anglais l'appellent « gut », les Allemands « gicht », les Italiens et les Espagnols « gota ». Consacré par les siècles, ce mot de « goutte » est devenu classique, et il doit être conservé.

Les premières descriptions ne concernaient que la clinique. Ce fut beaucoup plus tard que les auteurs abordèrent les problèmes biologiques et pathogéniques qu'elle suggère. Quant à la thérapeutique, elle n'a pas subi de variations fondamentales.

Rufus d'Ephèse, et surtout Lucien, à une période où on en souffrait beaucoup, chantaient déjà la douleur de la goutte : ce fut la podagre des Grecs puis la mégère de Rutebœuf. Il semble que c'est à Sydenham, qu'on doive la première description vraiment précise et complète.

Quant à l'étape chimique, elle commence à Garrod qui parle pour la première fois, en 1848, des rapports de l'acide urique et de la goutte ; sa méthode de caractérisation de l'acide urique sanguin par le procédé du fil est fort imprécise, mais elle est demeurée classique.

Des recherches plus récentes d'auteurs étrangers et français, de Fischer et Kossel en 1898 ont complété cette étude. Minkowski en 1907, Chauffard et moi-même en 1918 ont démontré que goutte et acide urique n'étaient pas exclusivement synonymes, et que l'excès de cholestérine autant que l'excès d'urates était habituel sinon constant chez les goutteux. J'ajoute cependant que nous sommes encore loin d'une interprétation satisfaisante de la goutte et de sa crise. Et il y a toujours un peu de vrai dans la phrase peu flatteuse d'un vieil auteur : « Que direz-vous de moi la goutte ; en mon cas homme ne voit goutte ».

***

Une crise de goutte débute brutalement : elle se localise avec élection à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et se traduit par une douleur violente, une impression d'écrasement et de broiement ; par une tuméfaction plus ou moins marquée, de la chaleur, de la rougeur, de la dilatation des veines superficielles. On devine déjà quelles seront les indications thérapeutiques : douleur, chaleur, tuméfaction, distension veineuse, justifient évidemment les médications analgésiques et résolutives.

Il est vrai que la crise de goutte n'est pas exclusivement locale : autour de ce symptôme dominant qu'est la localisation douloureuse se groupent d'autres symptômes qu'on peut appeler secondaires. et qui en sont comme les harmoniques ; la fièvre, l'oligurie et l'état saburral dépendent à la fois du trouble du fonctionnement hépatique et gastro-intestinal et doivent retenir l'attention du médecin.

Les *médications locales* que l'on doit employer dans la crise de goutte sont nombreuses. Une première fort simple réside dans l'application de compresses humides, chaudes ou réchauffées qu'on maintient à une température constante par le thermostat électrique. La chaleur, après une vaso-constriction passagère, dilate au maximum les vaisseaux superficiels ; elle peut diminuer dans une certaine mesure la congestion profonde et exercer ainsi une action bienfaisante.

On peut utiliser également le froid. Certains auteurs n'hésitent pas à appliquer un sachet de glace sur l'articulation malade et le procédé s'est montré parfois efficace. Il est vrai qu'on cite des cas où l'application de compresses froides sur une articulation goutteuse, tout en jugulant la crise, a paru provoquer des accidents éloignés : hémorragie ou congestion cérébrale.

Mais la chaleur a été accusée des mêmes méfaits, et l'on cite aussi l'histoire d'Agrippa qui, prenant un bain de pied chaud au cours d'une goutte, a fait des accidents cérébraux d'une réelle gravité.

Cela veut dire qu'il ne faut appliquer ni trop chaud ni trop froid.

Pour atténuer l'état congestif des tissus, on a évidemment, et c'était logique, pensé aux sangsues et certains auteurs, comme Paulmier, conseillaient d'en poser jusqu'à 20 au niveau de la jointure. Il y eut à cette thérapeutique bien des opposants : on a très vite proscrit les sangsues parce qu'elles risquent de dériver un processus dont tous les signes prouvent justement qu'il a une heureuse tendance à se localiser. Au risque de paraître vieux jeu, j'affirme que deux ou trois sangsues appliquées au voisinage du mal procurent une sédation appréciable et rapide. J'avoue par contre qu'il est illogique de faire des saignées.

Au temps du grand Roi, on n'hésitait pas à saigner à tout instant les goutteux. Plus tard, Barthez, Broussais eux-mêmes ont gardé cette coutume. A l'heure actuelle, nous l'avons complètement abandonnée.

Je passe aux applications médicamenteuses. On peut douter de leur efficacité. Est-il possible qu'un médicament quelconque pénètre directement dans les tissus douloureux ? La question se pose d'ailleurs aussi bien à propos du rhumatisme chronique, du rhumatisme articulaire aigu, des douleurs névralgiques que de la goutte. Pour certains, on peut y répondre affirmativement, pour d'autres négativement Il semble bien avéré que les substances solubles dans l'eau et non volatiles ne pénètrent pas les tissus : si Garrigou a prétendu qu'un bain salé augmentait notablement l'excrétion des chlorures urinaires et d'une façon durable, par contre Homolle n'a prétendu ressentir aucun accident toxique d'un bain de feuilles de belladone. Est-ce à dire que le sel pénètre et la belladone pas ?

Les compresses imbibées de sels de lithine ou de sels de potasse appliquées sur la jointure ont parfois donné quelques résultats. C'est qu'une peau irritée est largement ou-

verte et qu'elle absorbe de plus aisémment. Aussi l'application de pilocarpine, de feuilles de jaborandi, en dilatant les pores, facilitent-elles l'absorption.

La question ne se pose pas pour les substances volatiles. Les expériences de Linossier l'ont démontré : le salicylate de méthyle, le gaïacol, le menthol, sont absorbés par les tissus.

Le *salicylate de méthyle* employé seul est assez désagréable. Associé à des essences au menthol, au gaïacol, l'odeur est peut-être moins écœurante et l'action est à peu près la même.

Je rappelle que le salicylate de méthyle est extrait de l'essence de Wintergreen, dont il représente les 9/10 et que l'essence de Wintergreen provient de la Gaultheria procumbens qui est, paraît-il, une des plus riches en substances salicylées. On extrayait autrefois exclusivement le salicylate de méthyle de la Gaultheria procumbens ; on le prépare maintenant par synthèse. Ce produit doit sans doute son action analgésique à l'élément méthyle qu'il contient, c'est une notion générale de pharmacologie que les substances chimiquement définies sont analgésiques, chaque fois que leur formule comprend un groupe méthyle.

Le salicylate de méthyle est employé en pommades. Les unes sont au 1/2 ; les autres sont au 1/10e, selon la formule suivante :

Salicylate de méthyle	5 gr.
Vaseline, Lanoline	ââ 25 gr.

Mais il faut éviter d'appliquer sur la peau plus de 5 à 6 gr. par jour de salicylate de méthyle.

L'*Ulmarène*, qui est une combinaison salicylée complexe, est de parfum moins accusé. Il s'emploie à peu près aux mêmes doses.

On peut utiliser aussi le gaïacol, qui est voisin de la créosote dont il est une des parties constituantes : c'est un éther, monométhylique de la pyrocatéchine, donc un produit méthylé et par conséquent analgésique.

On le fabrique aussi synthétiquement et on l'emploie à des doses un peu moindres que le salicylate de méthyle ; au lieu d'une pommade au 1/10e on formule généralement 2 gr. pour 50 gr. de vaseline et de lanoline.

Le camphre de menthe ou *menthol* est bien connu ; il se trouve dans les pharmacies courantes sous forme de crayons que les migraineux emploient volontiers. Le menthol est soluble dans l'alcool et très miscible aux substances grasses, telles que la vaseline, la lanoline, l'axonge. On peut le donner à doses égales ou l'associer au salicylate de méthyle suivant la formule suivante :

Salicylate de méthyle	5 gr.
Menthol	1 gr.
Vaseline, Lanoline	ââ 25 gr.

Le *chloroforme* est un bon analgésique qui s'incorpore facilement aux matières grasses. Mais il est assez irritant pour les téguments.

Menthol	2 gr.
Chloroforme	10 gr.
Huile de camomille camphrée, Huile de jusquiame	ââ 15 gr.

Je m'en voudrais de ne pas dire un mot du *Baume Tranquille* que la vieille pharmacopée utilisait largement et que nos grand'mères connaissaient bien et appliquaient un peu partout.

Il fut inventé jadis par un certain abbé Rousseau, qui faisait partie de la congrégation des Capucins de Louvre ; l'abbé Rousseau tenait lui-même sa formule d'un autre père qui portait le nom prédestiné de Père Tranquille.

Cette formule est complexe. Il y entre de la belladone, de la jusquiame, de la stramoine et de la morelle noire, plantes appartenant à la famille des solanées et toutes douées d'un effet analgésique et stupéfiant.

Il contient encore du pavot et de l'opium, médicaments sédatifs par excellence et aussi de l'essence de lavande, de l'essence de thym, de romarin, de menthe, une certaine quantité d'alcool à 95º avec une faible proportion d'huile d'œillette fabriquée avec les graines mêmes du pavot.

On a ainsi un baume très complexe ; mais qui l'était plus encore autrefois, car l'abbé Rousseau prétendait que, en y ajoutant quelques crapauds, on en renforçait ses vertus. La pharmacopée actuelle n'a pas jugé utile de réintégrer le crapaud et ses propriétés sédatives dans la formule du baume tranquille, et, personne, je crois, ne dira qu'elle a eu tort.

C'est à l'application de ces différentes substances que doit se résoudre, dans la majorité des cas, la thérapeutique externe des crises de goutte. Quelqu'anodine qu'elle paraisse, elle doit être appliquée avec prudence. Lucien connaissait déjà cette hypersensibilité des goutteux puisqu'il faisait dire à la goutte la phrase suivante :

Tous ces gens-là sont insensés qui ne font qu'exciter ma colère, aussi je les traite sans miséricorde, mais pour ceux qui n'entreprennent rien contre moi, j'en use avec bonté et indulgence (Τραγωποδαγρα).

Il ne faut point pourtant négliger la crise de goutte, mais user de médications qui ne la jugulent pas trop brutalement.

Or, pour calmer des douleurs vives, les applications ne suffisent point.

La pharmacopée nous fournit des médicaments internes et efficaces.

Les uns sont des sédatifs d'ordre banal : comme l'opium l'antipyrine, le pyramidon ; les autres sont plus spécifiques, comme le colchique et ses dérivés, qui comportent des préparations nombreuses.

L'*opium* fut très vanté par Scudamore qui s'est occupé beaucoup de la goutte et dont il faut connaître le nom comme on connaît celui de Sydenham et de Garrod. Cet auteur prétendait que l'opium était indispensable aux goutteux. Mais Bouchard et ses élèves ont montré qu'il ne leur était pas recommandable car il endort le malade mais ne détruit pas le mal. Il agit sur la douleur et non sur la nature du processus anatomique qui la provoque. Enfin, il apporte une gêne à l'élimination rénale, responsable déjà pour une part des troubles de la nutrition du goutteux. De sorte que l'on n'emploie plus l'opium ou très peu. L'injection de morphine n'est qu'une médication d'urgence et vraiment peu recommandable.

L'*antipyrine* est infiniment supérieure.

Knorr, qui l'a beaucoup étudiée, lui a donné son nom mais c'est Filehne, et Germain Sée qui ont poursuivi son étude pharmacodynamique.

Je rappelle qu'au point de vue chimique, elle est une phénylméthylpirazolone ; autrement dit, un dérivé pyrclé comprenant un élément méthyl et un élément phényl. Le groupement phényl est doué d'une action antithermique, le groupement méthyl d'une action analgésique. L'antipyrine est donc fortement antipyrétique et indiscutablement analgésique.

Elle s'élimine assez rapidement, puisqu'elle apparait dans l'urine de 30 à 50 minutes après son absorption. Elle paraît avoir une action inhibitrice au moins secondaire sur les réflexes médullaires et détermine presque toujours une vaso-constriction locale.

A haute dose, l'antipyrine peut être dangereuse, ainsi que l'a montré Pouchet. Des tracés faits par Raymond Hamet dans mon laboratoire font apparaître à forte dose de violentes convulsions respiratoires, mais ces doses répondent à 30 grammes environ chez l'homme, c'est-à-dire à dix fois la dose thérapeutique.

L'antipyrine détermine aussi de l'hypotension artérielle et en même temps une diminution de pression rénale : c'est pourquoi il est préférable de n'en pas donner de grandes quantités, car la réduction de l'élimination urinaire est un sérieux inconvénient chez les goutteux.

Elle semble réduire l'élimination de l'urée et augmenter celle de l'acide urique. Mais je ferai remarquer que les auteurs qui se sont occupés de la question de l'antipyrine dosent l'urée rendue et la rapportent au litre. Or, ce n'est pas le pourcentage qui compte mais bien la quantité totale. Un malade peut très bien réduire sa quantité d'urine et augmenter la qualité de ses excrétions. Il faudrait connaître la quantité totale éliminée pour apprécier exactement l'action de l'antipyrine.

On donne l'antipyrine à raison de 1 gramme à 5 grammes par 24 heures, associée au bicarbonate de soude qui évite l'irritation de l'estomac ; son effet analgésique est relativement rapide.

Le pyramidon est un dérivé de l'antipyrine. Il a l'avantage d'agir plus vite et à doses moindres, mais il a l'inconvénient considérable de diminuer beaucoup plus encore l'élimination rénale. Les urines émises après son ingestion sont très hautes en couleur et très concentrées.

Chimiquement le pyramidon est une double antipyrine ; il est deux fois méthylé, donc deux fois analgésique ; il est de plus un produit aminé, car sa formule contient un groupement NH que n'a pas celle de l'antipyrine. La dose courante va de 25 à 30 centigrammes par cachet renouvelé 2 ou 3 fois par jour. Combiné au camphre, il donne un camphorate de pyramidon doué de propriétés analogues et moins anhydrotique. La mélubrine est un pyramidon soufré qu'on n'utilise plus maintenant.

La combinaison acide acétique antipyrine, ou acétopyrine, est assez mal définie. De même le pyrosal.

Le troisième groupe est constitué par les dérivés de l'aniline.

Si l'antipyrine et plus encore le pyramidon ont l'inconvénient considérable d'altérer le fonctionnement rénal, les dérivés de l'aniline sont susceptibles d'altérer le sang.

L'acétaniline, et ses dérivés, exalgine, phénacétine, etc., diminuent dans une très large mesure la résistance globulaire, attaquent les globules, et font parfois de la méthémoglobinémie, et de l'hémoglobinurie.

Il faut donc s'en méfier et les administrer à doses minimes. Si par elle-même l'acétaniline n'est pas très toxique, du fait qu'elle détermine de l'hémoglobinémie, elle doit être maniée avec prudence.

Chimiquement, elle est une combinaison de l'aniline avec un élément acétique.

L'aniline n'est qu'un amidobenzène. Combinée à l'acide acétique, elle donne une acéto-amido-benzène c'est-à-dire l'acétaniline.

Les chimistes ont par la suite fabriqué toute une série de dérivés acétanilinés.

Le plus connu est l'exalgine, beaucoup plus analgésique que l'acétaniline, parce que contenant un groupement méthyl. C'est en effet une méthylaniline acétique, c'est-à-dire une méthylacétaniline.

Plus employée encore est la phénacétine qui est très active et plus antipyrétique.

D'autres composés dérivent par des modifications très simples des précédents : le citrophène résulte de la substitution de la molécule d'acide citrique au groupement acétyl, c'est une phénhyléthyl citraniline.

Remplaçons l'élément citrique par l'élément lactique : nous aurons la phényléthyllactaniline qui est le lactophényle.

Tous ces produits dérivent donc de l'aniline, soit par adjonction d'un élément méthyle, soit par l'adjonction d'un groupement éthylphényle soit aussi par substitution à l'élément acétique d'un élément citrique ou lactique.

Quels qu'ils soient, ils ont tous le même inconvénient, celui de faire, à partir de 2 gr., de la méthémoglobine et de provoquer de la cyanose.

Ils ne doivent être utilisés qu'à des doses de 25 à 50 centigrammes. Ils sont d'ailleurs, surtout l'exalgine, plus antinévralgiques qu'ils ne sont antiphlegmasiques, et sont moins indiqués dans la goutte que dans les névralgies.

Les dérivés salicylés figurent le 4[e] *groupe* des médicaments antigoutteux. L'emploi du salicylate n'est pas tout récent puisque les Hottentots appliquaient, il y a longtemps déjà, l'écorce de saule aux douleurs. C'est en effet du saule (*salis helix*) que Maclagan l'a extrait puis de l'essence de Wintergreen. La synthèse en fut faite industriellement par Kolbe.

Le salicylate de soude a quelques avantages, car il augmente les sueurs, et diminue l'urine ; il s'élimine par le foie et le rein ; il agit essentiellement sur le pneumogastrique en provoquant de l'hypotension et de la bradycardie, mais aussi sur le système nerveux central et les nerfs craniens, puisqu'il détermine parfois de la céphalée, de la fièvre, de la surdité et des vertiges ?

La salipyrine est une combinaison assez instable de salicylate et d'antipyrine.

L'aspirine lui est supérieure. C'est un produit acétylacétique. Elle est plus analgésique que le salicylate et s'emploie à moindres doses. Elle est aussi assez diaphorétique et diminue de ce fait l'élimination rénale mais elle n'agit pas directement sur le rein.

On associe souvent et utilement aspirine, pyramidon et phénacétine, qui sont des médicaments de souches différentes, mais il est vain d'associer l'antipyrine au pyramidon, ou l'aspirine au salicylate qui sont de la même famille.

Le pyramidon, l'antipyrine peuvent être donnés en suppositoires. L'aspirine, peu soluble, s'absorbe mal par voie rectale.

La dernière classe des médicaments est représentée par les dérivés *quiniques* et l'aconit qui ont une action plus nerveuse. La quinine est un des alcaloïdes du quinquina. Je rappelle que c'est un corps bibasique qu'on n'emploie que sous forme de sels : sulfate, chlorhydrate, bromhydrate, valérianate, glycéro-phosphate.

On a avantage à prescrire les sels les plus riches en quinine, puisque c'est d'abord l'élément quinique qui agit. Voici très rapidement leur liste :

Le sulfate neutre	contient	59 %	de quinine
Le phytinate	»	57 %	—
Le glycéro-phosphate basique	»	71 %	—
Le valérianate	»	76 %	—
Le bromhydrate	»	76 %	—
Le chlorhydrate basique	»	81 %	—

Les sels neutres contiennent naturellement moins de quinine que les basiques.

La richesse en quinine n'est pas le seul guide. Au sulfate ou au phytinate, on préfère souvent le valérianate et le bromhydrate parce que le radical bromé ou valériané a lui aussi une influence.

L'aconit est encore un des médicaments qu'on prescrit volontiers dans l'attaque de goutte.

C'est une substance dangereuse car l'aconitine qu'elle renferme est douée d'une toxicité considérable. Or, un kilogramme de racines contient jusqu'à 1 gr. 50 d'aconitine. On utilise dans l'aconit, *aconitum nappellus*, les feuilles et les racines, mais à l'heure actuelle surtout la teinture de racines, l'alcoolature de feuilles et l'extrait de racines d'aconit; l'alcoolature de racines qui figurait dans l'ancien codex n'est plus employée maintenant.

La teinture de racines d'aconit se donne à la dose de X, XV ou XX gouttes ; LVII gouttes = 1 gramme. L'extrait de racines d'aconit à la dose de 1, 2, 3, 4 centigrammes. L'aconitine critallisée est utilisée en thérapeutique à une très faible dose journalière de 1/10ᵉ de milligramme. L'aconitine amorphe est d'action assez inconstante et inutilisée.

L'inconvénient très grand de l'aconitine est de déterminer des phénomènes parétiques, du refroidissement des extrémités, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des paresthésies au niveau de la face. Celle anesthésie de la face résulte de l'action spéciale du médicament sur le trijumeau, exemple très démonstratif du tropisme de certains médicaments. L'aconit a une affinité élective pour le trijumeau et particulièrement pour son noyau masticateur. Il a aussi une action assez marquée sur les terminaisons nerveuses des muscles.

Tous les médicaments ci-dessus indiqués peuvent irriter l'estomac et l'on sait de quelle sensibilité est doué l'estomac du goutteux au cours d'une crise de goutte. Les médicaments insolubles, comme les solubles, à l'exception de l'aspirine, seront additionnés de bicarbonate de soude ou dilués dans du sirop ou de l'eau médicinale, eau de tilleul et eau de laitue. L'eau de laitue a une action vraiment calmante grâce à la lactucine qu'elle contient. Ses propriétés sont à rapprocher de celles de l'hyosciamine, substance active de la jusquiame. On peut donc ajouter l'eau de laitue à l'antipyrine, au pyramidon, à la quinine et à l'opium, et renforcer ainsi l'action des autres médicaments.

* * *

J'ai hâte de parler du *colchique* qui pendant longtemps a été considéré comme le spécifique de la goutte. Un très grand nombre de fabricants, de spécialistes et de pharmaciens du siècle passé voulaient que le colchique fût à la base de tous les produits anti-goutteux.

On ne compte pas les tisanes, les liniments, les vins, les teintures, les pilules qualifiées de spécifiques qui contenaient du colchique.

Le colchique est une plante très répandue, dont la belle fleur rose embellit les champs à l'automne. Elle est très toxique, très active ; elle est responsable de nombreux accidents.

Le nom de colchique vient d'une ville de Grèce où on l'aurait découverte et qui s'appelait Colchos. Le colchique est cité dans beaucoup de travaux anciens. Il semble même que la plante connue autrefois sous le nom de doigts d'Hermès (Hermodactes) très vantée par Pline et Dioscoride, n'est autre chose que le *colchicum variegatum*, variété fort voisine de notre colchicum *autumnale*.

Le colchique bénéficie d'une synonymie abondante ; on l'a appelé « belle toute nue » parce que les feuilles se développent très lentement et que la plante est encore incomplète alors que la fleur est déjà poussée. Ses feuilles poussent généralement au mois d'avril, mais la fleur et le fruit apparaissent déjà en septembre. Les feuilles n'atteignent leur complet développement qu'après la fructification, — d'où le nom de *filius ante patrem*.

En thérapeutique, on se sert du bulbe du colchique qui ressemble au bulbe de la jacinthe, ainsi que des fleurs, des feuilles et des semences. Il est intéressant de savoir que ces graines, ces fleurs, ces feuilles, ce bulbe, n'ont pas la même valeur thérapeutique., parce que la substance que contient le colchique, la *colchicine*, se trouve en proportion tout à fait différente dans ces diverses parties de la plante : c'est ainsi que la graine contient 3 p. 1000 de colchicine, proportion assez forte : la fleur en contient moins, sa teneur est d'ailleurs variable et on l'utilise peu ; le bulbe ne contient que 50 centigrammes p. 1000 de colchicine, c'est-à-dire six fois moins que la graine ; les feuilles que 0 cgr. p. 1000 c'est-à-dire dix fois moins que la graine.

On n'utilise guère à l'heure actuelle que la graine et le bulbe, plus rarement les feuilles et jamais les fleurs. Les prérations de semences sont seules inscrites au Codex de 1908. La teinture est la plus employée.

Pouchet, qui a fait sur le colchique une leçon remarquable et sur la colchicine des recherches très neuves, a montré combien son action est complexe. Drastique de l'intestin, elle débarrasse l'organisme des substances nocives, peut-être même de l'acide urique. Mais, à dose élevée, elle le congestionne, et peut même, dans l'intoxication expérimentale par la colchicine, provoquer des ulcérations ; c'est un médicament nettement hypotenseur si bien qu'un certain nombre d'auteurs conseillent de lui associer des toni-cardiaques. Il produit souvent des vertiges, des céphalées. Il semble agir plus particulièrement sur le bulbe, sur le sympathique, à tel point qu'on peut modifier chez l'animal certains de ses effets pharmacologiques en sectionnant certains nerfs du sympathique.

Il semble encore agir sur la nutrition puisqu'on a constaté qu'il augmentait la teneur en urée et en acide urique des urines et qu'il diminuait parallèlement l'urée et l'acide urique du sérum sanguin.

Comment employer le colchique ? Pour fixer les idées, je ne donnerai que 5 formules.

1° La teinture de semences de colchique qui est préparée au 1/10 contient 4 dixièmes de milligramme de colchicine pour 1 gramme (lequel gramme correspond à LVII gouttes). Elle doit être donnée à la dose de XX gouttes à la fois sans dépasser deux grammes dans les 24 heures.

2° La teinture de bulbe est à 1/5 ; mais le bulbe contient six fois moins de colchicine que la semence, cette préparation est à parties égales trois fois moins riche, et doit donc être donnée à doses trois fois plus considérables. Le vin de bulbe, étant dilué dans une quantité beaucoup plus considérable d'excipient, s'emploie à des doses beaucoup plus élevées. Il est à 100 grammes p. 1000 de bulbe sec, celui-ci étant plus constant et contenant pour un même poids une quantité plus considérable de colchicine. Il contient donc 1 milligramme de colchicine pour 20 grammes et comme la colchicine doit se donner à une dose ne dépassant pas 1 milligramme, il ne faut pas dépasser la dose de 20 grammes à la fois.

3° L'extrait de semence de colchique est dosée de telle façon que 10 centigrammes représentent 3 milligrammes, de colchicine. La dose habituelle est de 0,01 à 0,05 centigramme, soit 1/2 milligramme de colchicine.

4° La poudre de semences se donne à la dose de 0,05 à 0,20 ctgr.

5° Le vin de bulbe est au 1/10 et se prescrit à la dose de 15 à 20 gr.

Il faut connaître la composition de quelques spécialités qui depuis 80 ans ont résisté à l'épreuve du temps : le vin

d'Anduran, les pilules de Lartigues, la poudre de Pistoia, la liqueur de Laville, le spécifique Béjan, qui ont eu un très gros succès.

L'intérêt de ces produits spécialisés réside dans les associations qu'ils réalisent ; le vin d'Anduran associe au bulbe de colchique l'aconit ; la liqueur de Laville et le spécifique Béjan, du quinium ; la poudre de Pistoia, de la lithine et les pilules de Lartigues, de la digitale.

***

L'administration du colchique dans la goutte mérite encore quelques développements parce qu'il faut savoir à *à quel moment on le doit administrer*.

Certains auteurs, comme Lécorché, le donnent dès le début de la crise. Bouchard par contre attend le 10e ou 12e jour.

Soyons éclectiques, et disons : dès le 5e ou le 6e jour, et quelquefois même le lendemain de l'attaque de goutte. Les préceptes classiques ont engendré des discussions qui semblent à l'heure actuelle oiseuses. On peut dire qu'on ne donne pas de colchique le jour de la crise, mais il n'y a pas grand inconvénient à en donner le lendemain.

Certains auteurs conseillent les doses croissantes. Par exemple pour la liqueur de Laville.

1 cuillerée à café	le premier	jour
2 —	le 2^e	jour
3 —	le 4^e	jour

D'autres recommandent les doses décroissantes :

1er jour	3	cuillerées à café
2e —	3	—
3e et 4e —	2	—
5e et 6e —	1	—

Si la goutte au lieu de décroître s'accentue, on change de médicament ; on donne de l'antipyrine, du pyramidon, de l'aspirine.

Il est difficile de dire si le colchique qui donne de si beaux résultats, que certains malades ne guérissent qu'avec lui, est vraiment spécifique de la goutte. La question n'est pas tranchée.

Il semble que le colchique et la colchicine réussissent mieux dans la goutte que dans les douleurs articulaires banales et qu'ils agissent mieux dans la goutte que d'autres médi aments sédatifs. Peut-être d'ailleurs, pour étudier avec fruit l'action du colchique sur la goutte, ne devrait-on pas observer les variations de l'acide urique seulement dans l'urine et dans le sang, mais aussi dans la bile et dans l'intestin. On saurait de la sorte si véritablement le colchique produit cette débâcle des urates qu'on considère jusqu'à nouvel ordre comme étant la caractéristique de la crise goutteuse.

L'activité du colchique est indiscutable mais sa toxicité ne l'est pas moins : il faut savoir que l'apparition de diarrhée, de vertiges, de lipothymies est fréquente et oblige à en suspendre l'emploi. Le colchique, je l'ai dit, est très toxique et le beau livre de Pouchet cite de nombreux cas de mort.

Avec 2 grammes de teinture de colchique pris en une fois, Guéneau de Mussy a vu mourir un de ses malades ; deux jeunes filles, raconte Pouchet, se suicident, à quelques mois d'intervalle, avec le colchique, et meurent en 28 heures ; deux étudiants en pharmacie absorbent de la teinture de colchique en place de liqueur d'orange et meurent l'un en 27, l'autre en 36 heures ; 4 autres personnes, intoxiquées par erreur également, meurent dans un délai variant de 24 à 48 heures ; 3 soldats hospitalisés à l'hôpital de Toulon, voulant prendre de la teinture de quinquina, absorbent par erreur de la teinture de colchique, et meurent en quelques heures. La mort est précédée de douleurs épigastriques atroces, de refroidissement des extrémités, de vomissements qui sont les caractéristiques des intoxications graves.

Pour éviter les accidents, il faut surveiller très attentivement la réaction nerveuse et digestive.

***

J'ai dit qu'il fallait associer dans la goutte non seulement des médications sédatives, mais aussi des médications générales, parce que les goutteux sont des individus fébriles, parce que ce sont des sujets troublés dans le fonctionnement de leur intestin, de leur foie, dans le fonctionnement de leur rein et de leur appareil cardio-vasculaire. Je n'insiste donc pas plus longtemps.

L'addition des alcalins est excellente pour le foie et l'estomac ; l'administration de diurétiques, feuilles de frênes, queues de cerises, peuvent pallier à l'insuffisance de l'élimination rénale ; pour combattre la défaillance cardio-vasculaire, il faut donner de la digitale. Et le régime lacté est indispensable, car la viande, le vin peuvent aussi bien prolonger la crise que la provoquer. J'ai dit tout à l'heure que la crise de goutte étant avant tout une manifestation aiguë, brutale, ayant tous les caractères d'une inflammation. Et c'est vrai. Mais il y a lieu de distinguer dans cette inflammation, le caractère de l'inflammation banale et le caractère spécifique : l'inflammation banale, c'est la rougeur ; l'inflammation spécifique, c'est l'acide urique. Le tophus c'est l'excrément de la crise.

Lorsqu'il est développé, ce n'est plus le traitement de l'attaque de goutte qu'il faut instituer, c'est le traitement du tophus. Tant qu'il n'est pas lui-même enflammé, tant qu'il ne s'ouvre pas lui-même à l'extérieur, il n'y a qu'à attendre. Certains ont proposé de l'exciser ou de l'évacuer chirurgicalement, d'autres d'y injecter certaines substances, telles que la pipérazine. La dissolution serait évidemment chose possible si le tophus n'était fait que d'acide urique et s'il ne contenait pas en outre de la cholestérine qui, elle, n'est pas dissoute par la pipérazine.

En définitive, les moyens qu'on a de dissoudre l'acide urique ou d'empêcher sa précipitation sont les mêmes qui consistent à prévenir l'attaque de goutte par les médicaments ou par les régimes. Ils sont bien connus et leur étude détaillée ne rentre pas dans le cadre de cette leçon.

Edison et la Goutte. — Il y a dans le code un médicament pour la goutte : « l'hydrate de tétra-éthyl ammonium » qui est une des trouvailles d'Edison ; elle fut amenée par la rencontre qu'il fit d'un ami qui était souffrant et dont Edison remarqua les jointures toutes déformées.

— Qu'est-ce que vous avez, lui demanda-t-il ?

— La goutte, lui fut-il répondu.

— Tiens..., mais somme toute, qu'est-ce que c'est la goutte, insista Edison ?

— Un dépôt d'acide urique dans les articulations.

— Comment se fait-il que les docteurs ne vous guérissent pas, insista-t-il ?

— Parce que l'acide urique est indissoluble, paraît-il.

— Je n'en crois pas un mot, dit Edison et, quittant son ami, il se rendit à son laboratoire, sortit d'innombrables verres dans lesquels il déversa de chacun des produits chimiques qu'il possédait et dans chacun de ceux-ci, laissa tomber quelques gouttes d'acide urique, puis attendit. Après quarante-huit heures, il découvrit que l'acide s'était dissous dans deux des produits. C'est l'un de ceux-ci que l'on emploie aujourd'hui dans le traitement de la goutte. (*Bruxelles Médical.*)

Sur la prophylaxie vaccinale des complications respiratoires dans la grippe, la rougeole, la coqueluche,

Par M. Jean MINET

Professeur de Thérapeutique a la Faculté de Médecine de Lille.

Trois maladies infectieuses tirent le plus souvent leur gravité des localisations respiratoires qui viennent les compliquer : ce sont la grippe, la rougeole, la coqueluche. Et il est certain qu'en supprimant ces localisations respiratoires, on diminuerait de façon considérable la mortalité de ces trois infections.

Une telle diminution peut être obtenue, pour une part très importante, par la vaccinothérapie préventive.

Dans la grippe, dès 1917, époque où la vaccination curative n'avait pas encore pris le pas sur la vaccination préventive, des bactériologistes anglais s'aperçurent que les recrues vaccinées préventivement contre les germes d'infection secondaire de la rougeole, l'étaient également vis-à-vis des complications respiratoires de la grippe. Ce fut là le point de départ des travaux de Leishmann sur la vaccination préventive anti-grippale, vaccination qui a donné lieu, depuis lors, à des travaux nombreux et importants, en Angleterre, en Amérique, au Japon, en Italie, en France (1).

J'ai été mis à même, au début de 1921, comme je l'ai rappelé plusieurs fois déjà, d'apprécier ce que pouvait donner la vaccination dans un milieu grippal épidémique, grâce à l'obligeance de M. le Médecin Principal Logerais, Médecin chef de l'Hôpital militaire de Châlons. A cette époque, on s'en souvient, une grippe sévère frappa les milieux militaires, où l'on réussit à la cantonner. A Châlons, comme ailleurs, beaucoup de jeunes recrues étaient atteintes mortellement. M. le Dr Logerais avait pris connaissance de mes publications sur la vaccinothérapie des affections pulmonaires aiguës.

Il utilisa les mêmes vaccins que moi, et dont la formule était alors la suivante :

Pneumocoques	100	millions
Streptocoques	50	—
Staphylocoques	350	—

Je l'ai modifiée depuis lors, pour arriver à la formule actuelle :

Pneumocoques	200	millions
Streptocoques	50	—
Staphylocoques	500	—
Entérocoques	250	—
Pyocyaniques	1000	—

Alors qu'auparavant, M. Logerais avait observé de nombreux cas mortels, il n'eut plus à déplorer qu'une seule mort (chez un grippé avec broncho-pneumonie bilatérale, traité au quatrième jour seulement, et décédé quelques heures après) ; tous ses autres malades guérirent, et ses statistiques avant et après le vaccin offrirent un contraste saisissant dont il me fit part en termes enthousiastes. Un certain nombre d'observations résumées, par M. le Médecin Principal Logerais ont été publiées dans la thèse de mon élève Hieulle.

L'épidémie de grippe, heureusement de gravité moyenne survenue dans la région du Nord à la fin de l'année 1921, et celle de 1929 m'ont donné les mêmes satisfactions thérapeutiques. Dans ma clientèle, comme à la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Sauveur de Lille, pour toutes les grippes d'allure un peu sérieuse, j'ai fait injecter chaque jour un centimètre cube de vaccin. Le résultat a été pareil à celui obtenu par le Dr Logerais ; les insuccès sont restés exceptionnels, ne concernant guère que des malades âgés, débilités antérieurement et j'ai eu la joie maintes fois renouvelée de voir véritablement revenir à la vie des grippés graves, pour lesquels le pronostic le plus sombre avait été porté.

L'action du vaccin s'est manifestée de façon différente selon les cas. Tantôt l'évolution de l'affection a été singulièrement raccourcie, la température tombant de quelques heures à un jour ou deux après l'injection vaccinale, et la guérison survenant en même temps ; tantôt la durée de la maladie n'a pas paru influencée, mais l'état général s'est amélioré, le faciès est devenu moins terreux, la langue s'est nettoyée, et le patient a pu faire les frais d'une infection à laquelle il paraissait ne pas devoir résister ; les complications respiratoires se sont montrées tout à fait exceptionnelles et n'ont pas une seule fois été graves chez les sujets vaccinés avant leur apparition.

Pratiquement, en présence d'une grippe sérieuse, je fais injecter un centimètre cube de stock vaccin selon la formule indiquée plus haut. L'injection est pratiquée dans la fosse sus-épineuse. On la répète tous les jours ou tous les deux jours, selon la gravité du cas, jusqu'à guérison. Si le cœur ou les reins sont déjà touchés par l'infection, je crois prudent de ne commencer qu'à la dose de 1/2 cc. pour augmenter rapidement jusqu'à 1 cmc. lorsque la tolérance est bonne. Chez les enfants, il est bon de ne commencer également qu'à la dose de 1/3 ou 1/2 cmc. selon l'âge. Avec cette simple précaution, je n'ai jamais eu le moindre incident, pas plus chez les enfants que chez les adultes.

En résumé, au cours de la grippe simple la vaccinothérapie agit à titre préventif, évitant presque à coup sûr les infections secondaires qui font le plus souvent toute la gravité de la maladie. Au cours de la grippe sérieuse, elle agit soit en déclenchant une véritable crise, suivie elle-même de la résolution rapide des signes généraux et locaux, soit en donnant à l'organisme une résistance à l'infection que les thérapeutiques anciennes ne nous ont pas accoutumés à observer, et elle évite presque à coup sûr, également, les localisations respiratoires.

Je ne vais pas jusqu'à dire que la vaccinothérapie suffise, à elle seule, pour traiter toute grippe, compliquée ou non. J'estime, au contraire, qu'il faut lui adjoindre l'arsenal thérapeutique anti-infectieux usuel, et je ne manque jamais de le faire. Mais je considère que, dans cet arsenal, la vaccinothérapie, capable de prévenir la venue des complications respiratoires, constitue une arme d'un maniement remarquablement facile et d'une incomparable puissance.

Peut-on aller plus loin encore et vacciner préventivement les sujets sains exposés à la contagion grippale, comme le propose Ramary (thèse Paris 1928). Il faudra quelques années et quelques épidémies pour s'en rendre compte.

La vaccination préventive contre les infections respiratoire chez l'enfant est de date plus récente.

Le premier, Beutter, de Saint-Etienne, à vacciné préven-

(1) Voir, pour la bibliographie, les rapports au Congrès de médecine militaire interalliée, Varsovie 1927 — ainsi que la communication de Minet et Benoit à ce même Congrès (in *Nord Médical*, 15 septembre 1927 n° 662, p. 273).

tivement contre les broncho-pneumonies les enfants atteints de croup et a observé une diminution nette du nombre des complication pulmonaires.

Après lui, D'Œlnitz, Chatin, Rouèche et Vanbockstael, Samson et Mlle Dreyfus, Schreiber ont confirmé la puissance d'action de la vaccination préventive au cours des infections infantiles. Ces divers travaux sont résumés dans la thèse de mon élève, Mme Poivet (1).

Pour ma part, je pratique la vaccination préventive contre les complications respiratoires de la rougeole et de la coqueluche dans le service des contagieux de la Clinique médicale infantile, à l'Hôpital Saint-Sauveur de Lille, depuis deux ans et demi environ.

Le vaccin employé est celui que je préconise dans la thérapeutique des infections de l'appareil respiratoire. Sa composition est la suivante :

Pneumocoques	100	millions
Streptocoques	50	—
Staphylocoques	350	—
Entérocoques	100	—
Bacilles pyocyaniques	600	—

Tous les rougeoleux et tous les coquelucheux, âgés de trois mois à quinze ans, ont été soumis à cette vaccination dès leur entrée à l'Hôpital, suivant une technique que je décrirai plus loin.

Les résultats ont été parfaits : je n'ai observé qu'une seule broncho-pneumonie bénigne survenue après l'entrée à l'Hôpital, chez plusieurs centaines d'enfants. Certains d'entre eux étaient cependant porteurs, au premier examen, d'une bronchite plus ou moins sérieuse accompagnée même de petits foyers fugaces de congestion pulmonaire ; pas plus chez eux que chez les autres, l'état pulmonaire ne s'est aggravé : l'évolution de leur maladie s'est effectuée normalement.

Je n'ai pas vu survenir non plus, chez ces enfants, les diverses complications d'ordre suppuratif, otites par exemple, dont nombre d'auteurs attribuent l'origine à une contagion par les mêmes germes qui déterminent la broncho-pneumonie morbilleuse ou coquelucheuse.

Pour attribuer à ces résultats toute leur valeur, il faut en outre connaître les conditions dans lesquelles fut entreprise cette vaccination. Pendant tout le temps où elle fut pratiquée, il existait dans le même service d'isolement où l'on traitait les rougeoleux simples des malades entrés à l'Hôpital déjà porteurs de broncho-pneumonies morbilleuses ou coquelucheuses graves dont quelques-unes se terminèrent par la mort.

De plus l'encombrement du service était par moments considérable et l'on alla jusqu'à loger 25 ou 26 malades dans un local disposé pour en recevoir 12. Cette surcharge n'était naturellement pas sans nuire à un isolement déjà précaire par avance. Quant aux mesures de prophylaxie, elles étaient et sont encore insuffisamment appliquées par des filles de salles en nombre restreint et chargées de soigner à la fois les rougeoles et les coqueluches simples, les rougeoles et les coqueluches compliquées, les scarlatines, les oreillons etc.

Un argument de plus, s'il en était besoin, en faveur de l'action de la vaccination préventive ainsi pratiquée, c'est le nombre considérable des complications morbilleuses et coquelucheuses, survenues pendant le séjour à l'Hôpital, que l'on pouvait observer au cours des années précédentes et dans les mêmes conditions, alors que l'on n'employait pas la vaccination préventive.

La technique à laquelle je me suis arrêté après quelques tâtonnements est la suivante : le malade reçoit dès son entrée, quelle que soit la période d'évolution de la maladie, une injection de vaccin dont la quantité est variable suivant son âge : un demi-centimètre cube jusqu'à deux ans ; un centimètre cube de deux à cinq ans ; un centimètre cube et demi au delà de cinq ans.

Le lendemain, on ne pratique aucune injection. Le surlendemain, l'injection est répétée aux mêmes doses. Les piqûres sont faites sous la peau de l'espace sus-épineux, de l'espace interscapulovertébral ou du dos. Chez tous les sujets, ce traitement a été supporté sans aucun désagrément.

Telle est la méthode qui m'a permis d'obtenir les résultats énoncés. Il semble que sa valeur soit inconstestable et que dans le milieu hospitalier, terrain électif de la contagion, comme dans le milieu familial, la généralisation de son emploi soit capable de produire les meilleurs effets.

(1) Voir : Mme Poivet. Thèse Lille, juillet 1928, et Minet et Warembourg (Prophylaxie vaccinale des infections pulmonaires chez l'enfant. (*Nord Médical* 1er août 1928, n° 683, p. 601.)

Remarques sur les médications ostéotrophiques,

Par le Professeur Georges MOURIQUAND (de Lyon).

Toute une série de recherches récentes ont appelé à nouveau l'attention des praticiens sur les médications ostéotrophiques.

Celles-ci ont été longtemps réduites aux solutions de phosphate de chaux, au sirop iodotannique, que sont venues compléter plus tard certaines médications d'ordre endocrinien : extrait thyroïdien et parathyroïdien, adrénaline, etc.

Ces médications avaient pour but, dans l'esprit du clinicien, soit d'apporter aux os les matières minérales qui leur manquaient, soit de fixer ces matières minérales.

Si le rachitisme n'est pas la seule affection où doivent être mises en œuvre les médications ostéotrophiques, c'est à coup sûr lui qui fournit les preuves les plus démonstratives de leur action.

Les recherches récentes sur sa reproduction expérimentales ont permis de pénétrer plus avant dans son étiologie et sa pathogénie, et, par voie de conséquence, d'éclairer mieux le problème encore si obscur de la fixation de la chaux et de la nutrition osseuse (1).

Nous désirons étudier ici dans quelle mesure a profité, de ces recherches — et de recherches voisines — la question des médications ostéotrophiques.

Nous nous bornerons à l'étude de celles dont nous avons

(1) Il va de soi que le test expérimental (Rachitisme du rat avec le régime 85 de Pappenheimer à l'obscurité + médication ostéotrophique n'a pas une valeur absolue pour juger du pouvoir ostéotrophique de telle ou telle médication. Seul le résultat « clinique » est démonstratif. Mais il peut-être d'interprétation difficile et l'analyse expérimentale permet souvent de l'éclairer. Pour l'instant, nous ne possédons pas de meilleur test « biologique » du pouvoir fixateur de la chaux de telle ou telle médication.
C'est assez dire que son étude ne saurait être négligée.

une connaissance directe, et en particulier de celles qui sont d'un emploi courant en pédiatrie :

Les sels de chaux.
Les céréalophosphates.
Le sirop iodotannique.
L'extrait thyroïdien et parathyroïdien, l'adrénaline.
L'huile de foie de morue,
L'héliothérapie.
Les rayons ultra-violets.
Les aliments irradiés.
Les ergostérines et les zoostérines (Hélistérine).
La vitamine C. et l'équilibre alimentaire.

I. *Les sels de chaux.*

Les sels de chaux (en particulier, le biphosphate de chaux) ont été depuis longtemps employés contre le rachitisme et les diverses maladies considérées comme entraînant des troubles osseux.

Il n'est pas douteux qu'ils aient un pouvoir ostéotrophique dans certains cas, mais ce pouvoir paraît ne pas jouer dans certaines circonstances. La dernière guerre nous offre à ce point de vue l'exemple suivant :

Au cours des famines entraînées dans les empires centraux par le blocus des alliés, on put observer de nombreuses « ostéopathies de famine » caractérisées, en particulier, par des fractures. Celles-ci furent attribuées à la décalcification et des « ligues du calcium » furent fondées pour les combattre. Elles préconisèrent surtout l'ingestion quotidienne de fortes doses de sels de chaux. Ces ingestions n'arrêtèrent en rien les ostéopathies de guerre qui ne cédèrent, à l'armistice, que par le retour à une ration alimentaire normale en quantité et en qualité, qui parut seule capable d'assurer, dans ces cas, la fixation calcique.

La clinique courante nous enseigne aussi que l'apport de fortes doses de sels de chaux (même de phosphate) ne suffit pas à guérir le rachitisme et cette résistance à la calcification a depuis longtemps soulevé l'importante question du fixateur du Ca. que nous étudierons plus loin.

Dans quelle mesure l'*expérimentation biologique* permet-elle de juger de l'action ostéotrophique des sels de chaux ?

Tout d'abord elle indique que le rachitisme expérimental (obtenu comme il est indiqué ci-dessus) n'est pas guéri par l'adjonction au régime rachitigène d'un sel de chaux quelconque.

Hess, Pappenheimer, etc. ont montré en particulier que le lactate de chaux ne guérit par les lésions rachitiques, que l'abondance de ce sel dans la ration est inopérante. C'est l'adjonction du phosphore à la chaux qui permet la fixation de celle-ci. A ce point de vue les divers phosphates de chaux sont surtout actifs. Mais de l'action expérimentale de ces sels peut-on conclure à leur action « clinique » ? Elle n'implique pas leur rôle ostéotrophique, en particulier chez l'enfant rachitique, dont les os peuvent « refuser » le calcium. Aussi nous paraît-il abusif , comme le font certaines spécialités, de conclure de l'absence de rachitisme expérimental par l'adjonction de celles-ci (contenant des phosphates de chaux) au régime rachitique, à leur action ostéotrophique. Cette adjonction n'a fait que transformer un régime rachitigène en un régime non rachitigène pour le rat normal.

Il faut, comme nous le verrons, démontrer l'existence dans le produit, d'un fixateur du Ca. ne contenant pas de phosphate de chaux.

Les *céréalophosphates* se sont montrés entre les mains de Pappenheimer des « antirachitiques » moins actifs que le phosphate de chaux.

La clinique, n'a pas apporté, semble-t-il, pour l'instant, la constatation ou l'infirmation de cette donnée expérimentale.

II *Sirop iodotannique.*

Le sirop iodotannique est depuis très longtemps largement dispensé aux lymphatiques et aux rachitiques dans les consultations de pédiatrie. A-t-il donc, comme on le croit généralement un pouvoir ostéotrophique ? La clinique permet difficilement de répondre et nous ne connaissons pas d'études précises faites sur ce sujet.

Par contre, il est, dans une certaine mesure, facile de juger de cette action ostéotrophique par l'emploi du test expérimental.

Nous avons vu avec Leulier et Mlle Schoen que l'adjonction du sirop iodotannique simple au régime 85, non seulement ne protège pas contre le rachitisme, mais dans la majorité des cas entraine une décalcification supérieure à celle résultant du régime 85 lui-même.

Nous ne saurions dire si cette décalcification joue dans les cas cliniques, mais elle est probable, au moins dans certains d'entre eux. C'est assez dire que chez l'enfant tout au moins le sirop iodotannique simple sera généralement écarté et toujours remplacé par le sirop iodotannique phosphoré qui lui — du fait de l'apport phosphoré — empêche le rachitisme expérimental.

III. *Extraits endocriniens.*

On considère généralement comme ostéotrophiques et fixateurs du calcium les extraits parathyroïdiens, thyroïdiens et surrénaux (adrénaline).

1° *Les extraits parathyroïdiens*, en particulier la parathyroïdine de Collip paraissent doués d'un véritable pouvoir fixateur de la chaux. Les extraits employés habituellement chez nous ne nous ont pas permis d'empêcher le rachitisme expérimental. Nous ne possédons pas, d'autre part, de faits cliniques personnels, démontrant ou infirmant leur pouvoir ostéotrophiques.

2° *Les extraits thyroïdiens* ont été longtemps considérés comme de bons ostéotrophiques. En particulier Poncet, et Maisonnave leur ont attribué un pouvoir activant dans la réparation des fractures, la formation du cal. Il n'existe pas à notre connaissance de faits cliniques précis en ce qui concerne leur pouvoir antirachitique.

Nous avons étudié leur action sur le rachitisme expérimental (Mouriquand, Leulier, Bernheim, et Mlle Schoen (1) et avons constaté les faits suivants. Dans nos premières expériences. Ces extraits nous ont paru nettement antirachitiques. Mais une analyse précise de ces cas nous a montré que l'extrait thyroïdien ayant amaigri nos animaux, ceux-ci, comme on le sait, n'avaient pu devenir rachitiques. Par contre quand, malgré la présence de l'extrait thyroïdien, la croissance pondérale fut obtenue, le rachitisme apparut dans tous les cas.

Ces faits ne parlent donc pas en faveur du pouvoir fixateur du Ca de l'extrait thyroïdien. Mais il y a plus. Si au lieu d'expérimenter sur le rat on ajoute l'extrait thyroïdien à la ration normale du cobaye, on obtient, comme nous l'avons montré, un amaigrissement progressif de l'animal, et dans un grand nombre de cas, des fractures spontanées de ses os (membres inférieurs). Des doses fortes de cet extrait paraissent donc nettement ostéodystrophiques et cela d'autant mieux, comme nous le verrons plus loin, que la ration de l'animal est moins riche en aliments frais.

En l'absence de faits cliniques très démonstratifs, en présence des résultats expérimentaux ci-dessus, il ne semble pas

(1) *Presse Médicale*. n° 14 18 février 1928.

actuellement permis de ranger l'extrait thyroïdien parmi les ostéotrophiques.

3° *Extrait surrénaux. Adrénaline.*

L'adrénaline a été considérée par de nombreux auteurs comme capable de fixer le calcium, notamment chez les ostéomalaciques (Bossi-Bernard) de faciliter la réparation des fractures (Carnot et Slavu) de récalcifier le poumon tuberculeux (Sergent, Richard etc.).

Binet et Vagliano ont d'autre part signalé l'action antirachitique de l'adrénaline chez le rat soumis au régime 85.

Nous ne sommes pas en mesure de contester ici les résultats cliniques dont certains semblent devoir rester acquis.

En ce qui concerne le rachitisme expérimental, nos recherches nous ont montré que l'adrénaline synthétique ou physiologique, (en ingestion ou en injection) ne possédait à aucun degré le pouvoir de s'opposer au rachitisme expérimental. Dans nos cas, les dosages chimiques de Leulier, nous ont en général montré une décalcification osseuse plus accentuée chez les animaux ayant reçu de l'adrénaline que chez les témoins.

Sans discuter les bons effets généraux cliniques de l'adrénaline, celle-ci ne nous paraît pas, pour l'instant du moins, devoir être rangée parmi les ostéotrophiques, et notamment parmi les antirachitiques.

IV *Huile de foie de morue.*

Depuis Bretonneau et Trousseau, l'huile de foie est tenue à juste titre pour un bon ostéotrophique. Toutes les expériences récentes (Lesné, Mouriquand, etc.) confirment cette opinion. Une goutte de bonne huile de foie de morue suffit pour empêcher le rachitisme expérimental. Comme l'ont montré Lesné et Clément il y a là un moyen très sûr pour apprécier le pouvoir antirachitique des diverses huiles de foie de morue. Certaines possèdent fortement ce pouvoir, d'autres en sont pour ainsi dire dépourvues. Leur contrôle biologique s'impose donc.

Ce pouvoir « fixateur » de l'huile de foie de morue (due à sa forte teneur en vitamine D.) nous a paru disparaître, du fait de l'association à l'huile de certaines autres substances.

Des recherches poursuivies avec P. Michel nous ont également montré que chez le cobaye, un régime deséquilibré pouvait transformer un bon ostéotrophique, comme l'huile de foie de morue, en un agent ostéodystrophique puissant. Un grand nombre de nos cobayes soumis au régime déséquilibré ont en effet présenté des fractures (non produites par le seul régime) quand on ajoutait à ce régime de l'huile de foie de morue.

Le sujet qui absorbera cette huile aura donc tout intérêt à être mis à un régime équilibré s'il ne veut pas s'exposer à ces accidents diétotoxiques (1).

V. *Héliothérapie.*

L'action eutrophique du soleil en particulier sur la nutrition osseuse, est depuis longtemps connue. Sans doute on sait aujourd'hui que le soleil agit par ses rayons ultra-violets, mais il semble que les autres parties du spectre aient un rôle non négligeable dans l'amélioration de la nutrition générale. Nos rachitiques soumis à l'héliothérapie de la Méditerranée (avec tout ce que comporte d'éléments bienfaisants le climat marin) s'améliorent en général (surtout dans leur nutrition générale) plus vite que ceux simplement soumis aux rayons U. V.

(1) Mouriquand. — Les Diétotoxiques. *Presse Médicale*, 1er mai 1926.

Nous pensons donc avec nombre d'auteurs et plus spécialement A. Delille que l'héliothérapie a sa place parmi les médications ostéotrophiques actives . Dans nos villes on profitera du soleil des beaux jours. L'hiver, ceux-ci sont rares. L'ultra-violet est alors indiqué

VI *Rayons ultra-violets.*

Nous n'insisterons pas sur leur pouvoir «fixateur du calcium » maintenant admis depuis les recherches de Huldschinsky, les recherches expérimentales de Hess, etc., Lesné de Gennes, Marfan, Mouriquand, Lecoq, etc.

Leur action est particulièrement puissante chez l'enfant rachitique. Elle apparaît nettement quand on suit à la radiographie la fixation calcique sur les os. Les rachitiques retardés de la marche peuvent en quelques semaines trouver l'usage de leurs membres inférieurs. (Mouriquand et Bernheim). Mais dans ce cas l'action sur l'hypotonie musculaire (Marfan) explique mieux ce résultat que la calcification plus lente du squelette.

Nous noterons plus loin que certains os décalcifiés se refusent à obéir à l'action « calcifiante » des rayons U. V.

Il nous paraît inutile de faire des séances trop longues, surtout chez le nourrisson débile. Dans certains cas, nous avons vu des doses trop fortes provoquer des dénutritions graves (Mouriquand et Bertoye). En débutant à 1 minute, pour aller (en 10 séances) suivant les cas jusqu'à 5 ou 10 minutes, on obtient dans la majorité des cas des résultats excellents sans troubles dystrophiques.

VII. *Aliments irradiés.*

Les aliments irradiés et en particulier le lait irradié par les rayons U. V. est pourvu d'un pouvoir ostéotrophique remarquable. Les recherches cliniques et expérimentales de Hess, Steenbok, Daniels, Mouriquand, etc. en font foi.

Ce pouvoir se conserve longtemps (plus d'un an) comme nous nous en sommes assurés.

Le lait irradié doit être d'ailleurs considéré comme un « aliment médicament » et non comme un « aliment base » comme certains tendent à le croire. Nous ne connaissons pas encore nettement les dangers de la surcalcification, mais un lait irradié pris sans arrêt pendant 12 mois, pourrait bien être, à la fin, pathogène. Il suffira d'en donner pendant 10 jours, arrêt 10 jours reprise 10 jours, arrêt 1 mois — reprise.

Nous avons observé que la stérilisation du lait sec irradié ne lui fait pas perdre son pouvoir antirachitique.

VIII. *Ergostérol irradié. Ergostérine.*

Cette substance a, depuis les recherches de Hess, Windaus confirmées en France par Lesné, Marfan, Mouriquand, etc., conquis droit de cité parmi les plus puissants ostéotrophiques, grâce à sa haute teneur en vitamine D. (née sous l'influence de l'irradiation) ; elle est actuellement tenue pour le fixateur de calcium le plus actif. Un milligramme d'ergostérine employé quotidiennement pendant 3 ou 4 semaines, permet d'obtenir des précipitations calciques typiques, notamment au niveau des extrémités des os rachitiques.

Le fait est indiscuté.

La question qui se pose est de savoir si l'abus d'une substance aussi active ne peut pas être nocif. Certains l'ont prétendu.

Des recherches, en particulier celles toutes récentes de Lesné et R. Clément s'élèvent contre cette idée. (Soc. Biol. 20 juillet 1929.)

une connaissance directe, et en particulier de celles qui sont d'un emploi courant en pédiatrie :

Les sels de chaux.
Les céréalophosphates.
Le sirop iodotannique.
L'extrait thyroïdien et parathyroïdien, l'adrénaline.
L'huile de foie de morue,
L'héliothérapie.
Les rayons ultra-violets.
Les aliments irradiés.
Les ergostérines et les zoostérines (Hélistérine).
La vitamine C. et l'équilibre alimentaire.

I. *Les sels de chaux.*

Les sels de chaux (en particulier, le biphosphate de chaux) ont été depuis longtemps employés contre le rachitisme et les diverses maladies considérées comme entrainant des troubles osseux.

Il n'est pas douteux qu'ils aient un pouvoir ostéotrophique dans certains cas, mais ce pouvoir paraît ne pas jouer dans certaines circonstances. La dernière guerre nous offre à ce point de vue l'exemple suivant :

Au cours des famines entraînées dans les empires centraux par le blocus des alliés, on put observer de nombreuses « ostéopathies de famine » caractérisées, en particulier, par des fractures. Celles-ci furent attribuées à la décalcification et des « ligues du calcium » furent fondées pour les combattre. Elles préconisèrent surtout l'ingestion quotidienne de fortes doses de sels de chaux. Ces ingestions n'arrêtèrent en rien les ostéopathies de guerre qui ne cédèrent, à l'armistice, que par le retour à une ration alimentaire normale en quantité et en qualité, qui parut seule capable d'assurer, dans ces cas, la fixation calcique.

La clinique courante nous enseigne aussi que l'apport de fortes doses de sels de chaux (même de phosphate) ne suffit pas à guérir le rachitisme et cette résistance à la calcification a depuis longtemps soulevé l'importante question du fixateur du Ca. que nous étudierons plus loin.

Dans quelle mesure l'*expérimentation biologique* permet-elle de juger de l'action ostéotrophique des sels de chaux ?

Tout d'abord elle indique que le rachitisme expérimental (obtenu comme il est indiqué ci-dessus) n'est pas guéri par l'adjonction au régime rachitigène d'un sel de chaux quelconque.

Hess, Pappenheimer, etc. ont montré en particulier que le lactate de chaux ne guérit par les lésions rachitiques, que l'abondance de ce sel dans la ration est inopérante. C'est l'adjonction du phosphore à la chaux qui permet la fixation de celle-ci. A ce point de vue les divers phosphates de chaux sont surtout actifs. Mais de l'action expérimentale de ces sels peut-on conclure à leur action « clinique » ? Elle n'implique pas leur rôle ostéotrophique, en particulier chez l'enfant rachitique, dont les os peuvent « refuser » le calcium. Aussi nous paraît-il abusif , comme le font certaines spécialités, de conclure de l'absence de rachitisme expérimental par l'adjonction de celles-ci (contenant des phosphates de chaux) au régime rachitique, à leur action ostéotrophique. Cette adjonction n'a fait que transformer un régime rachitigène en un régime non rachitigène pour le rat normal.

Il faut, comme nous le verrons, démontrer l'existence dans le produit, d'un fixateur du Ca. ne contenant pas de phosphate de chaux.

Les *céréalophosphates* se sont montrés entre les mains de Pappenheimer des « antirachitiques » moins actifs que le phosphate de chaux.

La clinique, n'a pas apporté, semble-t-il, pour l'instant, la constatation ou l'infirmation de cette donnée expérimentale.

II *Sirop iodotannique.*

Le sirop iodotannique est depuis très longtemps largement dispensé aux lymphatiques et aux rachitiques dans les consultations de pédiatrie. A-t-il donc, comme on le croit généralement un pouvoir ostéotrophique ? La clinique permet difficilement de répondre et nous ne connaissons pas d'études précises faites sur ce sujet.

Par contre, il est, dans une certaine mesure, facile de juger de cette action ostéotrophique par l'emploi du test expérimental.

Nous avons vu avec Leulier et Mlle Schoen que l'adjonction du sirop iodotannique simple au régime 85, non seulement ne protège pas contre le rachitisme, mais dans la majorité des cas entraine une décalcification supérieure à celle résultant du régime 85 lui-même.

Nous ne saurions dire si cette décalcification joue dans les cas cliniques, mais elle est probable, au moins dans certains d'entre eux. C'est assez dire que chez l'enfant tout au moins le sirop iodotannique simple sera généralement écarté et toujours remplacé par le sirop iodotannique phosphoré qui lui — du fait de l'apport phosphoré — empêche le rachitisme expérimental.

III. *Extraits endocriniens.*

On considère généralement comme ostéotrophiques et fixateurs du calcium les extraits parathyroïdiens, thyroïdiens et surrénaux (adrénaline).

1° *Les extraits parathyroïdiens*, en particulier la parathyroïdine de Collip paraissent doués d'un véritable pouvoir fixateur de la chaux. Les extraits employés habituellement chez nous ne nous ont pas permis d'empêcher le rachitisme expérimental. Nous ne possédons pas, d'autre part, de faits cliniques personnels, démontrant ou infirmant leur pouvoir ostéotrophiques.

2° *Les extraits thyroïdiens* ont été longtemps considérés comme de bons ostéotrophiques. En particulier Poncet, et Maisonnave leur ont attribué un pouvoir activant dans la réparation des fractures, la formation du cal. Il n'existe pas à notre connaissance de faits cliniques précis en ce qui concerne leur pouvoir antirachitique.

Nous avons étudié leur action sur le rachitisme expérimental (Mouriquand, Leulier, Bernheim, et Mlle Schoen (1) et avons constaté les faits suivants. Dans nos premières expériences. Ces extraits nous ont paru nettement antirachitiques. Mais une analyse précise de ces cas nous a montré que l'extrait thyroïdien ayant amaigri nos animaux, ceux-ci, comme on le sait, n'avaient pu devenir rachitiques. Par contre quand, malgré la présence de l'extrait thyroïdien, la croissance pondérale fut obtenue, le rachitisme apparut dans tous les cas.

Ces faits ne parlent donc pas en faveur du pouvoir fixateur du Ca de l'extrait thyroïdien. Mais il y a plus. Si au lieu d'expérimenter sur le rat on ajoute l'extrait thyroïdien à la ration normale du cobaye, on obtient, comme nous l'avons montré, un amaigrissement progressif de l'animal, et dans un grand nombre de cas, des fractures spontanées de ses os (membres inférieurs). Des doses fortes de cet extrait paraissent donc nettement ostéodystrophiques et cela d'autant mieux, comme nous le verrons plus loin, que la ration de l'animal est moins riche en aliments frais.

En l'absence de faits cliniques très démonstratifs, en présence des résultats expérimentaux ci-dessus, il ne semble pas

(1) *Presse Médicale.* no 14 18 février 1928.

actuellement permis de ranger l'extrait thyroïdien parmi les ostéotrophiques.

3° *Extrait surrénaux. Adrénaline.*

L'adrénaline a été considérée par de nombreux auteurs comme capable de fixer le calcium, notamment chez les ostéomalaciques (BOSSI-BERNARD) de faciliter la réparation des fractures (CARNOT et SLAVU) de récalcifier le poumon tuberculeux (SERGENT, RICHARD etc.).

BINET et VAGLIANO ont d'autre part signalé l'action antirachitique de l'adrénaline chez le rat soumis au régime 85.

Nous ne sommes pas en mesure de contester ici les résultats cliniques dont certains semblent devoir rester acquis.

En ce qui concerne le rachitisme expérimental, nos recherches nous ont montré que l'adrénaline synthétique ou physiologique, (en ingestion ou en injection) ne possédait à aucun degré le pouvoir de s'opposer au rachitisme expérimental. Dans nos cas, les dosages chimiques de LEULIER, nous ont en général montré une décalcification osseuse plus accentuée chez les animaux ayant reçu de l'adrénaline que chez les témoins.

Sans discuter les bons effets généraux cliniques de l'adrénaline, celle-ci ne nous paraît pas, pour l'instant du moins, devoir être rangée parmi les ostéotrophiques, et notamment parmi les antirachitiques.

IV *Huile de foie de morue.*

Depuis BRETONNEAU et TROUSSEAU, l'huile de foie est tenue à juste titre pour un bon ostéotrophique. Toutes les expériences récentes (LESNÉ, MOURIQUAND, etc.) confirment cette opinion. Une goutte de bonne huile de foie de morue suffit pour empêcher le rachitisme expérimental. Comme l'ont montré LESNÉ et CLÉMENT il y a là un moyen très sûr pour apprécier le pouvoir antirachitique des diverses huiles de foie de morue. Certaines possèdent fortement ce pouvoir, d'autres en sont pour ainsi dire dépourvues. Leur contrôle biologique s'impose donc.

Ce pouvoir « fixateur » de l'huile de foie de morue (due à sa forte teneur en vitamine D.) nous a paru disparaître, du fait de l'association à l'huile de certaines autres substances.

Des recherches poursuivies avec P. MICHEL nous ont également montré que chez le cobaye, un régime deséquilibré pouvait transformer un bon ostéotrophique, comme l'huile de foie de morue, en un agent ostéodystrophique puissant. Un grand nombre de nos cobayes soumis au régime déséquilibré ont en effet présenté des fractures (non produites par le seul régime) quand on ajoutait à ce régime de l'huile de foie de morue.

Le sujet qui absorbera cette huile aura donc tout intérêt à être mis à un régime équilibré s'il ne veut pas s'exposer à ces accidents diétotoxiques (1).

V. *Héliothérapie.*

L'action eutrophique du soleil en particulier sur la nutrition osseuse, est depuis longtemps connue. Sans doute on sait aujourd'hui que le soleil agit par ses rayons ultraviolets, mais il semble que les autres parties du spectre aient un rôle non négligeable dans l'amélioration de la nutrition générale. Nos rachitiques soumis à l'héliothérapie de la Méditerranée (avec tout ce que comporte d'éléments bienfaisants le climat marin) s'améliorent en général (surtout dans leur nutrition générale) plus vite que ceux simplement soumis aux rayons U. V.

(1) MOURIQUAND. — Les Diétotoxiques. *Presse Médicale*, 1er mai 1926.

Nous pensons donc avec nombre d'auteurs et plus spécialement A. DELILLE que l'héliothérapie a sa place parmi les médications ostéotrophiques actives . Dans nos villes on profitera du soleil des beaux jours. L'hiver, ceux-ci sont rares. L'ultra-violet est alors indiqué

VI *Rayons ultra-violets.*

Nous n'insisterons pas sur leur pouvoir «fixateur du calcium » maintenant admis depuis les recherches de HULDSCHINSKY, les recherches expérimentales de HESS, etc., LESNÉ de GENNES, MARFAN, MOURIQUAND, LECOQ, etc.

Leur action est particulièrement puissante chez l'enfant rachitique. Elle apparaît nettement quand on suit à la radiographie la fixation calcique sur les os. Les rachitiques retardés de la marche peuvent en quelques semaines trouver l'usage de leurs membres inférieurs. (MOURIQUAND et BERNHEIM). Mais dans ce cas l'action sur l'hypotonie musculaire (MARFAN) explique mieux ce résultat que la calcification plus lente du squelette.

Nous noterons plus loin que certains os décalcifiés se refusent à obéir à l'action « calcifiante » des rayons U. V.

Il nous paraît inutile de faire des séances trop longues, surtout chez le nourrisson débile. Dans certains cas, nous avons vu des doses trop fortes provoquer des dénutritions graves (MOURIQUAND et BERTOYE). En débutant à 1 minute, pour aller (en 10 séances) suivant les cas jusqu'à 5 ou 10 minutes, on obtient dans la majorité des cas des résultats excellents sans troubles dystrophiques.

VII. *Aliments irradiés.*

Les aliments irradiés et en particulier le lait irradié par les rayons U. V. est pourvu d'un pouvoir ostéotrophique remarquable. Les recherches cliniques et expérimentales de HESS, STEENBOK, DANIELS, MOURIQUAND, etc. en font foi.

Ce pouvoir se conserve longtemps (plus d'un an) comme nous nous en sommes assurés.

Le lait irradié doit être d'ailleurs considéré comme un « aliment médicament » et non comme un « aliment base » comme certains tendent à le croire. Nous ne connaissons pas encore nettement les dangers de la surcalcification, mais un lait irradié pris sans arrêt pendant 12 mois, pourrait bien être, à la fin, pathogène. Il suffira d'en donner pendant 10 jours, arrêt 10 jours reprise 10 jours, arrêt 1 mois — reprise.

Nous avons observé que la stérilisation du lait sec irradié ne lui fait pas perdre son pouvoir antirachitique.

VIII. *Ergostérol irradié. Ergostérine.*

Cette substance a, depuis les recherches de HESS, WINDAUS confirmées en France par LESNÉ, MARFAN, MOURIQUAND, etc., conquis droit de cité parmi les plus puissants ostéotrophiques, grâce à sa haute teneur en vitamine D. (née sous l'influence de l'irradiation) ; elle est actuellement tenue pour le fixateur de calcium le plus actif. Un milligramme d'ergostérine employé quotidiennement pendant 3 ou 4 semaines, permet d'obtenir des précipitations calciques typiques, notamment au niveau des extrémités des os rachitiques.

Le fait est indiscuté.

La question qui se pose est de savoir si l'abus d'une substance aussi active ne peut pas être nocif. Certains l'ont prétendu.

Des recherches, en particulier celles toutes récentes de LESNÉ et R. CLÉMENT s'élèvent contre cette idée. (Soc. Biol. 20 juillet 1929.)

Personnellement, nous n'avons pas observé de troubles au cours de traitement du rachitisme par l'ergostérine.

Il faut pourtant faire la remarque que si des troubles actuels ne sont pas constatés, il ne faut pas préjuger de l'avenir, surtout chez les sujets qui ont reçu pendant longtemps (des mois) de fortes doses d'ergostérine.

Nous ne savons rien de l'action à retardement des rayons X, pendant les premiers temps de leur emploi. Sans doute, s'agit-il d'éléments physiques très différents, mais leur action trophique se montre si considérable qu'il faut pour l'instant les manier avec discrétion, et ne pas trop en prolonger l'emploi dès que le résultat poursuivi est acquis.

IX. *Hélistérine.*

Nous nous sommes demandé avec LEULIER (1) si l'emploi de certaines zoostérines ne présenterait pas quelque avantage sur celui des phytostérines (ergostérine irradiée) en particulier celui d'être plus proche des stérols humains. En raison de son puissant pouvoir fixateur de la chaux, de sa haute calcémie (3 fois plus forte que celle de l'homme) nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à extraire et à irradier la cholestérine de l'escargot et les stérols voisins. La cholestérine pure irradiée s'est montrée sans action (comme dans le cas des phytostérines purifiées).

Les cholestérines légèrement impures irradiées nous ont fourni un produit (Helistérine) d'une activité antirachitique remarquable, au moins égale à celle de l'ergostérine. 1 goutte de la solution au 1/1000 et même 1 goutte de la solution au 1/10000 permet d'obtenir, une fixation parfaite de la chaux chez les animaux soumis au régime 85.

Les résultats cliniques ne sont pas moins démonstratifs. Il est d'ailleurs vraisemblable que beaucoup d'autres zoostérines extraites dans des conditions identiques et irradiées doivent être douées du même pouvoir.

X. *Pouvoir ostéotrophique des jus frais* (*Vitamine* C.)

La vitamine C. ne possède pas comme la vitamine D le pouvoir de fixation calcique. Des expériences personnelles nous incitent pourtant à la considérer comme un agent ostéotrophique.

J'ai montré avec P. MICHEL et SANYAS, que — nous l'avons vu plus haut — l'extrait thyroïdien, apparaît chez cet animal doué d'un puissant pouvoir ostéodystrophique (fractures). Ce pouvoir s'exerce avec d'autant plus de force que le régime de l'animal est plus pauvre en vitamine C (jus de litron). Si l'on ajoute à la ration de fortes doses de jus de citron : 20,40 cmc. on obtient une résistance osseuse remarcuable à cette action dystrophique. Lorsqu'on cesse de faire qgir l'extrait thyroïdien, les os fracturés se réparent d'auaant plus vite que la dose de vitamine C est plus forte dans ta ration.

Il y a là une indication précise qui doit être retenue par le clinicien.

Les jus frais ont une action eutrophique générale, qui aide à l'action ostéotrophique d'autres substances.

Nous associons volontiers l'action de l'ergostérine à celle du jus frais.

XI. *L'équilibre alimentaire et la nutrition osseuse.*

Nous avons déjà signalé que les faits cliniques, comme les faits expérimentaux, s'accordent pour faire jouer à l'équilibre alimentaire un rôle ostéotrophique de premier plan. C'est assez dire que quelle que soit la médication choisie, il restera à la base du traitement de toutes les ostéopathies.

La cure de repos en clientèle,

Par le Dr Maurice PERRIN,
PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Le repos est souvent prescrit aux malades et aux convalescents. Mais il l'est presque toujours d'une façon vague et imprécise, si bien que le patient règle l'emploi de son temps suivant sa fantaisie ou ses préjugés. Il en résulte que le malade ne bénéficie pas de la cure de repos comme il le devrait et que le médecin, croyant son client placé dans les meilleures conditions, s'étonne de constater la persistance de symptômes auxquels une véritable détente physique et morale aurait dû mettre fin.

Le repos est prescrit dans des circonstances diverses, et par conséquent doit l'être de façons diverses ; de plus, la prescription doit être très précise et bien adaptée.

Je ne m'arrêterai pas au cas du malade aigu, dont l'alitement forcé n'est pas appelé cure de repos, mais s'impose tout naturellement, encore qu'il faille parfois insister pour mettre au lit certains pneumoniques âgés, certains cardiaques décompensés, etc. (1).

Le terme de cure de repos s'applique à des cas où les apparences paraissent permettre la vie normale, mais où la sagesse médicale veut qu'au contraire le repos soit prescrit dans un but thérapeutique.

Les surmenés, les tuberculeux, les convalescents, les chroniques qui sont allés aux eaux doivent se reposer ; mais les modalités seront différentes pour chacun d'eux. Passons en revue ces divers cas, en commençant par les moins graves.

***

Après une cure thermale bien faite, le sujet éprouve parfois une certaine lassitude qui se dissipera peu à peu ; quelques semaines peuvent s'écouler avant qu'il ressente vraiment l'amélioration réelle apportée dans son état par le traitement hydrominéral suivi.

Cette sorte de « convalescence thermale » est plus rapide lorsque le malade fait une *post-cure* de repos et de grand air, de préférence dans une station d'altitude, si par ailleurs aucune contre-indication ne s'y oppose. Bien souvent, on se contente d'un séjour à la campagne si le malade y possède une

(1) MOURIQUAND et LEULIER. — Sur l'action antirachitique de certains lépides cholestériques de l'escargot de Bourgogne. *C. R. Académie des Sciences*, t. 188 p. 1701, 24 juin 1929.

(1) Dans les cas aigus, le médecin doit veiller à la position du malade et souvent expliquer à l'entourage, quand la position demi-assise est nécessaire, la bonne façon de soutenir les épaules et de caler les jambes pour que le malade ne s'effondre pas dans un monceau d'oreillers et ne glisse pas vers le pied du lit. Quand les malades sont capables de se lever pour exonérer leurs réservoirs ou pendant qu'on fait le lit, la façon d'y remonter peut être fatigante (s'agenouiller et pivoter) ou non (s'asseoir sur le bord du lit et se renverser) Beaucoup de familles ne pensent pas à diminuer la hauteur déraisonnable de certains lits, ni à donner au malade un marchepied ou escabeau convenable.

propriété, mais il devra y mener une vie très calme et éviter de se livrer à des exercices violents, comme en font par exemple certains chasseurs. D'autres fois encore, le malade est obligé par sa situation à reprendre aussitôt le cours de ses affaires : dans ce cas, il est avantageux pour lui d'en réduire au minimum les charges matérielles et les préoccupations pendant plusieurs semaines.

Il est bien évident que, dans une post-cure, il s'agit d'un repos relatif, puisque nous envisageons même (comme un pis-aller toutefois) la reprise inéluctable immédiate des occupations, tempérée par des ménagements.

Par conséquent, la cure de repos prescrite au malade qui quitte la station hydrominérale est une cure de ménagements, avec une vie hygiénique et bien ordonnée, des nuits assez longues, des promenades à allure modérée, et dont la durée sera courte au début pour s'allonger progressivement ensuite. En somme il s'agira d'une reprise prudente et méthodique d'activité, acheminant le malade vers sa vie professionnelle, mais avec des modalités individuelles, compte tenu des possibilités de chacun au point de vue social comme au point de vue organique. Il va de soi qu'on ne fera pas mener une vie de paresse à l'obèse dont on a péniblement obtenu la réadaptation à la marche, qu'on ne restera pas en deça de l'activité déjà récupérée par le cardioscléreux, qu'inversement on ne soumettra pas à un entraînement hâtif la chlorotique dont la cure ferrugineuse a été doublée de la cure de décubitus, si nécessaire en pareil cas, etc.

***

Le *surmené* peut se reposer quelquefois chez lui, généralement mieux ailleurs que chez lui ; qu'il s'agisse de surmenage physique ou de fatigue intellectuelle, le simple abandon temporaire des occupations, permettant des flâneries, des promenades faciles, des lectures reposantes, suffit ordinairement ; mais il faut se méfier de l'ébullition cérébrale de certains sujets : tel homme d'affaires remuant (pour ne pas dire agité) cessera peut-être d'aller à son bureau, mais ce sera pour avaler des kilomètres en auto ou pour faire de trop longues heures de golf ou de tennis. Il sera en congé, mais ce ne sera pas une cure de repos, et ce le sera d'autant moins que la part de la fatigue cérébrale aura été plus grande. On cesse plus facilement un surmenage physique qu'un surmenage moral. Les préoccupations des affaires abandonnées, de la clientèle délaissée, de l'enseignement qu'il faudra reprendre, poursuivent le banquier, le médecin, le professeur, jusque dans les solitudes lointaines ; et il faut souvent bien des nuits avant que le sommeil devienne calme et réparateur, et bien des jours avant que les distractions de la villégiature fassent oublier les soucis habituels et les responsabilités qui pèsent sur les épaules du surmené.

Autant il est facile de prescrire le repos cérébral au jeune homme qui vient de passer un examen, autant il est difficile de l'obtenir de l'adulte travailleur, même s'il est son maître et peut sortir de chez lui.

Habituellement un repos physique relatif est l'adjuvant du repos moral, mais il est des sujets qui se fatiguent cérébralement tout en menant une vie très sédentaire : pour eux, il faut entraîner le corps et parfois le fatiguer pour détendre l'esprit.

Un grand doigté est donc, ici encore, nécessaire ; de plus le médecin devra, si possible, surveiller la façon dont le sujet réagit à son changement d'existence.

A un faible degré de surmenage, une réduction des occupations peut suffire , par exemple la suppression de toute veillée : le collégien ne fera plus de devoirs à domicile, l'homme occupé renoncera temporairement aux réunions mondaines, aux spectacles, et même aux lectures du soir.

***

Pour le *convalescent*, la cure de repos sera une période de transition et d'acheminement vers la vie normale.

Malade et fiévreux, il était constamment couché ; il le sera de moins en moins, et allongera de jour en jour la durée de ses levers.

Ici, il faut lutter contre le préjugé que « le lit affaiblit », et éviter que le sujet, capable de passer un quart d'heure dans son fauteuil, y veuille rester une heure, ce qu'il payerait peut-être d'une syncope, d'un accès de fièvre, voire d'une rechute.

Je souligne ici l'intérêt qu'il y a à bien aérer la chambre de tout malade et de tout convalescent, même alité toujours ou presque ; et à accorder à certains deux courtes séances de fauteuil ou de chaise-longue, plutôt qu'une seule séance de durée double.

De même, prudence pour les premiers pas dans la chambre, puis au dehors, et pour la progression des marches et sorties !

Le rôle du médecin n'est pas fini à la défervescence d'une maladie aiguë, surtout lorsque celle-ci a été grave ou longue, ou quand le sujet est naturellement peu résistant. Le dosage du repos et du mouvement pendant la convalescence a besoin de toute son attention.

***

Les *tuberculeux* nous fournissent le plus fort contingent des malades auxquels la cure de repos est prescrite, et fréquemment mal prescrite.

Depuis plus d'un demi-siècle, la notion de « la cure d'air au repos », comme disait Bennett, est entrée dans les esprits comme elle est décrite dans tous les traités et manuels.

Mais, que de fois le médecin se borne à dire : « reposez-vous », ou « cessez vos occupations » ou encore « prenez l'air », sans préciser davantage ! Et c'est ainsi qu'on voit des séries de cas lamentables : malades qui eussent dû se reposer chez eux ou à proximité, et qu'épuise un long voyage, fiévreux ou hémoptoïsants qui font flamber leur maladie au bord de la mer, cracheurs indésirables dans les villes d'eaux, malades pour qui se reposer veut dire dire cesser d'aller à l'atelier et qui font un lourd travail de ménage ou des promenades interminables, malgré la fièvre qui les mine ostensiblement ou sournoisement, etc.

Il faut que le médecin étudie son malade, le milieu, les possibilités ; et, le malade étant reconnu apte à telle ou telle destination (1), qu'il lui donne des conseils extrêmement précis. Si le malade va dans un sanatorium, soit par ses propres moyens, soit grâce au concours d'un dispensaire d'hygiène sociale (si précieux pour faciliter les placements et pour renseigner les praticiens,) ou s'il va dans une localité organisée pour la cure, le médecin traitant le confie à à son confrère spécialisé, et la cure sera bien faite. Mais si, faute de moyens ou pour tout autre motif, la cure libre, aussi fallacieuse que séduisante, a eu les préférences, le médecin traitant doit munir son malade d'un viatique de conseils formels.

Ces conseils sont d'ailleurs tout aussi nécessaires entre le jour du diagnostic et le jour où le malade partira de chez

(1) Maurice PERRIN. — Quelle destination faut-il donner aux tuberculeux pulmonaires ? Causerie pratique à la Journée médicale de Nancy du 15 mai 1927. *Bulletin général de thérapeutique*, octobre 1927 ; *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1927.

lui pour une cure surveillée ; le médecin doit donc les donner toujours.

Le cas le plus typique de malade mal dirigé est celui-ci : le tuberculeux léger ou grave part dans un village, chez un parent quelconque ; celui-ci le loge dans la chambre d'amis, chambre souvent mal aérée et plus ou moins humide, et dont on n'ouvre guère la fenêtre, de peur de défraichir les rideaux. Faute de directives, le malade erre dans la campagne sous prétexte de prendre l'air ; ou, s'il est fatigué, il garde le coin du feu et crache dans les cendres du matin au soir ; dans ce cas, inévitablement on lui confie les enfants. Bref, il se soigne mal, s'aggrave et sème la contagion.

Il eût fallu dire à ce malade : vous ferez tant d'heures de lit dans une chambre bien aérée, et tant d'heures de chaise-longue, soit dehors, soit près de la fenêtre ouverte ; le repos complet est le meilleur antithermique ; vous ferez (dans l'hypothèse du cas assez léger), une demi-heure ou une heure de promenade avant les repas, et pas davantage ; vous resterez immobile et silencieux pendant deux heures après le repas de midi et vous vous coucherez aussitôt après celui du soir ; vous cracherez dans un crachoir désinfecté de telle façon ; les enfants ne s'approcheront pas de vous, etc.

A tel jeune homme il faut dire : je vous ai fait quitter votre travail, ce n'est pas pour aller au bal ou au cinéma, ni pour faire des randonnées à bicyclette ou à pied ; à telle ménagère : si, au lieu de faire vos journées en ville, vous lavez votre linge et récurez vos parquets, ce n'est pas du repos, mais une autre fatigue.

En somme, il faut entrer dans les plus petits détails et ne rien laisser au hasard ni à l'inspiration souvent extravagante des clients. Pour cela, le médecin ne dédaignera pas de voir, pour chaque malade, comment il peut se rapprocher des conditions optima ; et ayant acquis cette connaissance des possibilités, il mettra les points sur les i, patiemment et en adaptant ses explications au niveau intellectuel de l'intéressé. Pour certains, surtout pour les déshérités de la fortune, l'aide des dispensaires, des infirmières visiteuses, des religieuses, des personnes bien choisies de l'entourage, facilitera la compréhension et l'exécution des prescriptions.

Donc « formulons » la cure de repos avec précision et minutie, car c'est à ce prix que la cure de repos sera efficace, prolongera et soulagera les phtisiques condamnés, immobilisera les lésions évolutives rebelles, enrayera les processus initiaux, en un mot, sera utile et salutaire.

Les tuberculeux sont nombreux dans toute clientèle ; même frappés à mort, ils peuvent bénéficier d'une prolongation de vie et d'une amélioration de leur situation lorsque leur cure de repos est bien faite. Venons donc à leur secours en la leur prescrivant le mieux possible !

***

Nous voici au terme de cette causerie.

Certains lecteurs pensent peut-être qu'ils savaient déjà ce que je viens de dire. Je le crois volontiers, mais qu'ils fassent leur examen de conscience, comme je le fais moi-même ! Quel praticien n'a eu à déplorer les insuccès de cures de repos mal faites et qui eussent été plus efficaces si les malades ignorants ou récalcitrants avaient reçu de leur médecin des directives plus précises ou plus adaptées aux circonstances ?

Traitement du syndrome parkinsonien,

Par M. **Henri ROGER**,

PROFESSEUR DE CLINIQUE NEUROLOGIQUE A L'ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE.

Multiples sont les médications qui ont été employées contre le syndrome parkinsonien (1).

Nous les classerons suivant les méthodes thérapeutiques utilisées : chimique, biologique, chirurgicale, physiothérapique.

Thérapeutique chimique.

Deux sortes de médicaments chimiques sont à envisager : ceux qui essayent d'agir sur les deux principaux symptômes, rigidité et tremblement, médication symptomatique, qu'on peut qualifier encore de l'adjectif un peu vague d'antispasmodique, — ceux qui veulent combattre l'infection causale, dans les cas, les plus fréquents à l'heure actuelle, où le parkinson succède à une encéphalite épidémique, médication causale, que nous pouvons appeler antiinfectieuse.

A. **Médication symptomatique, antispasmodique.** — La place la plus importante doit être réservée à une série de médicaments tirés de la pharmacopée végétale, et appartenant pour la plupart à la famille des solanées.

1° MÉDICAMENTS VÉGÉTAUX.

La *scopolamine* (ou bromhydrate d'hyosoine), extraite du scopolia japonica ou belladone du Japon, se prescrit sous forme de bromhydrate de scopolamine : *per os*, en solution ou en granules d'un quart de milligramme (4 à 5 par jour), ou mieux en injections sous-cutanées d'un cinquième ou d'un quart de milligramme dans un centimètre cube d'eau (une à trois injections par jour). On conseillait autrefois de faire ces piqûres de préférence sous la peau de l'avant-bras ou du bras, agité du tremblement le plus intense : cette pratique associait une pure action psychothérapique à l'effet pharmacodynamique.

Cette médication est continuée tous les jours pendant des mois, et même pendant des années, sans grand inconvénient et sans trop d'accoutumance (Babinski) ; elle devient un véritable aliment nécessaire au parkinsonien, comme le bromure ou le gardénal à l'épileptique.

Delmas-Marsalet, au lieu de la dose quotidienne d'un quart de milligramme, conseille l'injection massive d'un milligramme et quart, renouvelée seulement tous les quinze jours ; après une phase d'excitation psychomotrice légère, de deux à trois heures de durée, la rigidité diminue brusquement et reste moindre pendant plusieurs jours.

Un malade de Dutil, qui, par suite d'une erreur de prescription, avait reçu une dose d'un centigramme, fut littéralement transformé durant plusieurs semaines.

L'association à la scopolamine d'un centigramme de morphine serait pour Barré plus active.

On pourra remplacer le bromhydrate de scopolamine

(1) Nous venons de consacrer au *diagnostic des syndromes parkinsoniens* une étude d'ensemble (*Science médicale pratique*, juillet 1929), auquel le lecteur pourra se reporter pour l'étude clinique et étiologique du syndrome.

par l'aminooxyde de scopolamine ou *génoscopolamine*, de la série des génalcaloïdes de Polonowski et Combemale, à la dose de 2 à 4 granules d'un milligramme par jour, moins toxiques et aussi actifs.

Ces médications agiraient, d'après la plupart des auteurs, en diminuant la rigidité, par leur effet soit sur le sarcoplasme musculaire, soit sur les fibres sympathiques. Pour Froment, elles augmenteraient simplement la force musculaire qui passerait par exemple de 10 à 40 kgr. au dynamomètre.

La *jusquiame* (poudre de feuille 0 gr. 50 *pro die*, teinture 4 gr.) ou son alcaloïde l'*hyosciamine* cristallisée (2 à 3 milligrammes), la *génohyosciamine* (3 à 4 granules d'un demi-milligramme) diminuent la contracture.

La *poudre de feuille de datura stramonium*, ou poudre de stramoine, qui contient 0 gr. 33 d'alcaloïdes (hyosciamine, atropine et ses isomères) pour 100 gr. de poudre, a été préconisée par Juster, en pilules de dix centigrammes, à des doses variant de 0 gr. 50 à 1 gr. et même 2 gr. par jour (Soc. thérap., 13 janvier 1926). Personnellement nous avons journellement recours à cette préparation, également conseillée par Laignel-Lavastine et Valence(*Journ. de méd. de Paris*, 19 juillet 1926). Comme nous l'avons indiqué dans la thèse de notre élève Donati (Montpellier, 1927), nous prescrivons cinq jours de traitement par semaine (le premier jour, 3 pilules, les 2e et 3e jours 4, les 4e et 5e jours 5 pilules à 0.10) et deux jours de repos (où l'on peut remplacer le datura par un diurétique chez les gens âgés, par un tonique arsenical chez les jeunes). Cette médication, particulièrement efficace, est relativement peu toxique : elle provoque parfois de la sécheresse de la gorge et des troubles de l'accommodation oculaire, rarement de la diarrhée.

La *belladone* peut se donner à la dose de 60 à 80 gouttes de teinture *pro die*. Son alcaloïde, l'*atropine*, est conseillé par Radovici (*Presse méd.*, 29 avril 1925) à la dose de deux milligrammes en ingestion (3 à 6 cuillers de la solution à un centigramme pour 150 gr. d'eau) ou en injection sous-cutanée (un milligr. par cc.). D'autres auteurs ont utilisé l'*ésérine*.

De ces médicaments ayant une action paralysante sur la fibre sympathique, rapprochons la *nicotine*. Moll (*Brit. med. Journ.*, 26 juin 1926) conseille les injections sous-cutanées aux doses progressives de 1/30, 1/10 et même 1/3 de *grain*, trois fois par jour, dose maxima que l'on continuera 2 à 3 semaines. Il y a lieu de surveiller les réactions dues à ce médicament (ralentissement du pouls, élévation de la tension artérielle, tachypnée) afin de mieux éviter l'effet toxique, convulsions, incontinence, sueurs profuses, parfois cyanose.

En raison de leur action sur le tonus musculaire, Bergen et Lévy, Kairiukschtis et Kutorga (*Münch. med. Woch.*, 1er avril 1927) ont recours aux injections sous-cutanées ou intramusculaires de 1 à 3 cc. de la solution de *curare*, à 0 gr. 5 pour 100.

Verger, Piéchaud et Aubertin (Soc. méd. et chir. de Bordeaux, 18 janvier 1924) ont employé le *bromhydrate de cicutine*, que P. Marie et Boutier ont préconisé aux doses de 1 à 3 milligrammes dans diverses contractures.

Guillain et Léchelle conseillent la *teinture d'arnica* au 1/10 : 0 gr. 50 à 2 gr.

La *bulbocapnine*, alcaloïde extrait du corydalis cava, quoique renforçant la stabilité et pouvant chez un individu normal créer un certain état de rigidité, aurait, d'après de Jong et Hermann, une action assez nette sur le tremblement parkinsonien.

Récemment vient d'être expérimenté chez les parkinsoniens un nouvel alcaloïde, dont les résultats encourageants ont toutefois encore besoin d'être confirmés. Dans l'Amérique centrale, pousse une plante ayant des propriétés assez analogues au haschich, connue des Indiens sous le nom de yagé, identifiée par Perrot et Raymond-Hamet avec la banisteria caapi (famille des malpighiacées) et dont l'on a extrait un alcaloïde dénommé par les auteurs colombiens yagéine et par Lewin banistérine. Cette yagéine ou *banistérine* a été reconnue récemment comme ayant même formule et mêmes propriétés pharmacodynamiques qu'un autre alcaloïde, l'*harmine*, extrait depuis bien longtemps d'une plante de la steppe russe, pèganum harmala. D'après les résultats obtenus en Allemagne par Beringer (*Nervenarzt*, 1928 h. 5 et *Deutsch. med. Woch.*, 1928, n° 22), par Fischer (*Münch. med. Woch.*, 1929, n° 11), par Schuster (*Med. Klin.*, 1929, n° 14), par Rustige (*Deutsch. med. Woch.*, 1929, n° 15), l'harmine, employée en injections sous cutanées (une à deux injections par jour d'une ampoule de 0.02 par cc.), diminue la rigidité, rend la marche plus aisée, le sommeil meilleur, améliore les spasmes oculaires post-encéphalitiques, mais a peu d'action sur le tremblement.

2° Médicaments minéraux.

a) On a employé, soit isolément, soit associés avec les médications précédentes, divers sédatifs du système nerveux, appartenant à la chimie minérale dont l'action n'est cependant pas à comparer avec les médicaments végétaux, précédemment étudiés : *gardénal* (Clovis Vincent et Krebs) à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 surtout dans les cas de douleurs et d'insomnie, bromure surtout sous forme de *bromure de camphre, borate de soude, chlorure de calcium, chlorure d'or et d'ammonium.*

b) Une place à part doit être réservée aux *arsenicaux*, employés à hautes doses. Avec notre regretté ami le Prof. J.-A. Sicard, nous avions, en 1918, traité les contractures des hémiplégiques et des paraplégiques par de petites doses répétées de 0 gr. 15 de novarsenobenzol jusqu'au total de 6 à 9 gr., qui, par la production d'une névrite arsenicale, modifiaient la réflectivité tendineuse et la contracture. Lhermitte et Quesnel (Soc. neur., 6 novembre 1929 et *Gaz. hôp.*, 25 novembre 1919) ont utilisé chez les parkinsoniens, soit le sulfarsénol jusqu'à 2 gr. 50, soit le *cacodylate de soude* (2 à 3 injections intramusculaires par semaine aux doses progressives de 0.25, 0.50 et même 1 à 2 gr., jusqu'au total de 12 à 14 gr., repos de quinze jours, puis nouvelle série) : ils attribuent la diminution de la rigidité du tronc et des membres à l'action de l'arsenic sur les centres régulateurs du tonus musculaire. En France, Crampon et Cleuet, Legrand et Auguste (*Echo méd du Nord* 20 novembre 1920), Aubry (thèse Bordeaux, 1920), à l'étranger Mativa et van Gechuchten (*La Policlinique*, 1er octobre 1921), Fracassi (*Rev. med. del Rosario*, mai 1921) se déclarent partisans de cette méthode.

Nous croyons qu'il vaut mieux éviter les trop fortes doses en raison des intoxications arsenicales, parfois graves, observées (San Filippo *Policlinico*, 18 avril 1921), Maréchal (*Gaz. des hôp.*, 4 janvier 1920) dit cependant avoir poussé progressivement sans inconvénient jusqu'à 4 et 6 gr. en injection intraveineuse.

c) Divers auteurs, s'inspirant des effets des *injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie* dans le tétanos les ont essayées dans le parkinson avec des résultats favorables pour les uns comme Artault de Vevey (Soc. de thérap. 9 nov. 1921), Poulain et Bronner, Mathiew et Santagelo, Alessandrini et Frattali, défavorables pour d'autres (Carducci).

B. **Médication causale, anti-infectieuse.** — Le parkinson post-encéphalitique est considéré par la plupart des auteurs

comme une encéphalite à marche lente ; aussi est-il logique d'essayer d'arrêter le processus infectieux par une série de thérapeutiques s'adressant au virus névraxitique.

A côté de médications biologiques, plus ou moins spécifiques, que nous étudierons plus loin, nous trouvons ici la plupart des médicaments utilisés à la phase aiguë : *uroformine*, en ingestion ou en injections intraveineuses, combinée ou non à un élément iodé comme dans l'iodaseptine ou la septicémine, médication arsenicale du type de l'*arsylène*, *métaux colloïdaux*, comme l'électrargol, *trypaflavine*, etc., actuellement surtout *salicylate de soude*. Le salicylate de soude a été donné par Tinel en ingestion à la dose de 6 à 8 gr. sous forme de petites cures de trois jours, répétées tous les 8 à 10 jours. Bouchard (Soc. clin. méd. ment., 19 nov. 1922) conseille la voie veineuse ; Vedel, Puech et Pagès (Soc. sc. méd. Montpellier, 6 février 1925) injectent par cette voie de 1 à 4 gr. par jour (solution glucosée à 10 %) jusqu'à une dose totale de 70 à 100 gr. sans intolérance marquée, mais sans amélioration notable.

Le nucléinate de soude avait été autrefois employé en injections sous-cutanées (0 gr. 40) ou intraveineuses (Buia) dans le parkinson sénile.

Thérapeutique biologique.

De cette thérapeutique anti-infectieuse d'ordre chimique, rapprochons d'autres médications biologiques ou humorales, les unes d'allure plus ou moins spécifique, les autres non spécifiques.

1° **Biothérapie spécifique**. — Levaditi et Poincloux ont préconisé un *virus-vaccin* obtenu en émulsionnant la substance cérébrale de lapins auxquels on avait transmis l'encéphalite humaine. A. Marie, Poincloux et Codet (*Réunion biol. neuropsychiatrique*, juillet 1926) l'injectent dans le L. C. R. et obtiennent une amélioration notable de la rigidité et de la rétropulsion, mais au prix d'une grosse réaction méningée ayant d'après eux l'allure d'une véritable maladie vaccinale.

Se basant sur la présence dans le sérum d'anciens encéphalitiques d'anticorps susceptibles d'empêcher l'infection expérimentale du lapin (Kling, David et Liljenquist) et sur le barrage physiologique qui sépare sang et L. C. R., Dardel et Gonnet (*Revue méd. Suisse romande*, octobre 1923), Moore (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 15 sept. 1923) *injectent dans les espaces sous-arachnoïdiens le propre sérum du malade* à la dose de 10 à 20 cent. cubes tous les 8 jours pendant quelques semaines ; la raideur, l'attitude figée, l'akinésie, la bradyphasie s'atténuent. Une poussée fébrile à 38°, 38°5, avec parfois douleurs lombaires et des membres inférieurs, accompagne souvent l'injection. Sur 21 malades ainsi traités par Paulian (Soc. méd. hôp. Paris, 6 février 1925) au moyen de cette *autosérothérapie rachidienne*, 5 guérissent et 13 s'améliorent rapidement; Pette (*Munch. med. Woch.*, 16 juillet 1926) obtient une régression transitoire dans 14 cas sur 23 ; il explique ces résultats par l'action thérapeutique de la réaction méningée et non par une action spécifique.

Par une méthode inverse, grâce aux *injections intraveineuses au malade de son propre L. C. R.* (10 cent. cubes par semaine), Piticaria voit s'atténuer ou disparaître troubles de l'équilibre, rigidité et tremblement ; pareils résultats ne sont pas obtenus par Souques et Mouquin (Soc. neur., 9 novembre 1922), Sicard et Lermoyez, ni Barré.

2° **Biothérapie non spécifique**. — On a successivement employé avec des résultats généralement peu satisfaisants, *malariathérapie* (Paulian, Dimitrescu et Fortunescu, *Bull. med. therapeutic*, 1er mars 1927), inoculation de la fièvre récurrente (Marcus, Kling et Höglind (*Réun. biol. de Suède*, 24 juin 1926), *vaccin antityphoïdique*, *vaccineurine*, etc.

Traitement chirurgical.

On a tenté des interventions sur les racines postérieures et sur le sympathique.

1° La SECTION DES RACINES POSTÉRIEURES d'un membre supérieur, faite dans 3 cas par Leriche (*Lyon chirurgical*, 1912 et 1914) améliora plus le tremblement que la rigidité.

2° Les OPÉRATIONS SUR LE SYMPATHIQUE parurent au même auteur rationnelles, en raison de l'intervention du sympathique dans le tonus plastique. Le malade, auquel il enlève en 1914, un *ganglion cervical supérieur*, demanda ultérieurement à être opéré du côté opposé. Brüning (*Klin. Woch.*, 4 Iahrg., n° 16), après avoir enlevé toute la chaîne sympathique cervicale, observe ce phénomène paradoxal de l'amélioration du membre inférieur sans modification du membre supérieur. Rodriguez Arias (Soc. neur., 26 mai 1929), Lemoine (*Scalpel*, 7 août 1926) publient des cas favorables. Wertheimer (*Presse méd.*, 3 octobre 1925) se range parmi les partisans de cette méthode, malgré les résultats nuls obtenus par Vincent et de Martel (Soc. neur., 2 avril 1925), par Sicard avec la sympathectomie cervicale, ou par Adson avec la *section des rami communicantes* (*Minnesota medicine*, mai 1925).

Physiothérapie.

Il est indispensable de conseiller au parkinsonien de vaincre son inertie physique et psychique, de s'occuper le plus possible, de ne pas rester inactif. La *marche*, les *mouvements actifs des membres supérieurs* (exercices de scier du bois et jardinage pour l'homme, piano et machine à coudre pour la femme) sont recommandés.

Il faut en outre demander à l'entourage de faire 3 à 4 fois par jour des exercices de *mobilisation passive* des divers segments articulaires des membres pendant 5 à 10 minutes.

Quand le malade se repose, la position qui combat le mieux la rigidité et apporte le plus de soulagement est la position allongée dans un *fauteuil colonial* (Froment), jambes et bras confortablement appuyés. Certains malades se trouvent bien d'*appareils de prothèse* luttant contre la leur contracture et leur plicature.

L'*électrothérapie* apporte peu de ressources au traitement du parkinson.

Parmi les *stations thermales*, les plus indiquées sont Néris et Lamalou.

Schéma d'ordonnance pour un parkinson d'intensité moyenne.

1° Faire le plus d'exercice possible : mobilisation passive plusieurs fois par jour.

2° Le premier mois prendre des cachets de :

Poudre de datura stramonium.... dix centigr.

Pour un cachet n° 100.

Chaque semaine, prendre, le premier jour, 3, les 2e et 3e jours 4, les 4e et 5e jours 5 cachets espacés dans la journée (doses pouvant être augmentées suivant tolérance ou accoutumance). Repos les 6e et 7e jours.

Le deuxième mois, prendre, tous les jours, trois fois par jour une pilule de :

Bromhydrate de scopolamine un quart de milligr.

Pour une pilule n° 50.

Le troisième mois prendre trois granules par jour de :

Génoscopolamine.

Alterner ces trois médications, ou mieux continuer durant plusieurs mois celle qui a apporté le plus de soulagement (généralement datura).

3° Concurremment avec ces médications, faire, environ tous les deux mois, une série d'injections au rythme d'environ 3 par semaine.

a) Tantôt intraveineuses de :

Salicylate de soude	1 gr.
Glucose	2 gr. 50
Eau	10 cc.

Pour une ampoule n° 10.

b) Tantôt sous-cutanées de :

Iodaseptine ou septicémine.

c) Tantôt intramusculaires de :

Cacodylate de soude	0.50 à 1 gr.
Eau	5 cc.

Pour une ampoule n° 12.

Les complications cutanées du traitement conjugué arséno-bismuthique,

Par M. **A. SÉZARY,**
Agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Nous avons déjà eu à deux reprises l'occasion d'entretenir les lecteurs de ce journal du traitement mixte conjugué arséno-bismuthique de la syphilis.

En février 1922, avec Pomaret, nous relations nos premiers essais, qui étaient aussi les premiers qu'on eût jamais faits de ce traitement mixte (les propriétés tréponémicides du bismuth n'étaient connues que depuis le 31 mai 1921).

En 1926, nous exposions la technique que nous avions définitivement adoptée et nous insistions sur les excellents résultats que nous avions obtenus.

Ce traitement mixte conjugué, qui sconsiste à faire chez un malade à la fois une série normale d'injections de 914 et une série normale d'injections de bismuth, a du reste été expérimenté et adopté par de nombreux syphiligraphes, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Pour notre part, depuis huit ans que nous l'utilisons, nous nous félicitons de plus en plus de sa remarquable action thérapeutique. Sous son influence, chez un syphilitique secondaire, la réaction de Wassermann devient, dans la règle, négative après la première série, et dans les cas que nous avons étudiés, nous avons noté l'absence de leucocytose céphalo-rachidienne après la deuxième série.

Certains auteurs lui ont cependant adressé des critiques. Nous voudrions envisager aujourd'hui celle qui a été formulée le plus souvent et qui est la suivante : quand, au cours du traitement arsénobismuthique, il survient une complication cutanée, on ignore à laquelle des deux médications est due l'éruption et on ne sait plus quelle conduite suivre.

Voyons, à l'aide d'observations cliniques, ce qu'il faut penser de cette opinion.

***

Mais auparavant rappelons les caractères des éruptions qui peuvent compliquer soit le traitement arsenical soit le traitement bismuthique, seuls.

Les complications cutanées du traitement arsénobenzénique de la syphilis sont actuellement bien connues, du moins dans leur symptomatologie.

On en distingue plusieurs formes : l'une, la plus grave, est vésiculo-œdémateuse ; les autres, moins inquiétantes, sont scarlatiniformes, morbilliformes, rubéoliformes, ortiées, etc. Comme M. Milian l'a justement fait remarquer, les secondes surviennent généralement vers le 9e jour qui suit la première injection, comme d'ailleurs les éruptions sériques ; la dermite vésiculo-œdémateuse apparait au contraire plus tardivement.

Y a-t-il entre ces deux types d'éruptions une différence de nature, comme le croit M. Milian, ou bien sont-ils dus tous deux à une sensibilité particulière, plus ou moins vive selon les cas, à l'arsenic : c'est une question que nous ne discuterons pas ici, désirant nous cantonner dans le domaine de la pratique.

La fréquence de cette complication est diversément appréciée. Pour fixer les idées, nous donnerons le pourcentage que nous avons établi en dépouillant, avec notre externe Savigny, 1429 dossiers de syphilitiques traités par divers arsénobenzènes. Nous avons trouvé une proportion de 2,72 éruptions pour 100 malades.

Quelle conduite adopter quand on se trouve en présence d'une pareille complication ?

Lorsque survient l'éruption vésiculo-œdémateuse, tous les auteurs sont d'accord pour suspendre le traitement arsenical, afin d'éviter des troubles locaux ou généraux plus graves.

Si au contraire, l'éruption est scarlatiniforme, morbilliforme, etc., les avis ne concordent plus. M. Milian conseille de continuer le traitement : en agissant ainsi, il a vu sans doute les éruptions se répéter parfois, mais bientôt s'atténuer ou disparaître. Par contre, la plupart des auteurs suspendent l'arsenic, soit temporairement, soit définitivement.

Cette divergence d'opinions se conçoit, car les résultats ne sont pas toujours les mêmes. On peut voir, en effet, parfois l'éruption disparaître et ne plus se reproduire, ou bien récidiver, mais moins marquée, à une ou plusieurs reprises. Dans d'autres circonstances (deux tiers des cas dans notre statistique), on peut voir survenir de nouvelles complications cutanées plus graves, soit du même type, mais plus accentuées et accompagnées de fièvre, de malaises, etc., soit du type vésiculo-œdémateux ainsi que nous l'avons constaté chez une jeune femme à l'hôpital Broca.

En réalité, il nous semble que, selon les cas, les sujets chez lesquels on poursuit le traitement arsenical puissent les uns se désensibiliser, les autres au contraire, se sensibiliser de plus en plus.

Comme nous ne connaissons jusqu'ici aucune méthode capable de nous faire distinguer ces cas les uns des autres, nous nous sommes résolu, en présence de cette éventualité et sutout depuis l'observation si impressionnante recueillie à l'hôpital Broca, de supprimer le traitement arse-

nical. C'est d'ailleurs la conduite que suivent le plus grand nombre des syphiligraphes.

***

Les complications cutanées au cours du traitement bismuthique sont beaucoup plus rares. Nous avons pu cependant en observer quelques cas. Elles peuvent être du type vésiculo-œdémateux (Lortat-Jacob et Rabut, Milian et Les normand, Sézary et Benoist, Aubertin et Destouche).

Le plus souvent, ce sont des éruptions prurigineuses eczématiformes ou bien des éruptions scarlatiniformes, morbilliformes, etc.

Fait particulier et sur lequel nous insistons, les éruptions eczématiformes, scarlatiniformes ou morbilliformes qui surviennent à la suite des injections de bismuth, ne récidivent généralement pas si l'on poursuit le traitement.

Par exemple, voici le cas d'un malade de 40 ans, qui le 14 octobre 1926, après la dixième injection d'une seconde série d'iodobismuthate de quinine, fit une éruption très prurigineuse. Cette éruption dura plusieurs mois : elle ne disparut qu'en février 1927. Comme il s'agissait d'un ancien syphilitique, on avait suspendu le traitement pendant tout le cours de l'éruption. En février on fit une série de 12 injections d'hydroxyde de bismuth, en juin une nouvelle série d'iodo-bismuthate, en octobre une nouvelle série d'hydroxyde : il ne se reproduisit plus d'éruption.

Il semble donc que, contrairement à ce qu'on peut observer pour l'arsenic, les malades se désensibilisent rapidement vis-à-vis du bismuth lorsqu'ils ont eu une éruption au cours du traitement par ce produit.

***

Après avoir rappelé les caractères cliniques et évolutifs des éruptions arsenicales et bismuthiques, nous allons rapporter ceux des complications cutanées que nous avons observées au cours du traitement mixte conjugué arséno-bismuthique.

Si pour évaluer leur fréquence nous nous rapportons aux cas observés depuis 1921 jusqu'à 1928, nous arrivons à un pourcentage de 4,93 pour 100 des cas : en effet sur 830 malades traités de cette façon, 41 ont eu une complication cutanée. Si nous comparons ce chiffre à celui qui indique la proportion des éruptions post-arsenicales seules (2,72 %), nous constatons qu'il est plus élevé.

Mais il faut tenir compte d'un fait, c'est que, selon les années, les chiffres ont été extrêmement variables : aussi nous sommes-nous demandé si la préparation du produit n'avait pas une influence sur la fréquence de cette complication.

D'autre part, notre statistique du dispensaire de la Charité donne un pourcentage plus faible que celui de Broca.

Notons enfin qu'ayant de plus en plus substitué depuis 1921 au traitement arsenical seul le traitement arséno-bismuthique, nous avons été amené à comparer des faits recueillis à des époques différentes, ayant observé surtout de 1921 à 1924 des éruptions post-arsenicales et ensuite, de plus en plus, des éruptions post-arséno-bismuthiques.

Ceci nous amène à penser que dans la réalité la fréquence des éruptions après le traitement arséno-bismuthique, n'est pas presque deux fois plus grande que celle des éruptions post-arsenicales, ainsi que le laisserait croire le chiffre indiqué plus haut.

Les types cliniques observés sont identiques à ceux qui surviennent après les traitements arsenical ou bismuthique seuls. Précoces ou tardifs, ils consistent soit en dermite vésiculo-œdémateuse, soit en éruptions morbilliformes, scarlatiniformes, etc.

***

Lorsque nous nous sommes trouvé en présence de ces complications cutanées chez des malades traités à la fois par l'arsenic et le bismuth, la question de la conduite à tenir s'est posée à nous.

Mais il faut le dire, tenant compte des faits observés précédemment chez les sujets soignés par l'un ou l'autre de ces médicaments, nous n'avons pas tardé à entrevoir la solution du problème.

En premier lieu, étant données d'une part la fréquence relative des éruptions post-arsenicales, d'autre part la rareté des éruptions post-bismuthiques, nous avons pensé pouvoir attribuer la grande majorité de ces complications cutanées à l'arsenic seul. Il nous a paru donc qu'il pouvait être imprudent de continuer le traitement arsenical chez ces malades.

Mais pouvions-nous sans crainte poursuivre le traitement bismuthique ?

Les faits d'observation clinique rappelés plus haut nous permettaient de répondre déjà par l'affirmative à cette question. Car, même en attribuant (ce qui est erroné) toutes les éruptions du traitement mixte au bismuth seul, nous savons que. chez les malades qui ont eu une complication cutanée après avoir reçu des injections de ce produit, on peu généralement reprendre ces injections sans provoquer de nouvelle éruption.

De plus, nous avions remarqué que, chez les syphilitiques traités par les arsénobenzènes *seuls* et qui avaient eu des complications cutanées, tandis qu'en poursuivant le traitement arsenical, nous observions de nouveau, 66 fois sur 100, des signes d'intolérance, au contraire en remplaçant l'arsenic par le bismuth, nous constations que ce dernier médicament était bien toléré dans 97 pour 100 des cas. Sur une série de 44 de ces malades atteints d'éruptions arsenicales, l'arsenic fut repris dans 9 cas ; il ne fut bien toléré que 3 fois. Le bismuth, repris chez les 35 autres sujets, ne provoqua que dans un cas une réaction légère, eczématiforme.

Ainsi donc, tout nous permettait de penser que chez les syphilitiques traités à la fois par l'arsenic et le bismuth, on peut, en cas d'éruption médicamenteuse, reprendre le bismuth sans courir une risque sérieux de réaction, tandis qu'au contraire la continuation de l'arsenic expose à de nouvelles éruptions ou à de nouveaux malaises.

L'expérience a confirmé nos prévisions. Sur un total de 41 malades qui au cours du traitement arséno-bismuthique eurent des complications cutanées, tous reçurent de nouveau, aussitôt après la disparition de l'éruption. des injections de bismuth : dans aucun cas, il n'y eut de récidive. Au contraire, ultérieurement, chez 12 d'entre eux, on tenta de reprendre le 914 : trois supportèrent bien ces injections, mais 9 eurent soit un érythème, soit de la fièvre, et nous ne jugeâmes pas prudent de poursuivre l'arsenic.

Il est possible que dans certains cas, qui ne peuvent être que rares, on constate une nouvelle éruption après la reprise des injections de bismuth. Il y a en effet des syphilitiques intolérants pour le bismuth, et même à la fois pour les deux médicaments. Mais , nous le répétons, ce sont là des exceptions. On a vu que dans notre série nous n'en avons pas rencontré.

***

Ainsi donc, en présence d'une complication cutanée au cours d'un traitement arséno-bismuthique, le praticien n'est pas désemparé, comme on s'est plu à le dire. Il a au contraire une règle de conduite bien définie, qui met son malade à l'abri de tout accident, sans nécessiter un arrêt prolongé de traitement.

Les Pleurétiques

Notes anatomocliniques et thérapeutiques,

le Dr J. TRAVERSIER,
Médecin des Hôpitaux,
Professeur a l'École de Médecine de Grenoble.

On s'est donné pour objet dans les lignes qui vont suivre de rappeler quelques faits observés à l'hôpital ou en clientèle concernant les *pleurésies avec épanchements de la grande cavité.*

Reflet de pratique courante, ces lignes n'apportent aucune donnée, aucun fait qui ne soit connu des médecins ; pas davantage, elles n'ont pour ambition de présenter, même ne raccourci, un tableau de la pleurésie de la grande cavité.

Plus modestement elles visent à rappeler quelques particularités de la symptomatologie, de l'évolution et du traitement des pleurésies.

En pratique on est quelquefois surpris par la *forme et la topographie* dde *l'épanchement.*

Celles-ci sont en effet en grande partie commandées par les conditions dans lesquelles il se produit. La forme, la situation de l'épanchement, ne seront pas les mêmes suivant que le sujet fera sa pleurésie couché (pleurésies des infections pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme aigu etc.) ou qu'au contraire il la fera debout (tuberculose, cardiopathie, mal de Bright).

Dans le premier cas, les épanchements ont tendance à se cantonner à la face postérieure des poumons et même à se localiser dans les gouttières vertébrales (*pleurésie des gouttières de Potain*).

S'il est vrai que la pleurésie veuille être cherchée c'est bien surtout dans ces cas. — Dans la deuxième éventualité la grande cavité a plus de tendance à être inondée par les fréquents changements de position du malade. Il faut joindre à ces conditions mécaniques d'autres considérations peut-être aussi importantes tirées de l'action moins prononcée, moins limitante des exsudats dans le premier cas et surtout de l'état du poumon sous jacent.

La topographie, la forme, l'abondance, varieront suivant que le poumon est, avec des lésions minimes, surpris en quelque sorte par l'épanchement et se laisse refouler par suite de la conservation de son élasticité, ou qu'il est aucontraire engoué, congestionné, hépatisé, bref primitivement malade et d'une façon notable et résiste à la pression de l'épanchement au sein duquel il plonge.

Dans les pleurésies secondaires auxquelles nous faisons allusion, l'auscultation peut être elle aussi matière à surprise: Il n'est pas exceptionnel en effet de ne pas trouver de souffle ni de pectoriloquie aphone. Ces signes, on le sait, sont dus à l'état du poumon sous-jacent, la pleurésie n'a que des signes d'auscultation d'emprunt ; or, il peut arriver que dans les infections la pleurésie soit primitive, du moins cliniquement, ou plus exactement consécutive à des lésions pulmonaires indécelables à l'examen — En pareils cas il faudra compter plus, pour le diagnostic, sur le secours des doigts (percussion vibrations, flot, ponction) que sur celui de l'oreille.

Ces anomalies m'engagent à rappeler que la courbe de Damoiseau peut être rencontrée anormale. non plus convexe, mais concave, ou muée en tracé rectiligne et horizontal. Cette anomalie doit éveiller l'idée d'une pleurésie anormale, c'est-à-dire de quelque chose d'insolite dans la nature et la pathogénie de l'épanchement. Des cas de ce genre s'observent dans les hydro et les pyopneumothorax et auss dans les pleurésies cancéreuses avec poumon néoplasique plongeant en bloc dense au sein du liquide.

L'adage clinique : « à courbe anormale, pleurésie anormale » est souvent vérifié en clinique.

Dans certaines maladies infectieuses ; la rapidité d'évolution de la pleurésie, la faible abondance de l'épanchement, l'alternance d'une plèvre à l'autre, la bénignité de l'atteinte pleurale en un mot, sont des raisons qui expliquent que l'épanchement puisse être méconnu et cela souvent sans préjudice pour le malade. C'est ce qui arrive chez les rhumatisants aigus, difficiles d'ailleurs à mobiliser et à asseoir sur leur lit pour l'auscultation quand ils souffrent beaucoup.

Toutefois chez eux l'épanchement peut devenir abondant et dangereux par son volume — Ce sont ces cas exceptionnels que *Chomel* avait en vue quand il recommandait d'asseoir et d'ausculter les rhumatisants tous les deux jours.

Il y a lieu de noter que la notion de bénignité habituelle de la pleurésie rhumatismale, même à faible épanchement en *galette* (Lasègue) demande à être révisée, quand elle s'accompagne de péricardite. Au cours ou à la convalescence des pneumonies surtout quand cette convalescence se fait mal et lentement, il est classique d'interroger la plèvre.

Je ne parle pas de ces pleurésies exsudatives, compagnes obligées et habituelles de l'évolution de la pneumonie mais du véritable épanchement.

Ces épanchements demandent à être ponctionnés sitôt reconnus en raison de leur passage facile à la purulence ;

Il n'est pas rare, du reste, que le liquide retiré à cette période soit louche ou légèrement hématique.

Dans les cas de ce genre, le pneumonique ne guérissant pas et l'attention étant attirée du côté de la plèvre, ce sont surtout des pleurésies enkystées ou des pleurésies interlobaires qu'on rencontrera. La pleurésie de la grande cavité est plus rare, car l'hépatisation ne fait pas sa place au liquide.

Dans la suite il n'est pas rare que la plèvre rende au poumon le mal que celui-ci lui a fait . Les exsudats forment une coque autour du poumon, s'organisent ; alors les scléroses pleurales et pleuro-pulmonaires créent ces matités irréductibles de la base avec respiration soufflante aux deux temps bronchophonie sans égophonie qui font prévoir les dilatations bronchiques que l'on peut presque affirmer si aux signe précédents s'ajoutent des râles gargouillés.

Chez certains malades, l'épanchement de la grande cavité peut avoir une *apparition brusque* d'une rapidité qui déconcerte. Ces cas sont importants à connaître car dans la pratique ce sont ceux qui donnent parfois naissance aux conflits médicaux, un médecin nouveau appelé découvrant l'épanchement que le médecin de la veille n'a pas trouvé malgré ses recherches et malgré le contrôle de l'écran.

Ces éventualités, assez rares il est vrai, sont presque toujours réalisées par des *pleurésies enkystées* séreuses ou purulentes se faisant jour brusquement dans la grande cavité pleurale qu'elles infectent.

Des faits analogues peuvent se rencontrer à la période de résorption dans les épanchements modérés, peu inflamma-

toires et pourtant susceptibles d'être rapidement résorbés et d'aboutir très vite a la crise libératrice du fait de la perméabilité prématurément recouvrée des lymphatiques de la plèvre. On observe dans ces cas la hausse classique parrallèle du débit urinaire, qui n'a rien à voir avec la résorption du liquide et son passage dans les urines, mais qui n'est qu'un phénomène critique marquant la fin d'une maladie fébrile. Si cette polyurie ne se produit pas et que la ligne de matité liquidienne descende c'est qu'il s'agit d'un pseudo gros épanchement avec poumon densifié plongeant dans une faible quantité de liquide.

Souvent en pratique dans les cas de *pleurésie droite* la question se pose de savoir si le *foie est abaissé.* Pour que ee fait se produise il faut 3 conditions :

Pleurésie très inflammatoire
Epanchement très abondant
Paralysie du diaphragme.

Ces trois facteurs sont liés étroitement. Le diaphragme est un muscle actif doué d'une mobilité assez étendue et pour qu'il se laisse parésier il faut la réunion des trois causes

Or, dans les épanchements abondants siégeant à droite, il est une cloison, simple séreuse et non pas muscle doublé d'une séreuse, partant beaucoup plus faible et plus facilement prête à céder . C'est la *cloison médiastine.*

Un des bons moyens cliniques de juger si l'on a affaire à un foie abaissé ou à un foie hypertrophié, éventualité assez fréquente chez les pleurétiqnes d'hôpital, souvent alcooliques, c'est de rechercher avec soin le refoulement de la cloison médiastine. Si avec une matité hépatique anormalement abaissée la matité ne déborde pas la ligne verticale médiastinale, il y a lieu de tenir pour suspect le diagnostic de foie abaissé car si la paroi médiastine n'est pas refoulée par le liquide, il n'y a aucune probabilité pour que le diaphragme le soit ; c'est non d'un foie abaissé, mais d'un gros foie qu'il s'agit.

Quand le pleurétique arrive à la période de *convalescence*, son liquide résorbé ou ponctionné, c'est alors souvent qu'il accuse deux symptômes : les douleurs (piqûres) l'oppression.

C'est qu'il a commencé à faire travailler son poumon, il marche, il sort, il monte les escaliers. Il ne s'agit ni de bronchite, ni de complication pulmonaire. Il n'y a pas d'expectoration, le malade n'a pas de fièvre, l'auscultation est muette. Il s'agit simplement de phénomènes mécaniques, dus aux adhérences pleurales.

Dans le cas de pleurésie gauche, ces piqûres sont souvent accusées dans la région précordiale et se voient chez les sujets qui conservent de la dislocation du médiastin. Il s'est fait durant l'évolution de la pleurésie gauche de la *péricardite* externe à laquelle succèdent des adhérences pleuropéricudiques qui font parfois de ces malades de *faux cardiaques.* C'est aussi dans des cas de ce genre qu'on observe ces déplacements de la pointe attirée à gauche, ou au contraire déviée et fixée à droite avec palpitations, faux pas du cœur et douleurs précordiales en coup d'aiguille.

L'état inflammatoire des plèvres d'abord, les symphyses plus tard, sont à l'origine des des *atrophies musculaires* thoraciques des pleurétiques.

Dans les déformations thoraciques auxquelles elles donnent naissance, il y a lieu de distinguer deux éventualités différentes par leur pathogénie et par leur pronostic : Les déformations *précoces paralytiques,* les déformations *tardives par sclérose.*

Dans le premier cas, la paralysie cède vite au traitement dont nous aurons à dire quelques mots. On voit ainsi bien surveillées et convenablement traitées des scolioses guérir pour ainsi dire sous les yeux.

Dans le deuxième cas, les déformations sont dues à des scléroses pleurales et souvent pleuro-pulmonaires qui obéissent aux tendances évolutives du tissu scléreux : rétraction progressive entrainant l'aplatissement de l'hémithorax et beaucoup moins dociles au traitement dirigé contre elles. Ces symphyses se dénoncent à la vue aidée ou non par la palpation bimanuelle et la mensuration. L'hémithorax n'exécute plus que des mouvements d'ascension et de descente en *bloc*, il a perdu son expansibilité et le mouvement d'élévation et d'éventail des côtes.

Au point de vue du *traitement* et en prévision des désordres mécaniques et trophiques de la convalescence , il y a lieu de ne pas négliger le traitement destiné, à la période inflammatoire, à diminuer l'intensité du molimen congestif dont la plèvre est le siège.

Les émissions sanguines, si efficaces contre le point de côté. sont utiles aussi pour modérer le travail inflammatoire. Il y aurait lieu de rechercher si les applications de sangsues n'auraient pas sur la perméabilisation des vaisseaux thrombosés et partant sur la résorption du liquide l'influence favorable qu'on observe dans les phlébites puerpérales. Toutefois , on sera sobre de ces moyens dans les pleurésies des maladies infectieuses en raison de la fragilité des téguments et de la facilité avec laquelle ils s'infectent.

Si les pleurésies inflammatoires à l'encontre des épanchements mécaniques sont encore trop souvent et trop tôt. protionnés, il ne faut pas cependant laisser passer l'époque opportune de l'intervention et le liquide tarde à se résorber. En pratique les auteurs fixent à trois semaines, la date favorable pour la thoracentèse. Le Docteur Mouisset qui pourra trouver dans les lignes qui précèdent l'écho et parfois les termes mêmes de son enseignement à l'Hôtel-Dieu de Lyon, est d'avis que l'on doit encore reculer cette date, la guérison naturelle de la pleurésie se faisant de la quatrième à la sixième semaine (30 à 40 jours). sauf *indication de necessité* , il convient donc en pratique générale d'attendre un mois pour ponctionner un épanchement. Le rôle bienfaisant des épanchement dans les pleurésies présumées tuberculeuses ou avérées telles est trop connu pour qu'il soit utile de rappeler l'utilité de l'expectative.

Dans ces pleurésies , il n'y a pour la thoracentèse que des indications de *nécessité*, il n'y en a pas d'*opportunité.*

On se préoccupera de lutter pendant qu'il en est temps encore contre ces atrophies musculaires par une gymnastique respiratoire surveillée et progressive. Pas d'appareillage compliqué. Le malade, le thorax, et la tête inclinés du côté sain, fera de grandes inspirations dans un air pur, avec le nez à l'aide de son hémithorax malade [inspirer et expirer] lentement et bien à fond et en courtes séances pour commencer. Les frictions thoraciques à l'alcool de Fioravanti, le massage des muscles de la ceinture scapulaire, les applications iodées répétées, trouveront leurs indications à cette période. Je ne parle pas du traitement ultérieur dans une maladie si souvent de nature tuberculeuse. La convalescence du fait de la situation du malade est trop souvent négligée. On se contente de la guérison clinique et l'on ne recherche pas la guérison anatomique : la cicatrisation des lésions tuberculeuses cortico-pleurales. Or, il est à peine exagéré de prétendre qu'à la période de convalescence des pleurésies qui n'ont pas fait leur preuve, la tuberculose ne fait en quelque sorte que commencer et que l'épisode pleural n'a été que le lever de rideau.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Infarctus du myocarde

Par Georges MARCHAL,
Médecin des hôpitaux.

M. D..., âgé de 55 ans, industriel.

Un soir, après une journée passée gaîment aux environs de Paris, M. D... succombe à la double tentation d'un plantureux dîner et de l'ardeur conjugale. Au milieu de ses offrandes à Vénus, il est saisi d'une atroce douleur rétrosternale, angoissante, à type nettement constrictif, et qui irradie dans les deux bras ; des inhalations de nitrite d'amyle restent sans effets.

Cette crise d'angine de poitrine n'est pas la première en date. Déjà en 1914, le malade avait éprouvé quelques douleurs angineuses liées à l'effort. L'angor avait reparu sous forme de crises assez brèves et espacées en 1926 ; et en raison d'une réaction de Bordet-Wassermann légèrement positive, son médecin traitant avait institué deux cures de traitement spécifique, à base de mercure ; mais le malade, soulagé à nouveau, n'avait pas revu ce médecin depuis plus d'un an.

Jamais encore l'angine de poitrine n'avait revêtu une allure aussi *atroce*, ni aussi *tenace*. Durant toute la nuit, M. D... éprouve la même douleur, coupée seulement d'accalmies très courtes et imparfaites ; peu à peu le champ des irradiations douloureuses s'étale ; la nuque et les épaules donnent à leur tour une sensation d'écrasement. Dès le matin, les manifestations angineuses s'atténuent peu à peu, mais laissent un engourdissement très pénible, qui subitement s'accompagne d'une *dyspnée* au moindre effort, et laisse le malade cloué dans son fauteuil.

Le lendemain, la température monte à 35°, en même temps que se développe un *syndrôme digestif* : nausées suivies de quelques vomissements, constipation, douleurs coliques, anorexie absolue, soif intense, amertume de la bouche, langue sèche et saburrale.

Le médecin traitant diagnostique une intoxication alimentaire, avec déclanchement d'angine de poitrine. Il administre deux lavements purgatifs du Codex, et pratique une injection sous-cutanée de 5 cmc. d'*huile camphrée* au 1/10.

Le surlendemain n'apporte aucune amélioration. Le malade est demeuré insomnique, en proie à des reprises angineuses et à des douleurs abdominales. La dyspnée ne s'est nullement atténuée. Dans la soirée, l'angor reprend avec ses caractères d'acuité extrême et de tenacité. A la suite d'une *lipothymie*, je suis appelé d'urgence, et je vois le malade pour la première fois, à 10 heures du soir.

Celui-ci apparaît absolument exténué, couvert de sueurs avec un visage blême, défait, où s'inscrit l'atroce souffrance de l'angor. Il reste courbé dans son fauteuil, évitant le moindre mouvement, qui exacerbe la douleur angineuse et augmente la *tachypnée* (au repos absolu, le malade, très dyspnéique, présente 30 mouvements respiratoires à la minute).

Les bruits du cœur sont très assourdis, avec un rythme de *galop présystolique*. Le 2e bruit, à la base, est parcheminé et légèrement dédoublé. Enfin, l'auscultation ne me révèle pas de frottement péricardique. La tension artérielle (appareil de Vaquez-Laubry) est de 11,5/9, alors que la maxima était de 17 quelques jours auparavant. Quelques râles sous-crépitants à la base gauche traduisent un léger degré de congestion pulmonaire.

Tout l'abdomen est douloureux à la palpation. La constipation persiste. Enfin la diurèse est des plus médiocres.

Je ne trouve la signature clinique de la syphilis ni dans les réactions pupillaires, ni dans l'état des réflexes tendineux, ni dans l'examen de la bouche et des téguments (pas de leucoplasie, pas de cicatrices suspectes). Mon examen est entrecoupé par des sautes bizarres du *rythme cardiaque* : à trois reprises, le malade côtoie la syncope, et pendant quelques minutes je note une *bradycardie* avec *extrasystolie* (40 battements par minute, et même 32 seulement au cours d'une des trois crises). Puis le pouls bat à 80 et 90, avec extrasystoles moins fréquentes, et se précipite, en de courts paroxysmes, jusqu'à 130 par minute.

Je fais une injection sous-cutanée de 1 cmc. de *pantopon* qui rapidement calme la dyspnée et émousse la douleur angineuse ; puis j'injecte 2 cmc. de *coramine*.

Malgré la détente des phénomènes douloureux due au pantopon, je pose un diagnostic de grande probabilité : « Infarctus du myocarde » ; et je formule aux parents d'expresses réserves sur le pronostic immédiat.

Depuis quelques années, les publications se sont multipliées au sujet des infarctus myocardiques, et pourtant il demeure très difficile d'affirmer un tel diagnostic, souvent démenti par l'autopsie. Mais, dans le cas actuel, la clinique fournissait un faisceau assez imposant de présomptions :

1° *Le caractère atroce* et la tendance irréductible de la nouvelle *crise angineuse.*

2° La *défaillance brutale d'un myocarde*, sain en apparence jusqu'alors, avec installation subite d'une *dyspnée* intense, avec apparition d'un bruit de galop, et écrasement de la tension maxima.

3° L'*instabilité remarquable du rythme cardiaque*, dont les paroxysmes passaient de la *bradycardie* (avec lipothymies) à la *tachycardie.*

4° Le retentissement sur l'état gastro-intestinal, *note abdominale* fréquemment signalée dans l'infarctus du myocarde, et qui a pu égarer parfois le diagnostic vers des hypothèses toutes différentes, d'empoisonnement ou d'appendicite par exemple.

5° La *fièvre modérée*, qui pendant 4 jours allait osciller entre 38 et 38,9.

Il manquait à ce tableau d'ensemble deux appoints précieux, sur lesquels on insiste depuis les travaux américains :

1° Le *frottement péricardique*, signe très inconstant, puisqu'il nécessite l'affleurement et l'étalement du foyer nécrosé sous la séreuse.

2° L'*électrocardiogramme* avec l'écrasement ou l'inversion de l'onde T (appelée parfois onde coronarienne). Mais de toute évidence, cette exploration était impossible dan l'état lamentable du malade.

Dans la nuit, je fais renouveler des injections de 2 cmc. d'*huile camphrée* au 1/10°, ainsi qu'une injection sous-cutanée de 1 cmc. de *pantopon*. Je prescris également une injection sous-cutanée de 1 cmc. de *bellafoline*, pour lutter contre les caprices du rythme cardiaque. Les éléments douloureux, dyspnéiques et anxieux continuent à s'atténuer ; le teint se recolore notablement ; mais l'auscultation ne se modifie pas, l'oligurie est très marquée, et la tension artérielle est à 11,5/8,5.

Le pouls perd ses allures capricieuses ; il bat à 95 par minute, avec de rares extrasystoles.

Les jours suivants, je renouvelle quelques injections sous-

cutanées d'*huile camphrée*, et de *bellafoline*. Je prescris également deux cachets de *theoxanthine A* quotidiennement.

A la suite d'une *débâcle urinaire*, l'état général semble s'améliorer très vite. La fièvre tombe en quelques jours, la langue se nettoie, les fonctions digestives se régularisent, l'appétit renaît ; le malade débarrassé de sa douleur et de sa dyspnée, se laisse aller à un sommeil réparateur, et retrouve sa belle humeur.

Pourtant, l'auscultation traduit toujours la *déchéance fonctionnelle du myocarde* ; la tension différentielle ne s'écarte que péniblement pour atteindre 13/9 et des efforts minimes suffisent à réveiller pour une ou deux minutes une striction rétrosternale accompagnée de sensation de doigt mort dans l'auriculaire de la main droite. L'une de ces *ébauches angineuses* survient peu de temps après l'ingestion d'une des pilules suivantes :

Valérianate de quinine	dix centigrammes
Chlorhydrate de papavérine	deux centigrammes
Extrait de jusquiame	cinq milligrammes
Excipient	Q. S.

Ces pilules calmantes étant au moins inefficaces dans le cas actuel, je les remplace par deux comprimés de *spasmosédine*, qui soulagent les brèves ébauches angineuses. C'est d'ailleurs le seul médicament que supporte aisément le malade, et je dois supprimer la théoxanthine ainsi que l'aspirine.

Malgré l'amélioration apparente, je me défie de la *période de latence*, qui en règle générale, s'interpose entre les deux temps dramatiques de l'infarctus du myocarde ; je redoute la rupture du cœur, et j'exige un *repos absolu*.

Comme il est impossible, en pareil cas, d'évaluer le volume et le siège plus ou moins profond du foyer névrosé, véritable « séquestre musculaire » intracardiaque ; et comme les puissants toni-cardiaques, digitale et ouabaïne, ont été accusés, à mainte reprise, d'avoir aidé à la rupture d'une paroi cardiaque particulièrement friable et amincie, j'estime qu'il faut résumer la thérapeutique à ce seul repos, durant une période critique de quelques semaines. Mais 3 *semaines après le début de sa crise* le malade se lève pour des soins de toilette, tombe en *syncope*, et meurt en deux minutes.

En l'absence d'autopsie, il plane un léger doute sur le diagnostic d'infarctus du myocarde ; mais ce diagnostic est rendu très probable par toute l'histoire clinique.

Dans la conduite du traitement, j'ai recherché surtout le repos, et j'ai mis en œuvre une médication calmante ainsi qu'une médication tonique générale.

Médication calmante. — Ce sont les injections répétées de *pantopon* qui sont venues à bout de l'angine de poitrine et de la dyspnée. L'*aspirine* n'a été supportée que très peu de temps. Plus tard, la *spasmosédine* (association de bromhydrate de quinine, d'extrait de cratœgus, et de gardénal, préparée par Deglaude) a espacé les fugaces retours de l'angor.

Quant aux injections sous-cutanées de *bellafoline* Sandoz (alcaloïdes totaux de la belladone sous forme de malates), elles ont été suivies de la disparition de la bradycardie paroxystique et de l'atténuation des extrasystoles.

Médication tonique générale. — Elle a été appliquée sous forme d'injections sous-cutanées d'*huile camphrée* (au 1/10), et de *coramine Ciba* (diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique).

Médication toni-cardiaque. — La théobromine, administrée sous forme de *théoxanthine A* (Deglaude) a été supportée quelques jours seulement.

Je temporisais avant d'entamer une cure toni-cardiaque ; et j'ai exposé ci-dessus les raisons d'une telle prudence. En cas d'amélioration persistante, j'aurais préconisé une série d'injections intraveineuses de *cardibaïne* (ouabaïne chimiquement pure préparée par Deglaude) quarante jours seulement après le début des accidents dramatiques ; et je m'en serais tenu à de faibles doses, un demi cmc. (ou 1/8 de milligramme) par injection.

Médication antisyphilitique. — En raison des résultats favorables du traitement spécifique pratiqué deux ans auparavant, il est probable que j'aurais repris une cure hydrargyrique, prudemment au début, puis à doses progressives, deux ou trois mois après les accidents de l'infarctus myocardique. Mais la mort subite, terminaison rarement évitée d'une lésion aussi grave, a coupé court à ces intentions thérapeutiques, et a malheureusement renforcé les présomptions du diagnostic.

NÉCROLOGIE

Paul LECÈNE

Lecène ! on sait tout ce que ce nom représentait de prestige pour la chirurgie française. On sait aussi ce qu'il signifiait pour nous tous d'intelligence, de probité et de noblesse !

Toute notre génération se courbe humblement devant son cercueil. Ceux qui furent ses parrains s'enorgueillissaient de l'avoir pour élève ; nous qui marchions avec lui, côte à côte, nous étions fiers de l'avoir pour ami.

Nous aimions la franchise de son regard, l'éclair de ses yeux bleus, la solidité de son amitié et jusqu'à la brusquerie de ses ripostes. Nous estimions son dédain de l'apparât, son mépris des petitesses et la beauté de son caractère. Nous admirions son érudition, qui allait des poètes aux musiciens, de la philosophie à l'histoire et que nous pouvions interroger sur tout sans qu'elle faiblit.

Lecène : une force, et une force intellectuelle et morale plus encore qu'une force physique.

Quelque chose d'équilibré et de puissant qui convainc et qui s'impose ; un conseil qu'on sollicite, un guide qu'on suit, une voix qu'on écoute.

Et tout cela s'écroule brusquement par un de ces coups sourds de la fatalité dont on reste un peu tremblant.

Il illustrait autant la science médicale que la chirurgie. Il avait pris à l'une le goût de la recherche abstraite, à l'autre le sens des réalisations.

Nul n'a su mieux que lui allier les connaissances approfondies de tout ce qui fait un grand médecin ; l'expérience, la décision et le jugement qui font les grands chirurgiens.

Combien de fois, passant à une heure tardive sous sa fenêtre, l'ai-je aperçu courbé sur sa table de travail, sous la lueur verte de sa lampe. Il travaillait sans répit, solidement, simplement sans souci de réclame et sans crainte de fatigue. Son jugement sûr s'enthousiasmait d'une découverte et jetait vite à bas ce qui ne valait rien. Un geste, une phrase, mais une phrase décisive et sans réplique. Il savait tout ou avait tout lu et je sais beaucoup d'entre nous, ignorants d'une publication, hésitants devant un cas difficile, qui trouvaient auprès de lui le renseignement, le conseil, ou l'interprétation qu'ils cherchaient.

Je n'ai point l'intention de dire ici et en un tel moment tout ce qu'il a fait ou écrit et ce qu'il laisse.

Je cite à peine son précis de Pathologie externe, un livre superbe en collaboration avec Leriche, sa Médecine opératoire, ses nombreux articles et communications, toujours solides, toujours neufs, toujours personnels, jamais hâtifs. Enfin cette belle Histoire de la chirurgie où les vues élevées de l'homme illuminent et grandissent la pensée du chirurgien.

A 50 ans il disparaît terrassé par une maladie que sa confiance en sa robuste santé, et son insouciance thérapeutique ont peut-être faite plus mauvaise, lui que nous croyions solide comme un roc et à l'abri de tout.... sauf d'un accident !

Et nous restons émus, étreints, stupides, devant cette mort qui est notre deuil à tous et qui est aussi celui de cette maison où il écrivit jadis bien souvent.

Puisse sa femme qui était la sereine et digne compagne de sa vie et qui fut si admirable dans cette lutte finale, puissent aussi ses enfants à qui il laisse un grand nom et un bel exemple, trouver dans l'unanime tribut de sympathies, d'affection, d'admiration qui va vers eux, comme une fierté douloureuse et comme un apaisement.

Maurice LOEPER.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 28 octobre. — M. MENGER. Les perversions morales post-encéphalitiques. — M. EDELMANN. Traitement des suppurations à staphylocoques. — M. PRIEUR. Etude de l'iléus réflexe au cours de la lithiase urétérale.

29 octobre. — M. ANCHEL. Les formes pseudo-tuberculeuses du cancer du poumon. — Mme KAUFMANN. Maladie de Kohler-Stieda. — M. THÉOPHILIDÈS. L'intérêt du dispensaire dans l'élevage du nourrisson.

Thèses vétérinaires. — M. HOUDIÈRE. La recherche des vitamines de l'avoine aplatie. — M. LE FUR. Apologie de l'embryotomie chez les grandes femelles domestiques.

30 octobre. — Thèses vétérinaires. — M. RENAULDON. Etude zootechnique de l'amélioration des laines américaines. — M. LE DRET. Etude de l'élevage dans les Côtes-du-Nord.

La lutte contre le cancer. — Le *British Médical Journal*, annonce qu'à partir du mois prochain et jusqu'à la fin de septembre 1930, vingt mille médecins anglais, écossais et gallois se sont engagés à étudier d'une manière spéciale tous les cas de cancer qu'ils auront à soigner et établiront des rapports qui, une fois collationnés, permettront de mieux organiser la lutte contre le cancer qui fait chaque année, plus de 50.090 victimes dans le pays.

Cours de puériculture de la Goutte de lait de Belleville (126, boulevard de Belleville). — Le Dr G. VARIOT reprendra ses cours de puériculture à la Goutte de lait de Belleville, 126, boulevard de Belleville, le 7 novembre, 1929, à 10 h. 1/2, et les continuera le jeudi de chaque semaine.

Sujet de la première conférence : Les réformes nécessaires dans les distributions gratuites de lait aux nourrissons indigents.

Applications des progrès de l'industrie laitière.

Concours pour un poste de médecin-directeur des sanatoriums publics. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin-directeur du sanatorium départemental de Ponteils (Gard).

Le traitement est fixé à 32.000 fr. et peut atteindre 42.000 fr. par avancements successifs. En outre, le médecin-directeur bénéficiera gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, avec faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Il ne pourra faire de clien-

tèle qu'à titre exceptionnel, dans les canditions prévues par les articles 23 et 28 du décret du 10 août 1929.

Les candidatures accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus seront adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'au 4 novembre 1929.

Un droit de priorité est accordé aux candidats justifiant de deux ans de fonctions comme médecins-adjoints dans un sanatorium public.

Hôpital Saint-Antoine. (Service du Dr Bensaude). — *Maladie de l'intestin.* (Une semaine de cours et de travaux pratiques). — Du 4 au 9 novembre 1929, M. Raoul Bensaude, assisté de MM. André Cain, médecin des hôpitaux ; Pierre Oury, Hillemand, Rachet, Marchand, Terrial, Lelong, Lambling, Boltanski et Baraduc, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic. Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

Programme. — Lundi 4 novembre, 10 heures, M. Bensaude : Diagnostic et traitement de la constipation ; à 2 h. 30, M. Cain : Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. — Mardi novembre, 10 heures, M. Bensaude ; Diagnostic et traitement de la diarrhée ; à 2 h. 30, M. Hillemand : Diagnostic et traitement de la tuberculose intestinale. — Mercredi 6 novembre; 10 heures, M. Cain : Diagnostic et traitement des dysenteries ; 2 h. 30, M. Oury : Diagnostic et traitement des hémorroïdes. — Jeudi 7 novembre, 10 heures, M. Bensaude : Diagnostic et traitement du cancer du rectum ; 2 h. 30, M. Lambling : Diagnostic et traitement des tumeurs villeuses ; 3 h. 30, M. Boltanski : Diagnostic et traitement du cancer du colon. — Vendredi 8 novembre, 10 h., M. Marchand : Traitement électrique des hémorroïdes ; 2 h. 30, M. Rachet : Diagnostic et traitement des rétrécissements du rectum ; 3 h. 30, M. Lelong : Diagnostic et traitement des syndromes coliques chez l'enfant. — Samedi 9 novembre; 10 heures, M. Oury : Diagnostic et traitement des rectocolites ; 2 h. 30, M. Hillemand : Diagnostic et traitement du mégacolon ; 3 h. 30, M. Baraduc : Le traitement hydro-minéral des affections intestinales.

Travaux pratiques. — Tous les matins, à 11 heures, travaux pratiques : rectoscopie ; injections sclérosantes des hémorroïdes ; examens aux rayons X ; électrothérapie ; examen chimique et parasitologique des selles. Les élèves, divisés en séries, pratiqueront eux-mêmes des examens et s'initieront aux méthodes nouvelles, sous la direction du Dr Bensaude et de ses chefs de laboratoires.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser un droit de 250 francs et s'inscrire, en raison du nombre limité de places, auprès du Dr Oury, hopital Saint-Antoine (service du Dr Bensaude). Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Hôpital Tenon. — *Cours de perfectionnement sur les grands syndromes cardiaques (Insuffisance cardiaque, angines de poitrine, douleurs précordiales, syncopes).* — Ce cours, qui aura lieu du 11 au 21 novembre 1929, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves MM. Haguenau, médecin des hôpitaux ; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, 1er assistant du service ; H. Welti, prosecteur, chef de clinique chirurgicale ; Viau, Vidrasco et Mme Barras, assistants du service ; Gilbert Dreyfus, P. Puech, Alibert et Thoyer, anciens internes et internes du service ; Bréant, chef du laboratoire du service ; Frain, chargé de la radiologie du service.

Tous les matins, à 10 h., conférence clinique avec projections ; à 11 h., exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 h., démonstrations pratiques ; à 17 h. et à 17 heures 3/4, 2 conférences cliniques avec projections.

Programme. — Lundi 11 novembre, 10 h., M. Lian : Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque ; 11 h., M. Lian : Examens cliniques ; — 15 h., Mme Barras : Epreuves cliniques d'insuffisance cardiaque ; — 17 h., M. Blondel : Dyssystolie et hyposystolie ; — 17 h. 3/4, M. Gilbert Dreyfus : La toux cardiaque.

Mardi 12 novembre, 10 h., M. Lian : Consultation clinique ; — 15 h., M. Blondel : Démonstration de sphygmo-manométrie ; — 17 h., M. Blondel : Asystolie ; — 17 h. 3/4, M. Thoyer : Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 13 novembre, 10 h., M. Lian : Le bruit de galop ; — 11 h., M. Lian : Exercices cliniques ; — 15 h., M. Frain : Démonstration de radiologie ; — 17 h., M. Blondel : Encombrement ventriculaire gauche ; 17 h. 3/4, M. Haguenau : L'insuffisance cardiaque dans les néphrites.

Jeudi 14 novembre : 10 h., M. Lian : Le pouls alternant ; — 11 h., M. Frain : Examens radiologiques ; — 15 h., M. Blondel : Démonstration de sphygmo-manométrie ; — 17 h., M. Blondel : Encombrement ventriculaire droit ; — 17 h. 3/4, M. Thoyer : L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 15 novembre : 10 h., M. Lian : Consultation clinique ; — 15 h., M. Viau : Démonstration d'électrocardiographie ; — 17 h., M. Blondel : Diagnostic et causes de l'insuffisance cardiaque : 17 h. 3/4, M. Bréant : Les troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Samedi 16 novembre : 10 h., M. Lian : Traitement de l'insuffisance cardiaque ; — 11 h., M. Lian : Exercices cliniques ; — 15 h., M. Viau : Démonstration d'électrocardiographie : — 17 h., M. Alibert : Accidents gravido-cardiaques ; — 17 h. 3/4, M. Vidrasco : Electrocardiographie et insuffisance cardiaque.

Lundi 18 novembre ; 10 h., M. Lian : Considérations générales sur les angines de poitrine ; — 11 h., M. Lian : Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine ; — 15 h., M. Frain : Démonstration de radiologie ; — 17 h., M. Blondel : Forme commune de l'angine de poitrine ; — 17 h. 3/4, M. Viau : L'angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 19 novembre : 10 h., M. Lian : Consultation clinique ; — 15 h., M. Puech : Examen du cœur à l'autopsie ; — 17 h., M. Vidrasco : Electrocardiographie et angine de poitrine ; 17 h. 3/4, M. Blondel : Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 20 novembre : 10 h., M. Lian : Traitement médical

des angines de poitrine ; — 11 h., M. LIAN : Exercices cliniques ; — 15 h., M. VIAU : Démonstration d'électrocardiographie ; — 17 h., M. WELTI : Traitement chirurgical des angines de poitrine ; — 17 h. 3/4, M. FRAIN : Radiothérapie des angines de poitrine.

Jeudi 21 novembre : 10 h., M. BLONDEL : Douleurs précordiales ; — 11 h., M. FRAIN : Exercices radiologiques ; — 15 h., M. VIAU : Démonstration de méthode graphique ; — 17 h., M. BLONDEL : Les syncopes ; — 17 h. 3/4, M. LIAN : Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours, ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en 4 cours : 1° Arythmies ; 2° Grands syndromes cardiaques ; 3° Endocarde, péricarde, myocarde et aorte ; 4° Artères, veines et capillaires. Le cours de juin 1930 portera donc sur les maladies de l'endocarde, du péricarde, du myocarde et de l'aorte.

S'inscrire auprès du Dr BLONDEL, 1er assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription 250 frs.

Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire (156 *bis*, avenue de Suffren, XVe arrondissement, métro (Sèvres-Lecourbe.) — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.* (Semestre d'hiver à partir du jeudi 14 novembre 1929.) — Assistants titulaires : Drs BOULANGER, GRANDJEAN, BRULÉ, QUENAY et PERRET ; assistants chirurgical : Dr G. YVON ; assistant médical ; Dr SIGURET ; chefs des laboratoires : Drs BEAUVY, et BOUGHACOURT ; chef du service ; M. le Dr F. CATHELIN.

PROGRAMME. — Consultations : les mardis, jeudis et samedis de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie : les vendredis à 9 heures au pavillon-annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères : les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Radiographies : les mardis à 9 heures. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches : les jeudis à 10 heures. — Injections épidurales et électricité (haute fréquence) : les mercredis à 9 heures 1/2. — Urétrites et examen des gouttes : les lundis à 10 heures. — Traitements : tous les jours le matin, de 8 heures à midi.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le surveillant, 156 *bis*, avenue de Suffren.

Concours de l'agrégation. — Tirage au sort des membres des jurys des concours du premier degré de l'agrégation des Facultés de médecine ouverts à Paris en décembre 1929.

I. JUGES TITULAIRES. — Catégorie A. — *Anatomie.* — Paris : 1 Champy, 2 Rouvières, 3 Cunéo.

Province : 1 Delmas (Jean), 2 Lucien, 3 Villemin, 4 Forster, 5 Leblanc, 6 Debeyre, 7 Vallois, 8 Latarjet, 9 Turchini.

CATÉGORIE B. — *Histologie.* — Paris : 1 Champiy.

Province : 1 Bouin, 2 Dubreuil, 3 Collin, 4 Agraud, 5 Debeyre, 6 Vialleton, 7 Policard.

CATÉGORIE C. — *Histoire naturelle et parasitologie.* — Paris : 1 Brumpt.

Province : 1 Vallois, 2 Guiart, 3 Desoil, 4 Cabannes, 5 Thiry, 6 Mandoul, 7 Senevet, 8 Galavielle, 9 Borrel.

CATÉGORIE D. — *Bactériologie.* — Paris : 1 Lemierre.

Province : 1 Parisot (J.), 2 Pinoy, 3 Rispal, 4 Lisbonne, 5 Pierret, 6 Mauriac, 7 Arloing, 8 Carrieu, 9 Borrel.

CATÉGORIE E. — *Anatomie pathologique.* — Paris : 1 Baudouin, 2 Roussy.

Province : 1 Sabrazès, 2 Fabres, 3 Grynfelt, 4 Tapie (J.), 5 Géry, 6 Bosc, 7 Barbier, 8 Hoche, 9 Poujol.

CATÉGORIE F. — *Physiologie.* — Paris : 1 Roger.

Province : 1 Lambert, 2 Abelous, 3 Tournade, 4 Hédon (Louis), 5 Doyon, 6 Dubois, 7 Schaeffer, 8 Pachon.

CATÉGORIE G. — *Chimie.* — Paris : 1 Desgrez.

Province : 1 Nicloux, 2 Moog, 3 Hugounenq, 4 Chelle, 5 Vallée, 6 Maillard, 7 Derrien, 8 Polonowski, 9 Robert.

CATÉGORIE H. — *Physique.* — Paris : 1 Strohl.

Province : 1 Pech, 2 Rechou, 3 Dufour, 4 Cluzet, 5 Escanide, 6 Portes.

CATÉGORIE I. — *Médecine générale.* — Paris : Villaret (Maurice), 2 Loeper, 3 Lereboullet, 4 Tanon, 5 Rathery, 6 Clerc.
Province : 1 Rimbaud, 2 Coussade, 3 Perrin, 4 Blum, 5 Petges, 6 Aubry, 7 Etienne, 8 Lafforgue, 9 Richon, 10 Minet, 11 Ducamp, 12 Cade, 13 Jeandelize.
CATÉGORIE J. — *Chirurgie.* — Paris : 1 Duval (P.), 2 Faure (J.-L.), 3 Mauclaire.
Province : 1 Guyet, 2 Michel, 3 Jacques, 4 Lombard, 5 Gorse, 6 Stolz, 7 André, 8 Massabuau, 9 Hamant, 10 Riche 11 Vanvaerts, 12 Rochet.
CATÉGORIE K. — *Obstétrique.* — Paris : 1 Jeannin.
Province : 1 Anderodias, 2 Delmas (Paul), 3 Bue, 4 Fruhinsholz, 5 Reeb, 6 Audebert, 7 Voron, 8 Laffont.
CATÉGORIE L. — *Histoire naturelle pharmaceutique.* — Paris : 1 Perrot.
Province : 1 Seyot, 2 Senevet, 3 Bretin, 4 Beille, 5 Lobstein, 6 Maurin, 7 Desoil, 8 Juillet.
CATÉGORIE M. — *Pharmacie.* — Paris : 1 Goris.
Province : 1 Ribaut, 2 Leulier, 3 Dupouy, 4 Morvillez, 5 Tarbouriech, 6 Musso.
CATÉGORIE N. — *Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.* — Paris : 1 Lebeau.
Province : 1 Morel, 2 Chelle, 3 Tarbouriech, 4 Laborde, 5 Valdiguie, 6 Vallée, 7 Polonowski, 8 Douris.

II. JUGES SUPPLÉANTS. — Catégorie A. — Paris : 1 Hovelacque, 2 Olivier, 3 Giroud, 4 Mulan, 5 Verne.
Province : 1 Mutel, 2 Gabriel, 3 Dubecq.
CATÉGORIE B. — Paris : 1 Giroud, 2 Verne, 3 Mulon.
Province : 1 Noël, 2 Watrin, 3 Lacoste.
CATÉGORIE C. — Paris : 1 Joyeux.
Province : Thiry, 2 Lavier, 3 Sigalas (R.), 4 Garin.
CATÉGORIE D. — Paris : Gastinel.
Province : 1 Dufourt, 2 Lavergne, 3 Aubertin, 4 Boulet.
CATÉGORIE E. — Paris : 1 Oberling.
Province : 1 Pages, 2 Cornil, 3 Martin (J.-F.), 4 Muratet 5 Boulet.
CATÉGORIE F. — Paris : 1 Richet, 2 Binet.
Province : 1 Sarvonat, 2 Mathieu, 3 Combemale (P.).
CATÉGORIE G. — Paris : 1 Blanchetière, 2 Labbé (Henri).
Province : 1 Sannie, 2 Florence.
CATÉGORIE H. — Paris : 1 Dognon.
Province : 1 Lamy, 2 Lamarque, 3 Chevallier.
CATÉGORIE I. — Paris : 1 Cathala, 2 Moreau, 3 Bénard (H.), 4 Chevalier, 5 Guy-Laroche.
Province : 1 Puech, 2 Boudet, 3 Greyx, 4 Simonin, 5 Chalier (Joseph), 6 Bertin.
CATÉGORIE J. — Paris : 1 Leveuf, 1 de Gaudart d'Allaines, 3 Moulonguet.
Province : 1 Papin, 2 Swinghedhauw, 1 Binet, 4 Barthélemy, 5 Santy, 6 Lapeyre.
CATÉGORIE. — K. — Paris : 1 Vignes, 2 Portes.
Province : 1 Renther, 2 Paquet, 3 Pery, 4 Coll de Carrara, 5 Vermelin.
CATÉGORIE L. — Paris : 1 Lutz.
Province : 1 Lavier, 2 Manceau, 3 Sigalas (R.).
CATÉGORIE M. — Paris : 1 Herissey.
Province : 1 Golse, 2 Manceau.
CATÉGORIE N. — Paris : 1 Fabre.
Province : 1 Florence, 2 Golse.

Contre l'usage du tabac. — Un grand mouvement pour combattre l'usage du tabac en Amérique vient de se manifester au congrès de « l'Union de tempérance des femmes chrétiennes des Etats-Unis. » Les extrémistes sont même allées jusqu'à voter un pro et demandant au gouvernement américain une loi de prohibition comme pour l'alcool.

Miss Mills de Brooklyn, a présenté un rapport qui traite longuement des méfaits de la cigarette parmi les étudiants et même les élèves des écoles primaires et a demandé, des mesures énergiques contre cette mauvaise habitude qui fait des ravages dans la jeunesse américaine.

Une épidémie de paralysie infantile à Madrid. — Par suite d'une grave épidémie de paralysie infantile, qui sévit actuellement dans la capitale espagnole, toutes les écoles d'enfants ont été fermés jusqu'à nouvel ordre.

Nécrologie. — Professeur Théodore TUFFIER, décédé en son domicile, 42, avenue Gabriel, à l'âge de 72 ans. Le professeur Tuffier était né à Bellème (Orne), le 26 mars 1857. Interne des hôpitaux en 1880, lauréat de l'Académie de médecine et de l'Institut, il était nommé chirurgien des hôpitaux en 1887, et professeur agrégé à la Faculté de médecine en 1889. Il appartenait à l'Académie de médecine depuis 1918, et était grand officier de la Légion d'honneur depuis 1924. — Dr GILIS, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, officier de la Légion d'honneur, décédé subitement à l'âge de 72 ans. — Dr LEGAY, décédé à Paris. — Dr Gustave JOUET, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

(*Voir la suite des Nouvelles à la page* 1942).

TRAVAUX ORIGINAUX

L'angine de poitrine et les hormones,

Par G. I. KATZ.

(*Travail de la Policlinique centrale de la ville d'Odessa.*)

Plus de cent théories ont été proposées expliquant les crises de l'angine de poitrine, à commencer par Heberden (1768) et jusqu'à nos jours. La plupart des auteurs admettent qu'à la base des accès de l'angine de poitrine se trouve le spasme des vaisseaux coronaires du cœur et parfois même le spasme du muscle cardiaque.

Quelle est la cause de l'état spastique des vaisseaux coronaires et du muscle cardiaque, telle est la question qui met en désaccord les observateurs.

Nous nous arrêterons sur les communiqués de Hetengi et de Straüss, sans entrer dans les détails des théories proposées le temps dernier par Chapochnikoff (hormone sympathicotrope), par Deitch (phase d'activité excessive et de repos), par Danielopulo (intoxication du myocarde par les produits de fatigue), par Dmitrenko symptomocomplex végétatif, émotif douloureux avec prédominance de l'activité du nerf sympathique), par Schwartzmann (affection primitive des muscles du squelette dans le sens ou trouble de l'activité hormonoformatrice). Nous n'approfondirons pas toutes ces théories.

Hetengi rapporte l'observation de deux malades atteints de diabète et de cardiosclérose, chaque piqûre d'insuline provoque chez eux des crises d'angine de poitrine.

Si on donne à ces malades, simultanément avec la piqûre, du sucre, les crises ne surviennent pas.

Cette observation fait à croire Hetengi que la cause de l'apparition des crises de l'angine de poitrine chez ces malades était la diminution ou la disparition de l'apport du sucre au muscle cardiaque ou peut être que l'insuline par elle-même agit directement de façon spastique sur les vaisseaux coronaires du cœur ou sur le muscle lui-même. Se basant sur ces observations Hetengi arrive aux conclusions suivantes : 1° dans le diabète le cœur s'adapte aux quantités considérables du sucre circulant dans le sang ; 2° l'insuline diminuant la glycémie prive le muscle cardiaque de sucre et par ce fait contribue à l'apparition du spasme des artères coronaires ou du muscle lui-même ; 3° pour éviter le spasme, il faut donner aux malades du sucre simultanément avec l'injection.

Presque en même temps que Hetengi, Straüss a décrit les observations de quatre diabétiques chez lesquels on évitait l'état comateux et précomateux par des injections d'insuline, tous ces malades ont succombé rapidement à l'insuffisance du muscle cardiaque.

La conclusion de Straüss est qu'il n'y a pas de données pour croire à l'action néfaste directe de l'insuline sur le muscle cardiaque, il faudrait plutôt penser que la cause de l'affaiblissement de l'activité cardiaque est le résultat du trouble du métabolisme chez les diabétiques.

Strauss démontre que l'insulinothérapie diminuant le % de la mortalité due au coma diabétique n'évite point et fait plutôt même augmenter le % de la mortalité des diabétiques due à l'insuffisance du muscle cardiaque.

Pour ce qui est de la teneur en sucre du sang des cardiaques, Khasanoff a démontré que chez les cardiaques atteints de sclérose, le sucre du sang était dans les limites de la normale ; chez les malades atteints de lésions valvulaires on constate la diminution de la quantité de sucre du sang, plus la lésion est grave plus forte est l'hypoglycémie.

Khasanoff a pratiqué dix expériences avec surcharge en sucre suivant la méthode de Staub, la courbe de l'élimination du sucre était toujours très étendue, la durée de cette élimination était nettement prolongée.

L'hypoglycémie qui apparaît avec l'aggravation cardiaque par elle-même agit de façon déprimante sur l'activité du muscle cardiaque.

Se basant sur ces observations Khasanoff arrive à la conclusion suivante : le glycose est une substance nutritive pour le muscle cardiaque ; l'affaiblissement des forces du muscle cardiaque et la décompensation se trouvent étroitement liées aux modifications des caractères physiochimiques du sang provoquées par la diminution du glycose.

Büdingen affirme que le sucre se dépose au niveau du muscle cardiaque sous forme de glycoïne ; augmentant l'apport du sucre exogène, nous activons par ce fait la capacité fonctionnelle du muscle cardiaque, le sucre étant un aliment de ce dernier.

Ce même auteur fait remarquer que sous l'influence des injections intra-veineuses de solutions concentrées de glycose, des phénomènes d'osmose se produisent au niveau des tissus et aussi des modifications de la distribution sanguine, ces facteurs agissent de façon très favorable sur les malades cardiaques.

Wiechels constate un brusque abaissement de la pression artérielle sous l'influence des injections intra-veineuses de sucre de raisin et indique le fait que l'action thérapeutique de ce sucre dépend du système nerveux végétatif, le mécanisme de cette action est dû aux modifications de l'état colloïdal du sang.

Hirschfeld, se basant sur toute une série de travaux, arrive à la conclusion que les artères coronaires ont une innervation vasomotrice indépendante et peuvent se dilater et se contracter non seulement sous l'influence du système nerveux par irritation locale mais aussi grâce à la présence des substances de divers métabolismes.

Comment peut-on expliquer le fait de la disparition des accès de l'angine de poitrine après quelques efforts physiques ?

Nombreux sont les auteurs ayant observé l'augmentation de la quantité de l'adrénaline arrivant dans le sang à la suite des efforts musculaires.

L'adrénaline entrant dans le sang agit sur le foie et les muscles, les délivre du glycogène le transformant en glycose, provoquant de la glycémie et parfois aussi de la glycosurie, la quantité du sucre du sang augmente rapidement (en 15 minutes) puis durant une heure l'excès du sucre dans le sang disparaît ce qui se trouve en parfaite coïncidence avec les observations cliniques de Schwartzmann.

Ce dernier a démontré que l'introduction sous la peau d'un mmgr. d'adrénaline à des personnes ayant un cœur hypotonique et chez qui on entend l'assourdissement des bruits du cœur aux efforts musculaires (diminution de l'amplitude des contractions cardiaques) fait disparaître cet assourdissement durant environ une heure.

Il en résulte que l'adrénaline pour une heure fait disparaître la tendance du muscle cardiaque à l'état spastique durant l'effort musculaire ou autrement dit, durant la période où circule dans le sang l'excès de sucre résultant de l'action de l'adrénaline sur le glycogène, le spasme ne se produit pas (Katz).

L'excès de sucre dans le sang suffit pour éviter l'état spastique. Si cet état existe déjà, il disparaît rapidement grâce à l'introduction dans le sang d'adrénaline; c'est-à-dire après des efforts musculaires physiques (Schwartzmann).

L'adrénaline entrant dans le sang mobilise le glycogène et le transforme en glycose, puis l'adrénaline elle-même est détruite par le foie et les muscles et disparaît du sang.

Toute une série de recherches expérimentales et cliniques a permis de démontrer l'antagonisme entre l'adrénaline et l'insuline.

Horter a démontré que les injections intra-veineuses d'adrénaline provoquaient de la glycosurie, ce qui dépend de l'action exercée par l'adrénaline sur le pancréas.

Lépine a injecté de l'adrénaline après avoir extirpé le pancréas, il a obtenu la glycosurie plus rapidement que ne l'a obtenue Hartz.

Cette observation prouve qu'il y aurait plusieurs mécanismes de formation de glycose après injection d'adrénaline.

Zuelzer a constaté que la glycosurie due à l'adrénaline ne survient pas si en même temps que l'adrénaline on introduit de l'insuline. L'action atténuante de l'insuline sur la glycémie se trouve neutralisée par l'action de l'adrénaline.

Résumant ce qui vient d'être dit, nous pouvons conclure que les efforts musculaires énergiques contribuent à l'arrivée de l'adrénaline dans le sang et à la transformation du glycogène en sucre, ce qui de son côté contribue à l'arrêt du spasme des artères coronaires, c'est-à-dire à l'interruption de l'accès de l'angine de poitrine.

Presque dans tous les organes et tissus de l'organisme on trouve du glycogène, on en constate surtout en grande quantité au niveau du foie et des muscles.

Les quantités de glycogène déposées dans les muscles et le foie présentent une unité déterminée pour chaque organisme.

Les hydrates de carbone restés inutilisés par le métabolisme compensent tout d'abord les provisions de glycogène, puis les hydrates de carbone inutilisés se transforment en graisses qui à l'inverse du glycogène peuvent se déposer dans l'organisme en quantité presque illimitée.

A jeun, les muscles contiennent 0,5 de glycogène ; 1 % après alimentation. Le glycogène s'accumule principalement au niveau du foie et des muscles en grande partie au moment de la digestion ; pendant le jeûne il en disparaît presque en totalité, il diminue après les efforts physiques et peut totalement disparaître au cours des convulsions provoquées par la strychnine chez animaux (Landois).

A la condition de la circulation normale au niveau des muscles le glycogène s'y forme.

Les muscles du squelette et le foie ne retiennent pas le glycogène avec autant d'intensité que le fait le muscle cardiaque. Durant le jeûne, la quantité de glycogène dans le muscle cardiaque diminue, le refroidissement ne le modifie pas, mais le chauffage en fait descendre la quantité suivant les données de Haberlandt.

Schur et Low ont démontré que : 1° le tissu graisseux servait de point de départ à des quantités considérables d'hydrates de carbone ; 2° le sucre pouvait se former des graisses quand la nécessité en apparaissait. Augmentant l'apport des hydrates de carbone on peut augmenter la quantité de ces derniers dans le tissu graisseux, cette quantité peut varier dans de larges limites ; 3° l'hyper et l'hypoinsulinisme se trouvent en relation avec la plus ou moins grande quantité de substances alimentaires absorbées ; 4° l'insuline contribue à l'absorption des hydrates de carbone dans le tissu graisseux.

Comment expliquer le fait que les personnes adonnées à un travail physique ne soient que rarement atteintes de l'angine de poitrine ?

Envisageant la question du point de vue étudié, on peut supposer que le travail physique constant contribue à l'arrivée dans le sang de l'adrénaline (Schwartzmann) cette dernière mobilisant les réserves de glycogène de l'organisme transforme le glycogène en sucre provoquant de la glycémie et par ce fait contribuant à la disparition de l'état spastique des vaisseaux coronaires (Katz).

Comment expliquer la disparition des accès de l'angine de poitrine au cours des maladies fébriles ?

Comme on le sait, pendant la période fébrile la quantité de sucre dans le sang augmente considérablement, l'apparition de l'hyperglycémie contribue à la disparition de l'état spastique des artères coronaires.

On ne connaît pas encore avec précision la nature chimique de l'insuline; certains auteurs supposent que l'insuline est le produit exclusif du pancréas, d'autres trouvent que l'insuline est le produit de tous les tissus prenant part au métabolisme du sucre.

Certains investigateurs ont réussi par obtenir de l'insuline du thymus, de la glande sous-maxilaire et de la thyroïde, du foie, de la rate, même de certains légumes et de la levure.

D'après Laroche et d'autres, l'insuline serait l'antagoniste de l'adrénaline, elle augmente la quantité de glycogène au niveau du foie et des muscles, rend à l'organisme la capacité de produire le glycogène et de brûler le sucre ; l'insuline agit non seulement sur le glycose mais provoque aussi des modifications profondes du métabolisme des substances azotées des graisses et des lipoïdes.

D'après l'avis d'autres investigateurs, surtout le temps dernier, il en est tout autrement. Ainsi Handowsky a expérimentalement prouvé que tout de suite après l'injection d'insuline la quantité de glycogène et d'hydrates de carbone au niveau des muscles diminuait.

Ce même auteur a démontré que les muscles d'un animal normal après injection d'insuline contenaient en général moins d'hydrates de carbone que ceux d'un animal non traité. Chez le plus grand nombre d'animaux cette diminution se produit au dépend du glycogène.

Cette baisse de la quantité de glycogène dans les muscles peut déjà être prouvée de à 25 minutes après l'injection d'insuline, quand le sucre du sang n'est pas encore modifié.

Après l'injection d'insuline, malgré un apport considérable d'hydrate de carbone la quantité de glycogène dans les muscles n'augmente pas.

Disch et Paper ont démontré par leurs investigations expérimentales que l'insuline faisait diminuer la teneur en hydrates de carbone du foie et des muscles, tandis que les hydrates de carbone au niveau du tissu graisseux restaient stationnaires ou augmentaient même.

Schur a démontré qu'en dehors des dépôts d'hydrates de carbone dans le foie et les muscles sous forme de glycogène les hydrates de carbone se déposaient dans le tissu graisseux s'assimilant et se transformant en graisses.

Jusqu'ici on ne savait point ce que devenait le sucre après les injections d'insuline : était-il brûlé ou bien se transformait-il en substance graisseuse ou en inosite ?

Les dernières investigations de Kouchnewaya, du laboratoire du Prof. London, ont démontré : 1° que l'insuline donnait aux cellules hépatiques la capacité de retenir le glycose, augmentant leur force de rétention et aussi limitant la décomposition élevée du glycogène dans le foie ; 2° l'insuline favorise la capacité des cellules de garder le sucre et empêche son passage dans le plasma sanguin ; 3° l'adrénaline possède une action contraire.

Braunstein a démontré que les globules rouges de l'homme déjà à l'état normal absorbaient le glycose du plasma, en présence de l'insuline cette absorption augmente. Les globules rouges soumis à l'action de l'insuline retiennent davantage le glycose déjà absorbé et ne le rendent aux liquides environnant qu'avec peine (Braunstein).

Depisch et Hasenorl ont démontré que : 1° chez les personnes normales après alimentation riche en graisses et durant un temps assez court on n'observait pas de modifications du sucre du sang, pas d'élimination d'insuline ; 2° Chez les diabétiques ne souffrant que de faibles ou de moyennes atteintes de la maladie on ne note aucune modification du sucre sanguin après absorption de graisses ; 3° que même 3 heures après absorption de dextrose, se produisait une fixation anormale du glycose au niveau du foie ; 4° que trois heures après absorption de graisses, se produisait une élimination anormale du glycogène du foie ; 5° l'action de l'insuline est diminuée par l'absorptton de graisses ; 6° que par l'absorption des graisses nous affaiblissons l'action de l'insuline qui se forme de façon indogène après absorption de sucre ; 7° qu'en présence de l'hypoglycémie alimentaire, il suffit

d'absorber deux citrons qui contiennent 1 gr. de sucre ou la solution d'un gr. de sucre dans 80 gr. d'eau pour faire disparaître l'état hypoglycémique, si on donne 5.76 de sucre dans 480 gr. d'eau le nombre correspondant de citrons, alors on peut prévenir l'apparition d'une hypoglycémie alimentaire plus marquée.

Depisch et Hasenörl se basant sur toute une série d'investigations expérimentales arrivent à la conclusion suivante : 1° chez les hommes normaux l'absorption des graisses (50) n'a pas d'influence sur la courbe du sucre dans le sang ; 2° l'investigation simultanée du sang des capillaires et du sang veineux ne décèle aucune différence dans leur teneur en sucre, fait permettant de conclure que la prise des graisses n'a pas d'action sur l'excrétion de l'insuline ; 3° chez les diabétiques la courbe du sucre après absorption de graisses, marche parallèlement avec la courbe du sucre durant le jeûne il n'y a pas de différence entre le sang des capillaires et le sang veineux ; 4° chez l'homme normal l'injection d'adrénaline provoque au bout de 3 heures après absorption de graisses une courbe plus penchée et plus haute de l'ascension du sucre dans le sang que celle qu'on obtient dans les expériences de contrôle en présence du jeûne, de ce fait on peut conclure à l'élimination normale du glycogène après absorption de graisses ; 5° Les graisses conditionnent l'affaiblissement de l'influence de l'insuline autant exogène qu'endogène se produisant après l'absorption du sucre ; 6° Le frisson est la manifestation de l'élimination centrale de sucre ; 7° des quantités minimes de sucre sont suffisantes pour diminuer ou éviter l'apparition de l'état hypoglycémique.

Depisch et Hasenörl admettent un fait qui n'est pas clair pour eux, les substances graisseuses développent-elles leur action directement sans intermédiaire au niveau du foie ou bien agissent-elles par l'intermédiaire du système nerveux ?

Les auteurs rappellent l'action intensive du système nerveux sur l'élimination du sucre ainsi qu'on le voit de l'expérience avec les piqûres au niveau du cerveau, aussi les causes endogènes (sucre, fièvre) peuvent provoquer de considérables augmentations de la quantité de sucre dans le sang.

Les auteurs admettent l'opinion probable que l'influence du système nerveux central a un rôle dans l'élimination par le foie du glycogène, étant donné que le foie retient avec intensité son glycogène.

Handowsky a démontré que tout de suite après l'injection de l'insuline on remarquait la diminution de la quantité autant du glycogène que des hydrates de carbone au niveau des muscles ; l'augmentation de ces substances après injection d'insuline n'est jamais observée.

Ce même auteur a démontré que s'il donnait à l'animal d'abord du soufre, alors après l'injection d'insuline le sucre disparaissait rapidement du sang, l'action sur le glycogène et sur ses dépôts dans les muscles devenait plus intense.

Geiger et Schmidt ont démontré le fait que l'adrénaline mobilisait tout le glycogène dans les muscles mais ne contribuait pas à la formation des hydrates de carbone des graisses.

Wichmann a démontré que certaines affections fébriles pouvaient temporairement léser les îlots de Langerhans ce qui produit une élimination insuffisante d'insuline et il en résulte une hyperglycémie et une glycosurie temporaires.

Borchardt a démontré que toutes les irritations thermiques influaient tout d'abord les centres thermiques du cerveau et puis les impulsions nerveuses se transmettent au foie, aux muscles, à la glande thyroïde et aux surrénales. Les hormones des glandes surrénales et thyroïdes même en quantité minime circulant dans le sang suffisent à la conservation des fonctions du centre thermique même si ces glandes sont extirpées ; il faut remarquer que les surrénales ont le rôle principal dans l'existence de l'irritation leucocytaire.

Bernard indique que le symptôme le plus important de l'atteinte du pancréas est l'hyperglycémie à la suite de l'excrétion insuffisante de l'insuline.

Freund indique que 1° les extraits du pancréas ainsi que l'insuline contractaient les vaisseaux du foie et accéléraient l'absorption du sucre ; 2° l'action vaso-constrictive de l'insuline est prouvée par Witgenstein ; 3° l'insuline agit de façon diverse sur les différents vaisseaux ; sous l'influence de l'insuline la capacité absorptive de la muqueuse gastrique augmente ; 4° l'insuline améliore l'échange hydrique amenant à la normale l'échange augmenté dans la région des capillaires chez les diabétiques non traités ; 5° l'insuline modifie le diamètre des vaisseaux hépatiques et par ce fait modifie l'action de l'appareillage régulier physique ce qui est très important pour la pathogénie du diabète à caractère central toxique ou endocrinien.

Kugelmann indique : 1° que c'est Blum le premier qui a prouvé l'apparition de la glycosurie après injection d'adrénaline et l'absence de cette dernière dans le cas où le foie après de nombreux jours de jeûne est privé de son glycogène ; 2° Velich a prouvé la dépendance de la glycosurie de la réserve de glycogène du foie et non de celle des muscles étant donné qu'en présence de l'extirpation du foie et en présence de réserves dans les muscles l'hyperglycémie et la glycosurie n'apparaissent pas après l'emploi de l'adrénaline ; 3° chez tous les malades hépatiques ayant le parenchyme atteint il n'y a pas de réserves de glycogène ; c'est pourquoi 4° la disparition de cette réaction après injection sous-cutanée d'adrénaline permet de diagnostiquer de graves lésions parenchymateuses du foie ; 5° ce qui est principalement important dans les affections fébriles du foie quand il n'existe pas de signes profonds d'une affection du foie (jaunisse, augmentation de la bilirubine, etc.)

Il ne faut pas oublier la thyroïdine qui, ainsi que l'adrénaline, est un antagoniste de l'insuline.

Rosenberg a démontré 1° que chez les malades atteints de basedowisme la quantité de sucre à jeun était souvent augmentée ; 2° que l'insuline n'avait pas d'action appréciable sur la glycosurie dans la maladie de Basedow spontanée et dans la thyréotoxicose artificielle provoquée par des prises de thyroïdine, étant donné que l'action de l'insuline est paralysée par la présence de son antagoniste de la thyroïdine en plus ou moins grande quantité. Cet antagonisme se manifeste surtout dans les cas de diabète pancréatique vrais où la thyroïdine est capable de provoquer à nouveau la glycosurie qu'on avait fait disparaître par l'insuline ou par la diète, cette glycosurie disparaît de nouveau grâce au traitement par l'insuline puis réapparaît à la cessation des injections d'insuline et disparaît définitivement quand on cesse l'emploi de la thyroïdine.

Braynstein a démontré 1° qu'en présence d'hyperinsulinisme existait une sensibilité toute particulière pour l'adrénaline ; 2° l'hyperadrénalisme en présence de l'hypoglycémie due à l'insuline portait un caractère compensateur ; ce fait s'est trouvé encore soutenu ces temps derniers par les travaux de Högler qui indique le fait que dans les conditions normales chaque production augmentée d'insuline provoquait une certaine augmentation de l'activité de la glande thyroïde. Si l'activité de la glande thyroïde est labile, cette dernière répond à l'excitation normalement et alors disparaît la fonction alimentaire de l'insuline.

Dans ces cas en présence de l'insulinothérapie apparaissait des phénomènes de l'hyperthyroïdisme : la tachycardie, les tremblements, la peau est humide, l'état d'excitation ; l'auteur a prouvé que ces phénomènes étaient conditionnés par l'augmentation des fonctions de la glande thyroïde, à l'aide de l'investigation du métabolisme basal qui augmente régulièrement pendant ce temps et ne se modifiait pas après cessation du traitement.

Högler attire notre attention sur le fait que les particu-

larités citées plus haut se rencontrent souvent en présence des types éréthiques et non des asthéniques.

Il rapporte deux cas où, en présence de constitution éréthique, il a fallu arrêter le traitement par l'insuline pour cause d'hyperthyroïdisme menaçant.

Burger et Cramer se basant sur l'action renforçante du travail musculaire sur l'activité de l'insuline, ont entrepris toute une série d'expériences pour étudier l'action de l'insuline en présence de l'activité musculaire et ils ont prouvé que l'insuline introduite dans les veines ne produisait presque aucun effet si les muscles des extrémités étaient exclus. Ces expériences prouvent avec évidence que l'action de l'insuline sur le métabolisme des hydrates de carbone est étroitement liée à l'activité des muscles. Durant 20 à 40 minutes après l'injection intraveineuse d'insuline chez l'homme et chez l'animal, il se produit une augmentation de la quantité de sucre dans le sang (ce qu'on appelle l'hyperglycémie insulinique primitive paradoxale); on ne l'observe pas dans les cas où le foie est éliminé de la circulation (ligature ou compression de la veine porte); elle est maximale (plus de 100 %) après injection de deux unités d'insuline Willcome par kilo de poids chez le chien dans la veine porte.

Encore la réaction primitive paradoxale s'est trouvée en relation avec la richesse du foie en glycogène, elle augmente si l'individu a préalablement absorbé des hydrates de carbone, mais ne peut être supprimée par le jeûne; les sections de nerfs arrivant au foie restent sans influence appréciable sur la réaction paradoxale.

Toute une série d'investigateurs (Page, Peneau, Simoult, Abderhalten, Wertheimer et d'autres) s'est occupée des questions de la modification de l'action de l'injection d'insuline en relation avec tel ou tel autre état de l'équilibre acido-alcalin du sang.

Landsberg et Silber ont confirmé le fait de l'augmentation de l'hypoglycémie due à l'insuline après un ralentissement primitif chez les enfants atteints de tétanie par rapport aux enfants rachitiques. L'instabilité primitive de la réaction à l'insuline dure 30 à 60 minutes (hyperglycémie insulinique).

Meyer a établi le fait que les sels basiques et les solutions des électrolytes agissaient de façon diverse sur le métabolisme des hydrates de carbone en rappprt avec l'état d'équilibre de ce dernier (l'équilibre est-il stable ou bien il ne l'est pas grâce à l'adrénaline, dans ce dernier cas il est tout particulièrement sensible).

Meyer a institué le fait de l'augmentation incontestable de l'action de l'insuline dans des expériences sur des animaux, après emploi des alcalins sous telle ou telle autre forme; les expériences sur les hommes ne sont pas encore suffisamment nombreuses pour permettre des conclusions définies.

Ce fait devient net suivant les travaux de Wilder dans certains cas d'hyperinsulinisme, ainsi il a démontré que dans certains cas l'hyperinsulinisme était conditionné par le gonflement des îlots de Langerhans, dû à la formation des tumeurs métastatiques, l'introduction systématique à de tels malades de sucre les préserve pour un temps prolongé des manifestations de convulsions hypoglycémiques.

Le travail intéressant de Wadi éclaire certaines questions touchant les relations entre l'insuline et l'adrénaline en rapport avec l'hypoglycémie dans la maladie d'Addison.

Wadi attire notre attention sur le fait qu'en présence de lésions expérimentales des surrénales nous rencontrons les mêmes phénomènes que ceux décrits par Banting en présence de l'état hypoglycémique tout particulièrement fréquent durant les premiers jours de l'insulinothérapie chez les hommes.

Des expériences de Falta, Umber et d'autres on voit que les cas avec insuffisance des surrénales sont très sensibles à l'insuline et dans ces cas on peut par l'apport de l'adrénaline prévenir l'apparition de l'état hypoglycémique.

Wadi prouve que l'adrénaline doit être envisagée en tant que anti-régulateur de l'insuline dans la réglementation du sucre du sang: cette action est basée sur la mobilisation du glycogène au niveau du foie par l'adrénaline jusqu'au moment ou les réserves de glycogène ne sont pas encore épuisées

Dans ces conditions, le fait devient net qu'en présence de la maladie d'Addison nous trouvions des quantités de sucre peu considérables dans le sang, mais aussi ces petites quantités de sucre du sang varient dans des limites diverses, ce qui dépend des moments de la maladie où sont pratiquées les expériences.

Dans le plus grand nombre de cas les chiffres sont pris à la période de l'agonie, mais ces chiffres bas en aucun cas ne se trouvent liés à l'état même d'agonie ou à la cachexie.

Les cas mortels de diabète où le traitement par l'insuline a été pratiqué doivent être expliqués par les troubles de la régularisation du métabolisme des hydrates de carbone, quand l'action prédominante de l'insuline amène à l'hypoglycémie dans ce cas les convulsions ne sont pas le simple compagnon de l'hypoglycémie mais bien le résultat du trouble général du métabolisme des hydrates de carbone.

Wadi prouve que les phénomènes graves de la dernière période de la maladie d'Addison sont conditionnés par l'hypoglycémie.

On peut à répétition les éloigner par des injections de glycose et de cette façon l'issue mortelle peut être éloignée pour un temps assez prolongé.

Les modifications de la quantité de sucre dans le sang et l'hypoglycémie indiquent le fait que dans ces cas il se produit un trouble considérable du métabolisme général des hydrates de carbone.

Wadi arrive à la conclusion que l'adrénaline possède en dehors de ses autres qualités connues une fonction hormonale vis-à-vis du métabolisme hydrocarboné, fonction qui n'est particulière qu'à l'adrénaline (l'adrénaline agirait sur la réserve de glycogène dans l'organisme).

De cette façon, d'après Wadi, l'hyperinsulinisme présente un contraste pathogénétique de l'hypoadrénalinisme. La manifestation de l'un et de l'autre en clinique c'est l'hypoglycémie avec tout ce qui en résulte comme suites ; pour l'éviter, il faut un apport d'hydrates de carbone et la disparition des conditions contribuant à leur prompte combustion, c'est-à-dire l'arrêt des exercices physiques intenses, étant donné qu'on a pu observer des cas de mort dans la maladie d'Addison après des efforts physiques intenses (cas observé par Boinet).

La quantité de sucre dans le sang artériel dépasse celle dans le sang veineux de 30 % (Rosenow). Chez les malades atteints d'adynamie grave cette différence fait défaut.

Barath a prouvé que les poisons végétatifs agissaient de façon amphotrope. Le calcium, l'atropine, la pilocarpine, l'ésérine, l'adrénaline et l'insuline, tous possèdent des propriétés d'action amphotrope en relation avec leur dosage et à l'état fonctionnel des organes.

Ainsi, l'adrénaline à de très faibles doses (intra-veineuses) peut augmenter la tension sanguine et en même temps diminuer la glycémie jusqu'à 20 ou 40 %. De cette façon on observe une dissociation de l'activité de l'adrénaline.

Ou bien à l'emploi de faibles doses d'insuline nous pouvons tout d'abord observer l'hypoglycémie qui plus tard peut être remplacée par de l'hyperglycémie.

Considérant cette amphotropisme, il faut avec de grandes précautions considérer les conclusions et les suites obtenues à l'analyse du trouble fonctionnel du système nerveux végétatif.

Barath souligne le fait que la tendance de l'organisme vers la décentralisation d'un côté et les nombreux appareils de défense du côté des organes fonctionnant de l'autre côté rendent l'action végétative des substances énumérées très difficile à analyser.

Zondeck et Ucko ont prouvé que chaque action des

hormones avait deux côtés, les deux étant actifs, ces mêmes auteurs ont montré : 1° qu'en présence de grosses doses l'action primitive amphotrope semblait s'effacer ; 2° qu'on pouvait artificiellement modifier l'action de l'hormone.

Ainsi, introduisant une grosse quantité de calcium dans le sang d'animal, ces auteurs obtenaient une action modifiée de l'insuline, c'est-à-dire l'augmentation du sucre sanguin par l'injection d'une dose d'insuline qui habituellement provoquait l'hypoglycémie.

Quelle est l'action de l'adrénaline sur les vaisseaux coronaires ? Cette question est étroitement liée à celle de l'énervation des vaisseaux coronaires. Question qui jusqu'ici n'est pas élucidée en totalité.

Un groupe d'investigateurs avec Langendorf à leur tête, considère le nerf sympathique comme contenant pour les vaisseaux coronaires des fibres vaso-dilatatrices et le vague des vaso-constrictrices ; un autre groupe (Möllendorf et d'autres) considère que le nerf vague ainsi que le sympathique contient des fibres sympathiques et parasympathiques : les troisième admettent que seul le nerf sympathique contient des fibres autant constrictives que dilatatrices pour les artères coronaires. Les quatrième admettent que l'action d'énerver les artères coronaires appartient seulement au nerf sympathique et au vague mais que ce dernier y prend part rien qu'avec ses fibres constrictives ; les cinquième admettent qu'avec l'âge les relations fonctionnelles se modifient entre les dilatateurs et les constricteurs de sorte que chez les sujets jeunes prédominait la dilatation (nerf sympathique) et chez les vieux la constriction (vague).

D'accord avec les données de Kravkoff la question de l'action de l'adrénaline sur les vaisseaux coronaires peut être considérée comme étant définitivement résolue, c'est-à-dire que l'adrénaline non seulement ne produit pas la contraction des artères coronaires mais dans le plus grand nombre de cas les dilate.

Pour ce qui est de l'insuline, les opinions sont contradictoires, certains (Staub, Kogan-Yasni, Breitmann) la considèrent comme étant vagotrope, d'autres (Zimuitsky, Liande et d'autres) la considèrent tout au contraire en tant que diminuant le tonus du vague et faisant disparaître les phénomènes de la spasmophilie ayant une grosse importance dans l'apparition des symptômes douloureux en général.

Les observations de Davide sont très intéressantes, il a démontré le fait que l'hyperglycémie due à l'adrénaline ou à la caféine, diminuait sous l'influence des rayons de Röntgen ; quant à l'hypoglycémie due à l'insuline sous l'influence de ces mêmes rayons, elle pouvait se renforcer et provoquer des convulsions.

Deicke rapporte un cas d'hémiplégie angiospastique avec aphasie motrice étant une réaction hypoglycémique à la suite d'une injection d'insuline à la dose de 40 unités ; la crise s'est répétée après deux autres injections aux doses de 25 unités, 6 heures après la seconde injection.

L'auteur considère que l'hypoglycémie provoque la lésion de la capsule interne gauche et du centre moteur de la parole.

Nous avons déjà parlé des expériences de Zondeck et Isko, ces auteurs ont obtenu en présence de grandes quantités de calcium dans le sang, non pas l'hypoglycémie, mais l'hyperglycémie.

Il est possible qu'en présence dans le sang de grandes quantités de K et de choline (antagonistes du Ca), l'insuline provoque une action inverse, et alors l'organisme deviendra sensible pour des petites quantités d'insuline, ce qui amènera à l'état hypoglycémique avec toutes ses conséquences.

D'un autre côté, l'introduction d'adrénaline provoque l'élévation du tonus du système nerveux sympathique, l'augmentation du sucre et du calcium dans le sang, la disparition de l'hypoglycémie et du spasme des artères coronaires, c'est-à-dire la cessation de la crise d'angine de poitrine.

Vers la fin de l'accès prédomine le système nerveux sympathique. La question s'est posée : quelle est la partie du système nerveux végétatif qui prédomine durant l'accès ?

Les observations cliniques des malades durant l'accès nous ont permis de nous assurer que c'était le système nerveux para-sympathique qui dominait pendant l'accès.

Ce qui est affirmé par les observations de Danielopoulo et de Maxim, ces derniers ayant démontré le fait que durant l'accès d'angine de poitrine la quantité de K et de choline augmentait considérablement ; la quantité du Ca tout au contraire n'augmente un peu qu'à la fin de l'accès ; Muller et Péterscd, Kogan-Yasny et d'autres auteurs ont démontré qu'avec l'affaiblissement du tonus du système nerveux sympathique nous obtenions de l'hypervagotonie avec hypocalcémie, la diminution d'élimination de l'adrénaline et la thyroïdine une action plus intense de l'insuline, fait qui en dehors de l'hypoglycémie pouvait avoir comme suite le chok insulinique.

Les observations de Garellon et de Santenoise ont démontré l'augmentation considérable du réflexe oculo-cardiaque après l'injection d'insuline autant chez l'homme que les animaux.

Les observations de Klemperer et de Strisower ont montré le fait de la chute de la tension sanguine après injection d'insuline chez les hypertendus et chez les diabétiques hypertoniques.

Les observations de Cormik, Léod et O'Brien font voir que l'excitation du nerf vague est accompagnée de la chute de la quantité de sucre dans le sang (hypoglycémie).

De toutes ces observations, on peut tirer la conclusion suivante : si on considère l'accès de l'angine de poitrine en tant qu'accès dû au système nerveux végétatif, en tant que symptomocompex émotif douloureux, en tant que résultat du trouble de l'équilibre du système nerveux végétatif (Dmitrenko) alors prédomine durant l'accès le système nerveux para-sympathique et à la fin le système nerveux sympathique (Katz).

Pour ce qui est de l'action sur les vaisseaux coronaires des injections intra-veineuses de sucre de raisin, nous trouvons dans la littérature toute une série d'observations touchant ces injections, des observations expérimentales et cliniques.

Bündingen suppose qu'en présence d'infections cardiaques à l'aide des injections intraveineuses de solutions concentrées de sucre de raisin, on apporte aux muscles cardiaques une substance combustible qui se dépose dans ce dernier sous forme de glycogène. Dans ce cas, comme du reste en général après introduction dans le sang de solutions hypertoniques, on observe de la transudation du liquide tissulaire vers les vaisseaux, on voit une augmentation de la tension primitive, de l'hydrémie, l'augmentation de la diurèse, l'aspiration dans les vaisseaux de grandes quantités de liquides introduits sous la peau, la libération de l'organisme des substances inutiles et finalement l'abaissement de la tension.

Certes, ces modifications du liquide dans les vaisseaux et les tissus agissent sur le système végétatif.

Handowsky a démontré que l'injection dans le sang de solutions concentrées de sucre de raisin faisait disparaître l'état spastique des vaisseaux.

Weil a observé avec le microscope capillaire les modifications des vaisseaux sous l'influence du sucre introduit dans la veine.

Mayer a observé la diminution de la tension artérielle dans certaines formes de l'hypertonie. Les résultats les plus satisfaisants furent obtenus dans l'angine de poitrine avec augmentation de la tension artérielle dans l'artériosclérose et dans la claudication intermittente.

Wiechels a observé la baisse de la tension artérielle chez les hypertoniques après injection intraveineuse de sucre de raisin.

Hess injecte à ses malades avant les grosses opérations 10 cc. de solution de sucre de raisin à 40 % et constate après cette mesure prophylactique un bon état de l'appa-

◆◆

reil cardio-vasculaire durant la période post-opératoire.

Poliakoff et Jan notent l'action favorable de l'injection intraveineuse de sucre de raisin sur les accès de l'angine de poitrine.

Fischer remarque l'action favorable de ces injections en présence de la faiblesse du muscle cardiaque.

La question se pose comment il se fait qu'il existe des cas de sténocardie avec diabète si le sucre du sang a une action antispastique ? Ce fait s'explique de la façon suivante : dans le plus grand nombre de cas en présence du diabète on a devant soi non point la vraie angine de poitrine mais l'angor pectoris, dont le mécanisme de formation est tout autre.

Nous avons dans ce cas la névrite du plexus cardiaque dû au processus inflammatoire péri-aortique, la douleur peut être provoquée par n'importe quelle augmentation de la tension artérielle au niveau de l'aorte à la suite de quoi survient la dilatation des nerfs enflammés.

Dans les cas très rares où nous avons l'association réelle du diabète avec l'angine de poitrine due a des modifications athéromateuses des artères coronaires, il faut supposer que les artères coronaires modifiées athéromateusement ont perdu la capacité de se dilater suffisamment pour apporter au muscle cardiaque la quantité augmentée de sang qui lui est nécessaire au moment donné, ce qui provoque l'ischémie du muscle cardiaque et à la suite de quoi apparaît la douleur c'est-à-dire, l'accès d'angine de poitrine malgré le diabète.

Après tout ce qui vient d'être dit, le rôle de l'adrénaline, de l'insuline et du sucre devient net dans l'apparition des accès d'angine de poitrine qui sont conditionnés par l'état spastique des artères coronaires. Certes, mettant de côté les cas d'angine de poitrine provoqués par l'oblitération plus ou moins grande des artères coronaires.

Jusqu'ici les phénomènes de statique et de dynamique des hormones ne sont pas complètement étudiés, dans certains cas l'insuline est excrétée en plus grande quantité qu'à l'état normal ; dans ces cas-là, l'hypoglycémie et l'état spastique du muscle cardiaque ou rien que des artères coronaires peut survenir, c'est la réaction contre la diminution du sucre servant d'aliment au muscle du cœur.

Ainsi, grâce aux travaux de Staube, Trangott, Depisch, Hasenörl, Bauer et bien d'autres nous savons que l'absorption de grandes quantités d'aliments surtout d'aliments riches en hydrates de carbone provoque une considérable hyperglycémie, cette dernière irrite les îlots de Langerhans et par cela à son tour provoque une abondante sécrétion d'insuline ; cette dernière dès son apparition dans le sang produit de l'hypoglycémie et peut, elle aussi, donner issue aux spasmes des artères coronaires, aux accès d'angine de poitrine.

Dès que l'antagoniste de l'insuline, c'est-à-dire l'adrénaline, arrive dans le sang par n'importe quelle voie (intraveineuse, intra-musculaire, ou sous-cutanée ou encore grâce aux efforts physiques intenses) elle mobilise tout de suite les provisions de glycogène du foie et des muscles, transformant le glycogène en sucre et rendant au cœur la substance nutritive dont il était privé et par cela même faisant disparaître l'état spastique du cœur ou seulement des artères coronaires.

Nous savons par les travaux de Wadi que l'état hypoglycémique du sang pouvait survenir aussi quand l'insuline était sécrétée en quantité normale, mais l'adrénaline en quantité inférieure à la normale, dans ces cas nous avons le même tableau que dans le cas de l'hyperinsulinisme, tableau conditionné par les troubles de corrélation entre l'insuline et l'adrénaline.

L'adrénaline ne peut manifester son action que quand il y a du glycogène dans le foie et les muscles, c'est-à-dire quand il y a la substance que l'adrénaline transforme en sucre ; quand il n'y a pas de glycogène ou quand il y en a peu, l'adrénaline ne peut manifester son action et alors la nécessité apparaît d'apporter des substances alimentaires (sucre) directement au cœur par les injections intraveineuses de sucre de raisin (en solution concentrée).

A l'état normal trois chaînons de cette chaîne (l'insuline, l'adrénaline et le glycogène) se trouvent en état de parfaite corrélation.

Il suffit qu'un de ces chaînons se soit modifié quantitativement ou qualitativement pour que l'équilibre fût interrompu et il en résulte un apport insuffisant de sucre au cœur et l'état spastique ou du cœur en totalité ou des artères coronaires.

Il est possible que l'hypoglycémie n'agisse pas directement sur les vaisseaux coronaires, qu'elle ne fait qu'interrompre l'équilibre du système nerveux végétatif ; d'où résulte l'état spastique des artères coronaires.

La théorie proposée peut réunir toutes celles proposées jusqu'ici par Chapochnikoff, Mackensie, Denielopoulo, Deitch, Dmitrenko, Schwartzmann et par beaucoup d'autres auteurs.

Nous ne tirons de cette théorie aucune conclusion, aucune déduction.

Seule la clinique pourra donner la réponse à la question déjà ancienne et toujours nouvelle : quelles sont les causes de l'état spastique des artères coronaires ?

Etant donné que les cas identiques à celui décrit par Hétenyi présentent un intérêt du point de vue pathogénique, je me permets de rapporter en résumé l'observation de la femme d'un médecin qui est venue me consulter pour des accès d'angine de poitrine.

Grande, bien constituée, âgée de 55 ans. Aux poumons pneumonie gauche grippale ; au cœur, limites normales les bruits sont sourds, le pouls est à 62 à la minute, bien rythmé. Le lobe gauche de la thyroïde colloïdale. Ptose des organes abdominaux. Système nerveux normal. Densité des urines de 1030, faibles traces d'albumine. 0,4 % de sucre ; dans le dépôt des cristaux d'urates de soude, pas d'acétone. La température n'est pas élevée, varie tout le temps sans dépasser 37.3. Se basant sur la présence de sucre dans les urines, le médecin consulté avant moi avait prescrit une diète sévère et avait pratiqué une injection d'insuline de 2 unités.

Déjà après la première injection d'insuline, la malade a senti dans la région du cœur des crises de douleurs, ces douleurs se répercutent à l'omoplate gauche, l'épaule du même côté et vont même jusqu'aux doigts de la main gauche, au bout de deux ou trois heures cet accès disparaît complètement.

Trois jours plus tard, on refait une nouvelle injection d'insuline (2 unités), l'accès réapparaît de nouveau avec la même intensité et la même localisation.

On supprime la diète et on continue les injections d'insuline les accès ne réapparaissent plus. La malade guérit rapidement de sa broncho-pneumonie.

Etant donné que chez cette malade des examens répétés des urines avant sa maladie n'avaient jamais laissé découvrir de sucre, ce dernier n'étant apparu que pendant la maladie en présence d'une température peu élevée et quand la malade ne consommait plus d'hydrates de carbone, nous admettons que dans ce cas nous avions à faire à un diabète sucré transitoire passager, celui que Wiechmann a décrit dernièrement.

C'est encore Fretiche qui a souligné le fait que les causes du diabète pouvaient être les diverses maladies infectieuses, telle le paludisme, la grippe, l'angine, la scarlatine, l'érysipèle et bien d'autres encore.

Ces temps derniers, Wiechmann a décrit des méningites à pneumocoques, et un cas de pneumonie durant laquelle on aurait observé du diabète sucré qui disparaît avec la guérison de la malade.

- Wiechmann arrive à la conclusion que de tels cas de diabète sucré sont plus fréquents qu'on ne le diagnostique, c'est pourquoi notre cas a un double intérêt, d'abord comme un cas de diabète transitoire et puis comme un cas qui démontre que l'essai d'enrayer le diabète avec l'insuline provoquait à chaque fois après l'injection des accès de l'angine de poitrine.

Dans notre cas, le cœur forcé de travailler au cours de la broncho-pneumonie avec plus d'intensité s'est adapté

à de plus grandes quantités de sucre dans le sang, et chaque fois qu'on a voulu enlever cet excès de sucre, le cœur y répondait par l'état spastique des artères coronaires et par les accès d'angine de poitrine.

BIBLIOGRAPHIE

(1) HIRSCHFELD : *D. Med. W.*, 1928, 7. — (2) WENCKELACH : *W. Kl. W.*, 1928,1. — (3) METENGI : *W. Arch. f. inn. Med.*, 1926. — (4) SCHWARTZMANN : *Medecine clinique*, n° 18, 1928. — (5) G. KATZ et E. LEIBENSON : Compt. rend. de la Société de Biologie, 1928, XCIX. — (6) *Ibidem*, 1928, p. 1637. — (7) *Ibidem*, 1929, C., p. 569. — (8) *Paris Médical*, 1929, 24. — (9) G. KATZ et E. LEIBENSON : *Pflügers Archiv.*, 1928, Bd. 221. — (10) LAROCH : Paris, 1925. — (11) POLIAKOFF et YAN : *Médecine Cl.*, n° 20, 1927. — (12) ROM et KOCHNIR : 2e Congrès des thérapeutes d'Ukraine, 1927. — (13) STRAUSS : *Zent. f. Herzkrank*, 26, n° 2. — (14) HESS : *D. M. W.*, 1927, n° 24 . — (15) HANDOWSKY : *Zeits. f. Klin. Med.*, 102, H, 4-5. — (6) WIECHELS : *Ibidem.* — (17) WEIL : *Ibidem.* — (18) DMITRENKO : *D. M. W.*, 1926, n° 8 . — (18) KOHAN et POHIROWSKY, : *Zeits. f. die gesam. exp. Mediz.*, 1926, 47, H. 4-5. — (19) G. KATZ : *Paris Médical*, 1928, n° 32. — (20) KATZ : *Journal Med. d'Odessa*, n° 8, 1928. — (21) HETÉHYI : *Kl. Woch.*, 1926, n° 18. — (22) MULLER et PETERSEN : *Kl. W.*, 1926, n° 23. — (23) KOGAN-JASSUY : *Gazette Méd.*, n° 20, 1928 . — (24) BAROTH : *Kl. W.*, 1926, n° 23. — (25) WADI : *Kl. Woch.*, 1928, n° 44. — (26) KHAZANOFF : *J. pour perfect. des Méd.*, n° 5, 1928. — (27) PAULI : *Zeitsch. f. Kreislaufforsch*, n° 5. 1928. — (27) PAULI : *Zeitsch. f. Kreislaufforsch*, 1927, n° 5. — (28) ROSENBERG : *Kl. W.*, 1927, n° 14. — (29) EPSTEIN : *J. p. perf. des Med.*, n° 9, 1927. — (30) MULLER-DEHAM : *D. M. W.*, 28, n° 19. — (31) FISCHLER : *Mün. Med. Woch*, 1928, n° 36. — (32) DAWID : *Klin. Med.*, 1928, n° 21. — (33) DEXKE : *D. M. W.*, 1928, n° 33. — (34) DANIELOPULU et MAXIM : *Kl. W.*, 28, 31. — (35) BAUER : *Kl. Woch.*, 1927, n° 37. — (36) STAUB, *Zeit. f. Kl. Med.*, 1921, n° 91 . — (37) DEPISCH : *W. Ar. f. Inn. Med.*, 1927, n° 38. — (38) HANDOWSKY : *Arch. f. exp. Path. et Pharmac.*, 1928, n° 34. — (39) SCHUR et LOW : *W. Kl. W.*, 1928, n° 7. — (40) BRAUNSTEIN : *Affaire Méd.*, n° 23, 1928. — (41) KATZ : *J. Med. d'Odessa*, n° 1, 1929. — (42) GOIKHER : *Méd. clin.*, n° 23, 1928. — (43) DEPISCH et HASENHOHRL : *Kl. W.*, 1929, 5. — (44) HOGLER : *Ibidem.* — (45) HANDOWSKY : *Arch. f. exper. Pathol. et Pharm. Naunyn-Smiedeberg*, Bel. 134, H. 5-6. — (46) GEIGER et SCHMIDT : *W. M. W.*, 1928, n° 28. — (47) WIECHMANN : *M. M. W.*, 1928, n° 24. — (48) BORCHARDT : *M. M. W.*, 1929, n° 4. — (49) EHRISMANN : *Kl. W.*, 1929, n° 26. — (50) BERNARD : *M. M. W.* 1929, n° 6. — (51) FREUND : *M. M. W.*, 1929, 5. — (52) KUGELMANN : *Kl. W.*, 1929, n° 6. — (53) MEYER : *Kl. W.*, 1929, 11. — (54) BURGER et CRAMER : *D. M. W.*, 1929, n° 8. — (55) G. KATZ : *Fortschrifte der Medizin*, 1929, 9.

PAGES RETROUVÉES

Le phlegmon du plancher de la bouche est communément appelé angine de Ludwig. Cette appellation, dit Ch. Lenormant, dans son Précis, est doublement mauvaise : « d'abord parce que la maladie n'a rien de commun avec une angine et que la dysphagie n'y est qu'un symptôme acessoire ; ensuite parce que Gensoul l'avait décrite dix ans avant Ludwig».

Ludwig, chirurgien de Stuttgart, publia en effet son travail en 1836. *Et en* 1837, *Camerer décrivit ce phlegmon sous le nom d'*angina Lodovici. *Or Gensoul avait publié en février* 1830 *la description de trois cas dont l'observation remontait aux années* 1828 *et* 1829. *Puisque cent ans n'ont point suffi à établir définitivement la priorité de Gensoul, on peut encore reproduire les pages du chirurgien lyonnais.*

Inflammation des muscles de la région supérieur du col,

Par M. J. GENSOUL,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Les muscles de la région sublinguale et hyoïdienne supérieure sont exposés à s'enflammer, soit isolément, mais ce cas paraît très rare, soit par contiguïté lors de l'angine du pharynx ou du phlegmon du tissu cellulaire de la partie supérieure du col. Les auteurs les plus modernes n'ont pas fait de description particulière de cett inflammation, et que je sache, indiqué pour la guérir un traitement spécial. J'ai cependant eu l'occasion de l'observer trois fois ; une seule fois constituant une affection isolée analogue à la glossite, et deux fois par contiguïté. Toujours j'ai pu apprécier l'insuffisance des moyens antiphlogistiques ordinaires que j'avais mis en usage pour la combattre. J'attribue cette maladie, que je n'ai vue qu'à Lyon, à la température froide et humide du climat de cette ville, à ses rues étroites, à la hauteur prodigieuse de ses maisons qui y entretiennent une humidité presque continuelle, et par dessus tout au peu de précautions hygiéniques de ses habitants.

J'ai reconnu cette affection à la difficulté que les malades éprouvent pour abaisser la mâchoire et mouvoir la langue, à l'impossibilité dans laquelle ils sont d'opérer le mouvement de déglutition, à une tumeur circulaire qui semble former un second menton s'étendant jusqu'à l'os hyoïde, à une sensation de résistance très forte que l'on éprouve en appuyant la pulpe du doigt sur la partie tuméfiée.

Cette inflammation musculaire se distingue du phlegmon par les caractères suivants.

1° Le col n'acquiert jamais un volume aussi considérable que dans cette dernière maladie.

2° La peau participe très peu à l'inflammation des muscles, tandis qu'elle rougit et devient luisante dans le phlegmon.

3° Il ne se forme pas, comme dans le phlegmon, des foyers purulents et des ouvertures spontanées à travers lesquelles s'échappent des lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

L'engorgement inflammatoire aigu des glandes sous-maxillaires ne peut être confondu avec cette maladie, parce qu'il est toujours facile de sentir très distinctement ces organes placés au-dessous de la peau, lors même qu'ils ont augmenté de volume.

Dans tous les cas que j'ai observés, cette inflammation a marché avec une rapidité effrayante, et dans l'espace de 36 à 48 heures la vie du malade a été dans le plus grand danger. La respiration est devenue laborieuse, la circulation dans les veines jugulaires, embarrassée ; la face, bleuâtre ; les mucosités que le malade ne pouvait expulser ont engorgé les bronches, le tissu cellulaire du col est devenu œdémateux, enfin il est survenu du délire.

Les deux premiers malades sur lesquels j'ai observé cette affection ont été apportés dans les salles de l'Hôtel-Dieu, respirant avec peine, ne pouvant exécuter aucun mouvement de déglutition, et présentant une tumeur dure et circulaire au-dessous du menton. En les voyant dans cet état, je ne pus m'empêcher de leur adresser de vifs reproches sur leur négligence, mais j'appris avec surprise, par les gens qui les avaient conduits à l'hôpital, qu'il y avait à peine 48 heures qu'ils étaient atteints de ce mal de gorge et que quelques jours avant ils éprouvaient seulement une légère difficulté à avaler.

Le premier malade était un jeune homme âgé de vingt ans, d'un tempérament sanguin, qui fut conduit il y a environ deux ans dans la salle des blessés. A 7 heures du matin, je me hâtai de lui faire appliquer 40 sangsues à la base du col. J'ordonnai de le laisser saigner et d'en rappliquer de nouvelles si le sang cessait trop promptement de couler. Je prescrivis un lavement avec addition de deux onces de vin émétique trouble, et je fis promener la moutarde sur les extrémités inférieures. J'ordonnai de faire respirer de la vapeur de décoction de mauve, mais en plaçant le vase à une assez grande distance de la tête du malade, pour que la vapeur n'arrivât qu'en très faible quantité et pût diminuer l'irritation, sans cependant empêcher l'introduction d'une quantité d'air suffisante pour l'hématose. A 10 heures du soir, le mal avait augmenté, le pouls était misérable, les extrémités froides, il y avait du délire comme dans les affections gangréneuses. Je

fis appliquer des sangsues, deux vésicatoires et renouveler des applications de moutarde. Je songeai un instant à la bronchotomie, mais la respiration n'était pas la fonction la plus gênée.

Le lendemain matin le col s'était tuméfié jusque près de la poitrine. La respiration était ronflante, la figure cadavéreuse : le malade expirait.

J'attends avec une anxiété pénible que 24 heures fussent écoulées pour reconnaître la cause d'une mort aussi prompte, et lorsque je procédai à l'autopsie, je vis que le col était noirâtre, gonflé et distendu énormément par des gaz. J'incisai la peau, dont l'ouverture donna une issue à des gaz fétides. Le tissu cellulaire paraissait sain et seulement distendu. Lorsque je voulus inciser les muscles, je les trouvai gangrénés en partie et en partie ramollis, dans leur centre, présentant même dans quelques endroits l'aspect d'une bouillie grisâtre. La membrane muqueuse gutturale était rouge et présentait dans quelques points des traces d'une vive inflammation ; mais aucune trace d'escarrhe comme dans l'angine gangréneuse. La langue paraissait légèrement augmentée de volume, la trachée-artère était remplie de mucosités, mais elle offrait son aspect normal. Les organes contenus dans le ventre et la poitrine étaient sains. Les membranes du cerveau paraissaient légèrement injectées. Le cerveau n'offrait aucune trace d'altération.

Le second malade qui se présenta quelque temps après à l'Hôtel-Dieu, était un jeune militaire qui paraissait d'une vigoureuse constitution. Il était dans un état à peu près semblable à celui dont je viens de tracer l'histoire. Seulement la tumeur sous-maxillaire était plus volumineuse, et il y avait plus d'empâtement dans le tissu cellulaire qui paraissait participer à l'état inflammatoire. J'appris que depuis environ 15 jours ce malade éprouvait une légère difficulté pour avaler, mais qu'il n'y avait guère plus de 30 heures que son mal de gorge avait pris un caractère fâcheux.

Plus éclairé sur la nature du mal et sur sa gravité, je prévins les élèves du danger que courait le malade, du genre d'affection dont je le croyais atteint, et je mis en usage un traitement plus énergique que la première fois. 60 sangsues furent appliquées à la base du col. Lorsqu'elles eurent cessé de couler, je fis pratiquer une saignée de la jugulaire, et en même temps je prescrivis des sinapismes, des vésicatoires, des liniments volatils, des lavements purgatifs.

La marche de l'inflammation parut enrayée, mais cette inflammation prit bientôt plus d'intensité, et 60 heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade succomba.

Je procédai à l'autopsie avec beaucoup de soin, 30 heures environ après la mort. Déjà le col était d'une couleur verte, indice de la putréfaction commençante, et son volume était augmenté par des gaz qui s'étaient infiltrés sous la peau.

Je commençai par ouvrir le pharynx en arrière, en suivant les procédés usités pour étudier les muscles qui le composent, et je reconnus qu'il était singulièrement rétréci par le gonflement des parties situées au-dessus de l'os hyoïde, et que cependant il restait un passage, suffisamment large pour permettre l'introduction de l'air dans les poumons.

J'incisai les muscles en différents endroits, et je les trouvai confondus en une espèce de bouillie noirâtre ; dans quelques points, je pus distinguer un fluide roussâtre analogue à du pus : le tissu cellulaire interposé entre les muscles paraissait évidemment sphacélé, mais celui placé sous la peau n'offrait aucune trace de gangrène.

Tous les organes contenus dans la poitrine et dans le ventre me parurent sains, à l'exception de l'estomac qui était légèrement phlogosé. Les membranes du cerveau étaient très rouges, mais cette couleur semblait tenir plutôt à la stase des fluides dans les vaisseaux qu'à un véritable état inflammatoire ; le cerveau était évidemment injecté.

Depuis cette époque mon attention fut dirigée d'une manière toute spéciale sur les engorgements de la partie supérieure du col, et je rencontrai un grand nombre de fois des phlegmons de cette partie, surtout dans la salle des militaires ; mais jamais ils ne présentaient le caractère particulier et grave de l'inflammation que je viens de décrire : inflammation qu'on pourrait, je pense, désigner sous le nom d'ANGINE MUSCULAIRE.

J'espérais être assez heureux pour ne plus avoir l'occasion d'observer cette maladie, puisque je n'avais pu en arrêter les progrès, lorsque le 25 juillet 1829, en traversant à 10 h. du soir les rangs de la salle des hommes blessés, je fus prié par la sœur veilleuse d'arriver en toute hâte pour donner du secours à un malheureux jeune homme qui venait d'être apporté mourant. Je m'approche du lit et je reconnais tous les caractères de la maladie que je viens de décrire. J'éprouvai d'abord un sentiment de peine et presque d'effroi ; cependant ne pouvant qu'avec douleur me décider à être le spectateur tranquille de la mort d'un homme à la fleur de l'âge, je résolus d'appliquer à cette maladie le traitement curatif de la glossite, c'est-à-dire de pratiquer des scarifications profondes, et je plongeai la lame d'un bistouri sur la ligne médiane du col, depuis l'os hyoïde jusqu'à la symphyse du menton, en l'enfonçant très profondément du côté de la base de la langue.

A l'instant même des flots de sang s'écoulèrent ; les lèvres de la plaie s'écartèrent, et la tête qui était renversée en arrière put se relever un peu ; en un mot le malade parut de suite éprouver un sentiment de mieux-être ; je restai auprès de lui environ un quart d'heure. L'écoulement du sang que je pus évaluer à 24 onces était alors complètement arrêté, et un cataplasme émollient, qui avait toujours été repoussé comme empêchant l'action inspiratoire, fut appliqué devant moi, et supporté avec patience. Le lendemain, à 6 heures du matin, je m'empressai de me rendre auprès du malade, et j'eus le plaisir de reconnaître que sa tumeur avait considérablement diminué, que sa respiration était facile, qu'il pouvait parler ; cependant je prescrivis 15 sangsues au bas du col des gargarismes et des boissons émollientes, des sinapismes aux jambes, des vésicatoires aux bras, des lavements purgatifs, et je recommandai le silence le plus absolu. Sous l'influence de ce traitement le mieux devint plus sensible, les fonctions des muscles se rétablirent petit à petit, à tel point qu'au bout de 8 jours la guérison était à peu près complète. La plaie que j'avais faite avait diminué d'étendue et de profondeur et marchait rapidement à sa cicatrisation (je dois faire remarquer ici que cette plaie ne fournit que très peu de suppuration et se réunit, comme on le dit, par seconde intention). Je pus alors obtenir de ce malade les renseignements suivants : il se nommait Jean Bullio, était âgé de 24 ans, né à Osco, canton du Tessin, en Suisse ; il exerçait la profession de plâtrier et demeurait à Lyon, rue de la Barre, n° 19. Il me rapporta qu'ayant bu copieusement avec ses amis, il passa une nuit entière étendu sur les dalles des quais de l'hôpital, et qu'il s'aperçut le lendemain d'un gonflement léger sous le menton, qui s'étendit ensuite à droite, puis à gauche et cela dans l'espace de quelques jours ; un médecin fit appliquer 25 sangsues à la base du col : elles produisirent un soulagement momentané, toutefois la tumeur qui avait d'abord diminué s'accrut de nouveau et bientôt la respiration devint laborieuse et la déglutition difficile ; cependant une soif inextinguible tourmentait le malade, et pour le calmer, après avoir pris quelques boissons alcooliques, il s'étendit nu sur les carreaux de sa chambre et disposa ses pieds de manière à ce qu'ils fussent placés sur la pierre de taille qui servait d'égoût à la cuisine.

Ce fut après avoir mis en pratique ce dangereux moyen de soulagement qu'on l'apporta mourant dans la soirée du 25 juillet.

Ce malade voulant quitter l'hôpital le 10 du mois d'août, 15 jours après son entrée. J'ai appris depuis qu'il avait travaillé encore 3 semaines à Lyon, que depuis il

BIBLIOGRAPHIE

La Génération humaine. Les secrets de la vie, par le docteur G. Mozy, 1 vol. de la *Bibliothèque de Sexuologie*, in-12. 11 fig. Prix : 10 fr. Le François, éditeur, 91, Boulevard Saint-Germain, Paris, 1929.

Depuis Montaigne qui se demandait ce que l'action génitale a fait aux hommes pour qu'on l'exclue « des propos sérieux et réglés », nos idées ont un peu évolué. Nous osons parler de la sexualité, mais combien timidement ! Et que d'idées fausses encore, dans le public, sur ces questions. C'est pour dissiper cette ignorance, pour éviter les suites désastreuses des erreurs sexuelles, pour montrer que la génération est une fonction aussi digne d'être étudiée que les autres que le Dr G. Mosy a entrepris, sous le titre de *Bibliothèque de Sexuologie*, la publication d'une série de petits volumes de vulgarisation, où, sans étalage scientifique, mais avec la note médicale qui convient à ce genre de publication, sera exposé ce que l'on doit savoir aujourd'hui sur la sexualité.

« La fonction sexuelle disait Amiel, est la plus terrible des redevances que nous ait imposées la nature » ; mieux connue, et les petits livres du Dr Mosy y contribueront, elle deviendra sans dommage pour l'individu comme pour l'espèce.

Immunité et vaccinothérapie, par le Dr Louis Moinson. Préface du Dr E. Pozerski, 1929, in-18, 98 p. Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe ; 6 fr.

Deux méthodes ont, dans ces vingt-cinq dernières années, renouvelé la médecine, l'opothérapie, ou thérapeutique par les glandes, et la vaccinothérapie, ou traitement par les vaccins et sérums. L'année dernière, le Dr Moinson a exposé en un livre très remarqué, le dernier état de l'opothérapie. Cette année, en un petit volume facile à lire, il résume les théories scientifiques les plus récentes sur l'immunité, la vaccinothérapie et l'anaphylaxie, questions extrêmement importantes et généralement mal ou peu connues. Il y joint les résultats étendus de son expérience de clinicien averti Après avoir lu ce travail, on saura dans quel cas il convient d'opérer des prélèvements de sang et de pus, par quels états passent les éléments prélevés avant de devenir le contenu de l'ampoule injective, quand ils sont susceptibles d'agir et comment. Ce petit volume, complet, précis, exact, au courant, et ce qui ne gâte rien, de forme attrayante, est susceptible d'intéresser à la fois les praticiens et leurs malades.

L'Opothérapie clinique en vingt leçons, par le Dr Scheffler (de Saint-Étienne), 1930, in-8 336 p. : 15 fr. : Librairie Le François, 91, Boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Le livre du Dr Scheffler est écrit par un praticien pour des praticiens. La méthode de l'auteur consiste à partir toujours d'observations cliniques minutieuses pour aboutir logiquement à la décision thérapeutique.

Les affections utéro-ovariennes, les développement des jeunes sujets, l'obésité, la sénilité, le cancer... sont des chapitres dont la lecture est indispensable à tout médecin désireux de bénéficier dans sa pratique de succès thérapeutiques souvent inespérés.

Ajoutons que la lecture de l'ouvrage est rendue facile et attrayante par la clarté du style et quelques réflexions d'allure philosophique qui lui enlèvent toute allure dogmatique.

Les Frères de Louis XVI. Monsieur le Comte d'Artois, par J. Turquan et Jules Dauriac. 1 vol. avec hors texte. Prix : 20 fr. Emile, Paul, éditeurs, 14, rue de l'Abbaye, Paris.

Le regretté Joseph Turquan terminait dernièrement avec M. Jules Dauriac, un important ouvrage sur *Les Frères de Louis XVI*. C'est l'histoire des futurs rois Louis XVIII et Charles X, alors que rapprochés du trône, ils compromettaient trop souvent ce trône, par leurs trames ou leurs folies, puis s'efforçaient ensuite de le rétablir ; curieux dessous de la vie des cours que l'histoire officielle ne montre pas, qu'il faut aller chercher dans les mémoires les plus secrets.

s'était engagé et était parti pour la Corse, conservant encore une certaine difficulté de parler qui rendait sa prononciation gutturale.

J'ai cherché vainement dans les cadres nosologiques l'indication de la maladie que je viens de décrire, je pense cependant qu'elle devait y trouver sa place. Je suis persuadé qu'il aura suffi d'éveiller l'attention sur cette affection qui paraît très rare (surtout si on la compare au grand nombre d'angines graves et de phlegmons du col que j'ai eu l'occasion de voir) pour que de nouvelles observations apprennent bientôt à la mieux connaître.

(Extrait du *Journal clinique des hôpitaux de Lyon*, 1e année, février 1830, pages 21 à 30.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les conséquences médicales du fonctionnement de la loi allemande des Assurances sociales exposées par le Professur Eppinger (1)

Par MM. Pr. MERKLEN et M. WOLF.

Le professeur Eppinger nous a exposé la situation médicale créée en Allemagne par l'application de la loi des Assurances sociales. Nous avons résumé ses déclarations, et, pour être assurés de n'avoir pas trahi sa pensée, les lui avons soumises après rédaction. Ses opinions sont partagées par un grand nombre de médecins allemands de tous les milieux. La légitime notoriété qu'il a acquise dans son pays comme à l'étranger leur confère une autorité hors de conteste, et nous le remercions d'avoir accepté que nous les soumettions à l'Académie.

On verra que s'impose une déduction essentielle. La loi des Assurances sociales ne menace pas seulemen les praticiens. Si les médecins adonnés à la science et à l'enseignement ne font pas accepter les mesures de protection auxquelles a droit leur mission, sans doute auront-ils plus tard à le regretter.

Trop souvent écrit-on que les médecins sont opposés au principe de la loi. Erreur. Ils n'en méconnaissent ni l'utilité ni les avantages ; ils n'ont pas la naïveté de se mettre au travers des courants qui emportent les sociétés vers leurs nouvelles destinées. Mais par une application défectueuse, un principe se fausse dans son essence. Et vraiment dirigeants et médecins ont un égal intérêt à trouver, en matière d'assurance-maladie, une formule qui épargne les mécomptes dont tous deux seraient les victimes. En Allemagne, l'accumulation de la richesse a permis aux Caisses d'assurances de devenir un Etat dans l'État, à tel point que ces dernières années, elles sont arrivées à imposer comme ministres plusieurs hommes sortis de leur sein. La France a l'heureuse fortune de pouvoir profiter d'une expérience voisine. Puisse-t-elle savoir en tirer parti ! A cet égard, les réflexions du professeur Eppinger sont de premier intérêt. Nous lui laissons la parole.

« Lors de son application la loi allemande des Assurances sociales a été fort bien accueillie. Elle garantissait une grande partie de la population contre l'incapacité de travail ; elle offrait aux médecins des revenus déterminés et assurés ; elle édictait un ensemble de mesures destinées à faciliter la vie économique des classes les moins élevées. Cet âge d'or a duré cinq à dix ans : c'était, remarquons-le, à une époque où l'industrie n'avait pas encore atteint son essor actuel et où une aisance générale relative mettait le pays dans une situation des plus satisfaisantes.

« Les choses devaient bientôt changer : les abus dont se rendaient coupables assurés et dirigeants des Caisses, les modifications progressives de la mentalité médicale au regard des questions honoraires et prescriptions pharmaceutiques suscitèrent nombre de difficultés matérielles et morales. Elles eurent pour effet de pousser les Caisses à veiller de plus en plus farouchement sur le patrimoine qu'elles avaient fort vite accumulé. Fonctionnaires aussi indépendants qu'irresponsables hors de leurs administrations, placés à la tête d'organisations relevant de la société et responsables devant elle, les dirigeants des Caisses adoptèrent peu à peu une mentalité et gérèrent les deniers dont ils avaient la charge dans un esprit d'épargne et de rendement. Dans ces conditions le conflit ne tarda pas à éclater, âpre et impitoyable, entre les directeurs des Caisses, détenteurs de fonds importants, et les médecins qu'on avait peu à peu amenés à se comporter en modestes fonctionnaires. Il atteignit son acmé en 1905, apparaissant comme l'une des formes les plus pénibles et les plus lamentable de la lutte entre le capital et le travail. Le capital, soi-disant représentant de la collectivité, se montrait intransigeant, solidement uni dans ses divers éléments, vis-à-vis du travail réduit à une minorité intéressante peut-être par son rôle social, mais peu intéressante par sa situation économique, affaiblie au surplus par ces dissensions et ces intrigues dont les classes intellectuelles semblent posséder le privilège. Les médecins n'échappèrent pas à la défaite, défaite qui ne fut ni immédiate ni éclatante, mais qui devait s'affirmer et se développer à la longue.

« Nous assistons aujourd'hui à ses conséquences éloignées, aggravées encore par la fâcheuse situation économique où la guerre a plongé l'Allemagne. Persévérant dans sa voie en toute indépendance, avec une impitoyable rigueur, le groupement des directeurs de Caisses, après s'être essayé à la fondation de petits services spéciaux tels que services d'examens de crachats et d'urines, services de radiologie, etc., puis de centres de diagnostic, en est arrivé à construire des maisons de cure et des sanatoriums. Bien plus, il crée aujourd'hui dans toutes les grandes villes des maisons de santé destinées tant au diagnostic qu'au traitement. A leur tête sont placés des hommes compétents, jeunes médecins, privat docent, professeurs extraordinaires, auxquels sont consenties de larges prérogatives à la seule condition qu'ils demeurent à la disposition des directeurs des Caisses. Ils ont auprès d'eux des assistants, des aide-assistants, des assistants stagiaires. On voit somme toute se dresser l'édification de toute une clinique, qui emprunte, points par points, l'organisation hiérarchisée d'une clinique universitaire.

« Ce n'est pas encore tout. Le groupement des directeurs des Caisses, partant de cette idée qu'il doit s'efforcer de rendre le plus tôt possible à leurs occupations les hospitalisés et pour ainsi dire les récupérer, porte tous ses soins sur le contrôle de la capacité de travail. Aussi exige-t-il des dirigeants médicaux et des assistants une formation spéciale et des stages préliminaires. De là à instituer des cours de « médecine de Caisse » il n'y a qu'un pas, qui a été souvent franchi et qu'on a même voulu faire emboîter il y a quelques années aux médecins alsaciens.

« L'aboutissant voulu et calculé de cet immense mouvemnt n'est autre que la fondation de véritables hôpitaux-cliniques, de collèges ou facultés libres dans le genre de celles qu'on voit en Amérique. Leur fréquentation serait obligatoire pour les jeunes étudiants se destinant à la profession de médecins de caisse. La concurrence avec les Universités officielles ne tarderait pas à jouer en faveur des collèges des assurances sociales, seuls capables de former les médecins auxquels serait assuré dès le début de leur installation un gagne-pain minimum.

« Il est presque inutile d'insister sur les conséquences de la création de ce genre de facultés. Le travail scientifique, premier but de toute Université, sera sacrifié à une préoccupation dominante, à l'exploitation du rendement de l'individu. Peu à peu, dira-t-on, le fond même de la nature humaine ou d'autres facteurs d'ordre plus « idéal » pousseront l'esprit de curiosité à reprendre ses droits. Non. La direction des Caisses montera bonne garde, et dès maintenant elle veille. Dès maintenant, en effet, dans les cliniques universitaires allemandes un contrôle sévère s'exerce sur l'opportunité, la durée et les résultats de l'hospitalisation de chacun des assurés, sur leur traitement et le prix de revient. Les Caisses ne se trouvent-elles pas d'accord avec les cliniques, elles reprennent leurs malades pour les soumettre à l'examen d'un comité de con-

(1) Communication à l'Académie de Médecine, 22 octobre 1929.

trôle médical ou d'un centre hospitalier des Assurances sociales. Les Universitaires sont forcés d'accepter cette entrave à leur enseignement et à leurs recherches, de même que cette atteinte permanente à leur dignité professionnelle, car plus des trois quarts de leurs malades hospitalisés se recrutent parmi les assurés. Et encore cette clientèle s'effrite-t-elle de plus en plus : les dirigeants des Caisses, redoutant que leurs malades ne soient retenus pour des fins scientifiques, souvent mal conciliables à coup sûr avec le point de vue d'une stricte économie, s'emploient à les diriger soit dans des maisons de santé privées, simplement préoccupées de les guérir au plus vite, soit dans leurs propres hôpitaux.

« L'activité du groupe des dirigeants des Caisses a eu pour résultat direct, on le voit, de provoquer un mouvement qui entrave l'essor médical scientifique ; par la fondation des « collèges universitaires des Assurances sociales » elle arrivera même à l'arrêter.

« Les assurances ne se sont pas montrées moins pernicieuses pour la mentalité des médecins et du public allemand, comme pour les études médicales.

« Le rôle des médecins de caisse, — en ne retenant que ceux capables de rester honnêtes et consciencieux, — ne saurait se comparer à celui des médecins traditionnels. Le médecin de caisse supprime d'emblée cet élément moral, précieux et indispensable, entre médecin et malade, qui les lie l'un à l'autre en une sorte de communauté d'idées, de tendances et d'espérances avec pour base l'effort tenté par le médecin et senti par le malade vers l'amélioration ou la guérison. En s'interposant entre eux, la Caisse déchire ce contrat tacite ; elle intercepte le courant ; elle coupe les fils ténus que tissent la compréhension du mal par le médecin et la confiance du malade envers lui. Le médecin de caisse n'a pas à pénétrer son malade au-delà des limites qu'impose l'obtention d'une guérison aussi rapide que possible. Non seulement il néglige l'élément moral dont les Assurances n'ont que faire ; mais, loin de s'aider d'un pareil facteur pour rétablir son patient, il doit le combattre pour peu qu'il le voie prendre dans l'esprit du sujet une place prépondérante. En outre ce médecin ne peut prêter assistance à son client que dans la mesure où l'autorisent le nombre limité de ses visites et la qualité des médicaments prévus par les Caisses. Ne voyons-nous pas interdire l'insuline, même chez des diabétiques acidosiques ?

« Là où il faudrait des rapports directs normaux entre le médecin et les malades, se dresse, avec son système de contrôle, un organisme irresponsable, la direction des Caisses. Remplacez le mot de médecins par celui de fonctionnaires, celui de Caisses par celui d'Etat, et vous comprendrez que les Assurances sociales ont pour conséquence véritable la fonctionnarisation du médecin. Or, à l'heure actuelle, la transformation du médecin en fonctionnaire est un fait acquis et universellement accepté en Allemagne, de même que la transformation morale qui s'ensuit. C'en est fini de la conception de responsabilité, de la notion altruite de devoir qui ont toujours servi d'assises à la médecine depuis qu'elle existe, c'est-à-dire depuis une époque bien antérieure au serment d'Hippocrate. Sur leurs ruines s'est échafaudée une pusillanimité égoïste, suite de la tyrannie des malades de caisse, souvent plus exigeants que les malades privés, suite de la mainmise des Caisses sur toutes les décisions thérapeutiques et sur certaines interventions utiles au diagnostic. Le médecin de caisse n'est plus qu'un fonctionnaire d'exécution, qu'un petit fonctionnaire avec tout ce que ce terme sous-entend de péjoratif au point de vue social, économique et matériel. Voilà exactement le tableau de la situation de médecin de caisse en Allemagne.

« Cet abaissement de la position du médecin a-t-il éloigné les jeunes gens de la carrière médicale ? Non. Indépendamment de l'engouement, qui, dès avant la guerre et plus encore après elle, a poussé la jeunesse scolaire de tous les pays vers les carrières libérales, une brusque augmentation du nombre des étudiants en médecine a succédé à l'introduction des assurances sociales en Allemagne ; elle s'est encore accrue jusqu'à ces dernières années. La cause essentielle en est la certitude d'un gagne-pain minimum immédiat, assuré au débutant par l'exercice de la médecine de caisse : de nombreux malades vont à lui, attirés par l'idée d'essayer d'un nouveau médecin ; une surenchère médicamenteuse, inconsciente et presque automatique, s'établit entre celui qui entre dans le métier et ceux qui l'y ont précédé, et le malade croit pouvoir en tirer bénéfice. Cependant, en Allemagne, les avertissements n'ont pas manqué. Après avoir affiché pendant plusieurs années des avis officieux sur les dangers de la pléthore médicale, le Hartmannbund, qui groupe à peu près tous les médecins et syndicats médicaux d'Allemagne, a fait prolonger le « temps de carence », stage médical durant lequel un médecin qui vient de s'établir n'a pas le droit de professer pour les caisses. Pour le moment il est de dix-huit mois à deux ans. Mais c'est à peine si cette mesure draconienne a réussi à diminuer la masse de ceux qui aspirent au gâteau des Assurances sociales.

« Quant au problème des études médicales, ce que nous venons de dire explique qu'il ait atteint en Allemagne une acuité inconnue en France. Le grand nombre des étudiants a développé un esprit d'utilitarisme immédiat difficile à concevoir. Les études n'ont plus en général pour but d'acquérir l'ensemble des connaissances qui confère cette culture à tendance encyclopédique qu'on rencontre encore chez certains vieux médecins, intéressés, à côté de leurs occupations professionnelles, par la botanique, l'histoire, la musique ou les arts. Elles se proposent d'emmagasiner les notions utiles, en principe juste celles nécessaires pour les examens. Aussi les professeurs et leurs collaborateurs sont-ils étonnés et inquiets de voir combien s'est abaissé le niveau moyen du jeune médecin frais émoulu des Facultés.

« On a beaucoup discuté, dans les milieux médicaux universitaires et syndicaux, sur les méthodes propres à enrayer la progression croissante des médecins : limitation des admissions à chaque Faculté, extension des programmes des examens et plus grande sévérité, restriction des autorisations de renouveler les examens après échec, modification de la forme des examens, création d'un examen par une commission mixte d'universitaires et de praticiens. Rien n'a encore été retenu, parce que rien n'a été jugé assez efficace ou assez aisé à mettre en œuvre. Les étudiants les mieux doués, capables d'aspirer au titre d'assistant ou de se consacrer à la recherche, envisagent les pertes matérielles dont ils sont victimes eu égard aux étudiants de moindre valeur ou d'esprit plus pratique, qui s'établissent dès la fin de leurs études. Les avantages moraux qu'ils seraient en droit d'escompter ne viennent qu'en seconde ligne ; et, de l'aveu même des professeurs, ils n'acceptent plus de fonctions dans les cliniques ou instituts scientifiques si leurs patrons ne s'engagent pas moralement à reconnaître leurs efforts, en les nommant au bout d'un certain temps privat docent, titre conféré par un vote de la Faculté sur la proposition du titulaire de la chaire et ratifié par le ministère. Ils désirent ce titre afin d'obtenir, grâce à lui, la direction d'un des nombreux hôpitaux de caisse ou municipaux qui se créent tous les ans en Allemagne. La fonctionnarisation des médecins a donc engendré l'utilitarisme des étudiants ; il faut ajouter que la situation économique générale de l'Allemagne s'associe au système des assurances sociales pour développer cet utilitarisme.

« Le public allemand a fortement subi l'influence des assurances sociales, même celui qui n'a pas à faire partie des Caisses. L'estime, le respect, la considération vis-à-vis du médecin, qui se rencontrent heureusement encore assez souvent en France, sont devenus lettre morte en Allemagne. Il s'y est substitué une méfiance ou une indifférence, allant maintes fois jusqu'au dédain et au mépris ; le rôle du médecin a fini de la sorte par ne plus être compris, non plus que les difficultés où se débat la profession. On en peut donner pour preuves l'attitude des particuliers et le ton des articles de divers publicistes. Les malades ont moins recours aux soins médicaux qu'auparavant ; les consultations des charlatans et des guérisseurs (Kurpfuscher) sont de plus en plus suivies. L'hospitalisation est-elle nécessaire, les malades y mettent toute sorte de conditions : refus de certaines médications, de certains examens, oppositions sans cesse plus fréquentes aux permis d'autopsie formulée par l'entourage du patient dès l'arrivée à l'hôpital. Impuissants à remédier à cet état de choses, les Universitaires et les médecins-chefs d'hôpitaux l'attribuent avant tout à une éducation viciée du public par les Caisses.

« Les Assurances sociales allemandes ont donc avili et asservi les médecins ; elles ont abaissé la pratique de l'exercice de la médecine ; elles ont diminué le niveau moyen des études et engendré la pléthore, avec pour aboutissant le prolétariat médical ; elles commencent à mettre en danger l'enseignement et le travail de recherches des cliniques universitaires ».

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le problème des trypanosomiases en Afrique équatoriale

Lorsqu'on parle des richesses coloniales et des facteurs qui interviennent dans leur développement, les problèmes épidémiologiques se dressent, bien souvent, à la manière d'un spectre terrifiant. Ce pessimisme est-il justifié ou bien, au contraire, a-t-on le droit de regarder l'avenir avec confiance ? La réponse à la question posée n'est ni simple, ni aisée, mais nous voulons uniquement nous occuper de l'importance du problème des trypanosomiases en Afrique Equatoriale. Grâce à une étude synthétique de M. Léon Launoy (1), dont le talent de journaliste documenté et alerte, rivalise avec son esprit scientifique à larges vues, il est possible de se faire rapidement une idée de la situation qui nous intéresse.

Rappelons, tout d'abord, que les trypanosomiases inquiètent non seulement la France, mais, en effet aussi, les Portugais en Angola, les Belges en leur Congo, les Anglais en Rodésie, au Soudan et en Nigeria, la S. D. N. au Tanganyka, etc. ; somme toute, la totalité des nations colonisatrices européennes éprouvent la même redoutable inquiétude devant l'étendue des ravages causés par les trypanosomiases.

Beaucoup de personnes croient que le problème des « Trypanosomiases » en Afrique est limité à celui de la Trypanosomiase humaine, en d'autres termes à celui de la « maladie du sommeil », Or, comme le dit M. Launoy, on ne peut séparer, en Afrique, la maladie humaine de celles plus ou moins analogues, déterminées aussi par des trypanosomes aux animaux domestiques, de trait ou de boucherie. M. Launoy s'efforce de montrer combien vaste est le rayon des actions nuisibles, où règne le parasitisme des trypanosomes, et de quelle hauteur il est nécessaire d'envisager la lutte contre lui.

Avant de donner quelques détails, qu'il soit indiqué que, sous le nom de » Trypanosomiases », d'aucuns disent « Trypanosomes », sont désignées des affections provoquées par la présence de microorganismes extrêmement mobiles dans les humeurs de l'hôte envahi : sang, sérosités, liquide céphalo-rachidien. Ces microbes appartiennent au groupe des Protozoaires. Bien qu'ils soient très mobiles, ils ne traversent par la peau saine. Ils se rencontrent sous toutes les latitudes et parasitent les animaux les plus variés.

Le privilège excl usif des maladies à trypanosomes n'est pas accordé aux seules régions intertropicales africaines Les trypanosomes du dromadaire, des équidés, des bovidés sont en Afrique du Nord. En Indo Chine, aux Indes anglaises et néerlandaises, on trouve le « Surra » des équidés. La Martinique vient de signaler une trypanosomiase des bovidés. Enfin, la « dourine », trypanosomiase du cheval, est répandue dans le monde entier, y compris l'Europe. Il convient de dire ici que cette dernière maladie n'existait pas dans nos pays avant la guerre de 1914. Mais la Russie en était atteinte, et les grands mouvements de troupes, au cours de la dernière tourmente, la firent paser en Prusse, en Belgique, en France. D'un autre côté, il y a longtemps que le Canada compte avec elle. La particularité de cette « dourine » est qu'elle se singularise des trypanosomiases par sa transmission directe d'animal à animal, à l'époque de l'accouplement. Dans ce cas, il n'y a pas d'hôte intermédiaire.

En Amérique du Sud, au Brésil, notamment, on trouve une trypanosomiase humaine tout à fait particulière. Son virus (trypanosoma Cruzi) diffère des virus de la trypanosomiase africaine : Trypanosoma Rhodesienne et Trypanosoma Gambiense. C'est Chagas, qui l'a découvert dans l'Etat de Minas-Geraes. C'est une grosse punaise des habitations (*Conorhinus megistus*) qui se charge de le transmettre à l'homme, et aux tout jeunes enfants.

Toutefois, si les trypanosomes existent un peu partout, sans contredit, leur lieu d'élection est l'Afrique équatoriale. Outre la terrible « maladie du sommeil » qui affecte l'homme, les grands animaux domestiques peuvent être parasités par les trypanosomes et être, de ce fait, conduits à la mort. Parmi ces animaux, nous nommerons : le cheval, le mouton, le bœuf, le zébu, le porc, etc... Nous ajouterons que nombre d'animaux sauvages — tels que l'antilope — ne sont pas réfractaires à la piqûre des mouches infectantes. Ce sont alors de dangereux réservoirs de virus, car généralement le gibier est immum, même pour les trypanosomes pathogènes.

***

Les trypanosomiases d'Afrique équatoriale : maladie du sommeil de l'homme et trypanosomiases des animaux domestiques à : Tr. Brucei, Tr. Congolense, Tr. dimorphon, Tr. Theileri, Tr. Cazalboui, Tr. Pecaudi, etc. sont la conséquence, on le sait, de la piqûre de mouches spéciales, les Glossines, diptères hématophages. Et, puisque l'Afrique équatoriale est le lieu d'élection des Glossines, nous comprenons aisément pourquoi elle est la proie des trypanosomes. En Afrique, ne l'oublions pas, l'homme est doublement victime des glossines. Premièrement, par voie directe, puisqu'elles l'attaquent dans sa chair, et deuxièmement par voie indirecte puisqu'en contaminant les élevages, elles raréfient ses aliments. La contamination des bêtes de boucherie se fait, en réalité, le plus habituellement, lorsque, à travers la forêt tropicale, les troupeaux sont envoyés des centres à la côte. On peut dire que la mouche tsé-tsé est la cause directe du déficit en azote, ou plus simplement en alimentation carnée, dont les Africains de Gambie, de l'A.E.F., du Katanga, du Tanganyika, Des Ouganda, Guinée, Côte d'Or, Rhodesia, Mozambique etc., se plaignent. En s'attaquant sans distinction à l'homme ou au troupeau, la mouche a donc barre deux fois sur le premier.

Il est maintenant aisé de concevoir les raisons de la déchéance physique de ces peuplades africaines, dont on se demande, si quelques-unes ne vont pas disparaître. En même temps, il est facile d'entrevoir les causes profondes de l'anthropophagie qui sévissait jadis.

Les données, apportées par M. Launoy, ont, sans doute, réussi à convaincre le lecteur de son article, de l'étroit rapport qui unit : en Afrique Orientale et Equatoriale, l'homme à l'animal ; le tryponosomose adapté au sang humain avec le trypanosomose adapté au sang des bovidés ; le problème de la main d'œuvre à celui de l'alimentation ; la médecine humaine à la médecine vétérinaire :

(1) Léon LAUNOY, prof. agrégé de la Faculté de Pharmacie de Paris. Sur l'importance du problème des Trypanosomiases en Afrique Equatoriale. Les *Annales Coloniales* t. XXX, n° 150, 17 oct. 1929.

enfin, la thérapeutique humaine à celle des animaux. Un programme d'action devra naître de la compréhension de ce qui précède, programme qui, sur le même plan de sollicitude, placera l'homme et les animaux de trait ou de boucherie.

***

A titre de conclusions, M. Launoy cite les paroles de M. W. Ormsby-Gore, député, sous-secrétaire d'Etat du ministère des Colonies à Londres et Président de la IIe Conférence de la Maladie du Sommeil, tenue à Paris du 3 au 5 novembre 1928 : « Plus je parcours le monde, dit W. Ormsby-Gore, plus je me convaincs que la condition de la mise en œuvre des progrès des pays tropicaux, en chaque domaine, est que l'on consacre beaucoup plus d'attention à la recherche scientifique. Si minutieux que puisse être l'objet immédiat de cette recherche, on doit toujours la poursuivre en embrassant, de quelque manière, dans une vue d'ensemble, aussi vaste et aussi complète que possible, les rapports entre les recherches sur les points particuliers et l'ensemble du problème. Ce n'est qu'en réunissant tous les matériaux disponibles accumulés, qu'il nous sera possible de voir dans quelle direction porter les prochains efforts.

« Si l'on me demandait de résumer en quoi doit désormais consister la contribution de l'Europe à la solution des problèmes tropicaux, aujourd'hui qu'a été institué le règne de la paix et du droit, je dirais que c'est dans un unique domaine de la connaissance : à savoir la biologie, la connaissance des lois de la vie ».

De l'avis de M. Launoy, on peut souscrire aveuglément à ce programme. En France, les biologistes qui ont été guidés par leur bonne étoile vers les études d'ordre tropical, travaillent avec foi. Une saine propagande alerte, depuis quelques années, les pouvoirs publics, l'opinion commence à s'émouvoir aux choses de la colonie, des ministères actifs et résalisateurs se succèdent. On dirait que l'on a, enfin, appris à regarder les choses en face. On peut donc d'après M. Launoy, avoir confiance, et espérer qu'au Cameroun, tout comme au Congo, et en A.E.F. l'œuvre coloniale de la France humaine ne saurait avoir pour linceul la membrane ondulante d'un trypanosomose.

G. Ichok.

VIe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

tenu à Paris du 30 septembre au 2 octobre 1929

Par le Docteur R. Pierret (La Bourboule)

L. Ombrédanne et J. Armingeat. — **Rapport sur le syndrome Pâleur et Hyperthermie chez les nourrissons opérés.**

Le titre proposé du rapport était celui de la « mort rapide et imprévue des nourrissons à la suite des interventions chirurgicales ». Les rapporteurs s'excusent dès l'abord d'avoir changé le titre de ce rapport, en quoi ils ont eu raison, du fait que dans la grande majorité des cas envisagés au moment de l'adoption de cette question on avait en vue le « syndrome pâleur et hyperthermie mortel » individualisé par Ombrédanne et étudié en détail dans sa thèse par son élève Armingeat. C'est assez curieusement que l'on observe que ce syndrome s'observe surtout dans les opérations céphaliques, c'est pourquoi on voit qu'il a été particulièrement étudié aussi par les otorhinolaryngologistes Canuyt, Moreau, Le Mée, André Bloch, Makai.

La description clinique se ramène à une ascension progressive, en une ou deux étapes, avec pâleur impressionnante, avec cerne des yeux et de la bouche, accélération énorme du pouls qui devient incomptable, tandis que la température atteint 42°6 et que la mort survient brusquement par syncope cardiaque.

Les accès apparaissent entre la 6e et la 12e heures, très rarement plus tardivement. Il faut savoir que la température a elle seule ne constitue pas *tout* le syndrome et qu'une ascension post-opératoire de la température est la règle chez le nourrisson ; néanmoins c'est le premier signe qui apparaît et qui inquiète la garde, puis vient la pâleur, impressionnante, et c'est à ce moment que se joue la partie. La guérison est exceptionnelle, mais possible, et le premier signe favorable est le ralentissement du pouls.

Le diagnostic doit être fait avec l'hémorragie : pâleur sans hyperthermie, l'infection massive : hyperthermie sans pâleur, la broncho-pneumonie : dyspnée avec battement des ailes du nez, tandis que le syndrome P. H. s'accompagne de polypnée sans dyspnée ni battements des ailes du nez.

Les signes urinaires sont les mêmes dans les suites opératoires simples et dans le syndrome P. H., c'est-à-dire une raréfaction avec dépôt de quantités formidables de cristaux d'urates et de phosphates avec parfois présence d'acétone.

La réserve alcaline semble un peu plus abaissée dans le syndrome P. H. que dans les suites opératoires simples, mais sans que l'on puisse en tirer des constatations bien nettes.

La tension artérielle est très abaissée et comporte une signification pronostique importante puisque tout nourrisson atteint et dont la tension reste égale ou supérieure à 8 au bout de 6 à 13 heures (au Pachon) *guérira*. Cette chute de tension est, comme d'ailleurs tout le syndrome, sous la dépendance du choc opératoire et du réflexe bulbaire.

Les modifications du sang n'ont rien de sensationnel ni celles du liquide céphalo-rachidien, la baisse de poids est due à l'absence de tétée le matin de l'opération, à l'insuffisance de l'alimentation, l'eau ingérée ne suffisant pas à rétablir le poids, à l'accélération extraordinaire du rythme respiratoire, d'où une respiration supplémentaire très grande avec énorme perte d'eau.

Les deux opérations qui amènent le plus souvent le syndrome sont les opérations sur la mastoïde et le bec-de-lièvre, puis les angiomes de la face.

Les rapporteurs pensent que le choix de l'anesthésique n'a aucune importance, les accidents surviennent aussi bien avec l'éther et même davantage qu'avec le chloroforme et même, sans aucune anesthésie, ce dernier point est d'ailleurs en faveur d'une pathogénie de choc ; l'anesthésie générale vraie est indispensable.

O. et A. éliminent successivement de la pathogénie le rôle de la broncho-pneumonie post-opératoire qui n'a pas le temps de se produire, la déshydratation qui n'existe pas dans le bec-de-lièvre, l'hémorragie, la septicémie suraiguë et la méningite, le sang dégluti au cours de l'opération, le rôle des endocrines, du rein, du foie, de la myocardite, du choc anaphylactique, tandis qu'ils proposent fermement d'attribuer ce syndrome au choc traumatique. Le nourrisson, d'une part, ne possède pas de régulation thermique ; d'autre part est un être à vie végétative, et dont les réactions sont régies presqu'exusivement par sa moelle et son bulbe.

L'anesthésie, la déglutition du sang, les cris, l'agitation initiale de l'anesthésie ou d'une anesthésie incomplète, la suppression d'une ou plusieurs tétées, la diminution de la ration hydrique post-opératoire, la douleur due à la plaie opératoire peuvent, par voie réflexe bulbaire, amorcer une hyperthermie qui deviendra désordonnée chez un sujet dépourvu de régulation thermique. Ce réflexe est dû à l'excitation des nerfs sensitifs lesquels peuvent également amener une vaso-constriction généralisée c'est-à-dire, continuent les rapporteurs, la pâleur ; il y a là une contradiction qui n'a pas échappé aux rapporteurs puisque la vaso-constriction généralisée marche de pair avec l'hypertension et non l'hypotension de règle dans la P. H. Sans sortir trop de notre simple rôle de journaliste nous suggérons qu'il est facile de trouver une autre explication toute physiologique et facilement vérifiable du symptôme pâleur.

En face d'un pareil drame, à évolution si souvent ou même presque toujours fatale, la première question que pose le praticien est toujours la même : que faut-il faire ? Ombrédanne et Armingeat ne laissent pas cette question sans réponse. A vrai dire, ils préviennent que leur traitement est empirique, il ne l'est d'ailleurs pas à notre avis puisqu'ils se donnent chaque fois la peine d'exposer la pensée de physiologie pathologique qui a dicté leur conduite thérapeutique.

Période préopératoire : pas de jeûne préalable ni purgation et donner au bébé 5 gouttes de solution de digitaline cristalli-

sée, protection contre le froid par les enveloppements ouatés au cours de l'opération.

Période opératoire : anesthésie réelle et complète, acte opératoire rapide, traumatismes limités au strict minimum, éviter la déglutition de sang.

Période post-opératoire : cataplasme sinapisé 3 ou 4 jours chaque jour devant la poitrine, 100 à 150 cmc. de sérum artificiel, laxatif léger, et si le pouls est faible, 5 gouttes d'adrénaline matin et soir.

En cas d'alerte le remède héroïque est le lavement froid surtout et l'enveloppement froid ou mieux le sac de caoutchouc plein de glace sur l'abdomen. Puis aider le cœur : adrénaline, 30 gouttes par 24 heures ; si la tension est tombée à moins de 8 au Pachon pour la maxima, injecter par voie veineuse digitaline ou ouabaïne avec de l'huile camphrée sous-cutanée. Signalons les résultats de Debré, au début, avec 0.15 d'aspirine et de Mondor au moyen d'une transfusion de sang.

Conclusion, ces précautions ont permis à O. de n'avoir plus aucune alerte dans sa clientèle civile et il insiste sur la nécessité absolue d'un personnel soignant averti et compétent, prêt à intervenir immédiatement au moindre symptôme.

Rocher (Bordeaux). — A propos du syndrome « pâleur-hyperthermie » chez les nourrissons opérés : le choc bulbaire.

L'A. expose son expérience personnelle et son opinion sur ce syndrome. Partisan de l'anesthésie à l'éther chez l'enfant, il estime cependant que pour les opérations sur la face, l'anesthésie au chloroforme (sonde nasale) est jusqu'ici la meilleure ; mais il croit que l'anesthésie est, dans un certain nombre de cas, responsable de la détermination du syndrome, mais il faut plutôt accuser le mode d'administration plutôt que la nature de l'anesthésique.

Ce syndrome se développe habituellement chez des nourrissons en parfait état de santé chez lesquels rien ne fait prévoir (déficience viscérale ou endocrinienne) l'incident opératoire qui se développe toujours dans les premières 24 ou 48 heures, moment au cours duquel se déroule du reste tout le drame. La proportion des guérisons est de 1/3 environ. Si après l'alerte, l'équilibre organique se rétablit rapidement, la température, la respiration, le pouls diminuent, et, d'un seul bond ou avec un crochet à la fin du dixème jour, les trois courbes évoluent parallèlement vers la normale, en même temps que la pression sanguine et le facies s'améliorent rapidement et que l'anxiété fait place au calme.

Rocher pense qu'il faut interpréter le syndrome pâleur-hyperthermie comme un choc bulbaire, l'acte opératoire en lui-même, en tant que point de départ du réflexe médullo-bulbaire, la prolongation des manipulations viscérales, la chirurgie dans le domaine du trijumeau (bec-de-lièvre) la douleur subconsciente un peu trop prolongée, la dépense nerveuse qui provient de l'agitation et des cris de l'enfant, peuvent déterminer ce choc, dérégler le système nerveux végétatif du nourrisson et ses centres bulbaires dont l'instabilité fonctionnelle est indiscutable. Toutefois le nourrisson dans les tout premiers jours de la vie, semble à l'abri du syndrome pâleur-hyperthermie.

Le traitement réclame une lutte assidue dès le déclanchement des accidents : il a pour but d'abaisser la température (lavements et enveloppements froids, vessie de glace) de soutenir le muscle cardiaque soumis à une suractivité formidable (solucamphre, spartéine), de relever la tension artérielle et hydrater ces malades (sérum de Hayem et glucose, adrénaline, le goutte à goutte rectal et boisson si l'enfant ne vomit pas).

L'A. dans une série de tableaux, apporte des courbes de température qui montrent les réactions hyperthermiques parfois considérables (43°) dans des cas de syndromes pâleur-hyperthermie. Il montre plusieurs courbes de sujets qui sont morts de choc (4 becs-de-lièvre), 1 hernie, 1 angiome et 1 invagination intestinale). Pour l'angiome, cette dernière opération a été faite sous anesthésie locale qui dura deux minutes et demie.

Ces différents tableaux permettent aussi de comparer entre elles les différentes réactions thermiques chez le nourrisson qui ne font pas le choc, les réactions thermiques chez ceux qui font le syndrome pâleur-hyperthermie, chez ceux qui guérissent et chez ceux qui succombent.

Beutter et Moreau (Saint-Etienne). Les auteurs rapportent 10 cas de syndrome pâleur et hyperthermie post-opératoires chez des nourrissons, six se sont terminés par la mort. Dans les quatre autres cas, le syndrome à début impressionnant s'arrêta cependant.

Les cinq premiers cas mortels ont d'ailleurs été publiés antérieurement au Congrès d'otorhinolaryngologie. Les autopsies ne montrèrent aucune lésion visible ; dans leur dernière observation, il s'agissait d'un enfant ayant succombé au syndrome pâleur-hyperthermie après l'extraction bronchoscopique d'un grain de café dans la bronche gauche : l'examen histologique des surrénales montra une nécrose aiguë de la substance médullaire (productrice d'adrénaline). Par comparaison, les auteurs ont cherché à se rendre compte de l'état des surrénales chez des nourrissons morts d'affections fébriles diverses mais sans avoir présenté le syndrome « pâleur hyperthermie ». Ils n'ont pas retrouvé de lésions analogues. En outre, pour éliminer dans la mesure du possible les causes d'erreur provenant des altérations cadavériques, ils ont aussi comparé des surrénales prélevées à la manière habituelles avec des surrénales préalablement injectées « *in situ* » avec du liquide de Bouin. Ils arrivent ainsi à admettre qu'il s'agissait d'altérations vraiment pathologiques ; mais la difficulté du problème pathogénique est telle qu'il leur semble impossible d'accorder à ce seul cas histologique une valeur étiologique absolue, et pour ce faire d'autres examens, corroborant le leur, seraient absolument nécessaires.

Un fait clinique important est qu'à côté des cas mortels, il existe des faits dans lesquels après un début cependant dramatique, l'évolution tourne court ; mais jusqu'à présent rien ne semble permettre dans les premières heures d'apparition du syndrome, de pouvoir augurer quelle en sera l'issue. Il n'est pas certain que la thérapeutique, soit préventive, soit immédiate, ait pu jouer un rôle bienfaisant dans l'évolution heureuse.

Après une description clinique du syndrome, les auteurs indiquent les précautions qu'il leur semble logique de prendre lorsque l'on a à opérer un enfant de moins de deux ans : rapidité opératoire, usage d'instruments tièdes, pansement léger, anesthésie par infiltration, injection de sérum adrénaliné de suite après l'intervention... et malgré toutes les précautions prises, avertir l'entourage de la possibilité de ces accidents malheureusement aussi difficiles à combattre qu'à prévoir.

Froehlich (Nancy). — N'a jamais observé de mort subite et inopinée ni de syndrome de pâleur avec hyperthermie terminé par la mort à la suite d'opérations chez les nourrissons. Les rares catastrophes qu'il a enregistrées étaient parfaitement prévues ; elles étaient dues à la longueur de l'opération, à l'anesthésie, à l'importance de l'hémorragie et à un réflexe spécial des opérés abdominaux, à ce que l'on appelait avec raison le choc opératoire. Les précautions préconisées par les rapporteurs pour éviter la mort subite : absence de jeûne, anesthésie légère, rapidité de l'intervention, protection contre le refroidissement, limitation des hémorragies au minimum, sont toutes observées strictement dans son service. Il n'a jamais eu depuis 1898, date de la création de son service, observé une seule mort par chloroforme. De plus aucun nourrisson n'est accepté dans le service sans sa mère ou une personne de la famille et dès le soir de l'opération l'enfant quitte le service d'hôpital.

Cadenat (Toulouse). — Préconise l'anesthésie au chloroforme au moyen de l'appareil à soufflerie et le blocage

Massart (Paris). — Les cas de mort rapide sont plus fréquents pendant la saison froide, la meilleure précaution est d'opérer en milieu surchauffé à 28 ou 30°, d'employer l'anesthésie locale et surtout de réduire au minimum les pertes de sang. Le milieu surchauffé doit néanmoins présenter une humidité suffisante de même on pourra réduire l'hémorragie en employant le bistouri diathermique. Son maître Broca avait déjà insisté sur la plupart de ces précautions.

Tixier (Paris. — Pour lui l'anesthésie à l'éther est particulièrement dangereuse surtout en raison du refroidissement très grand. Le chloroforme est l'anesthésique de choix pour le nourrisson.

Martin (Genève). — Prend la défense de l'éther car sur 1.533 enfants opérés par lui à l'éther et tous âgés de moins de 2 ans il n'a pas eu un seul cas de mort même chez le nourrisson par pâleur et hyperthermie. Il attache une grande importance à une bonne application du masque à éther et tout le succès dépend du soin avec lequel procède l'anesthésiste lequel doit employer un masque profond, soulever le masque de temps à autre pour éviter le refroidissement et la cyanose, et ouater tout le thorax.

Dans une deuxième communication il rapporte 4 cas de mort subite opératoire un à trois ans avec très gros thymus, dans un cas de pleurésie purulente après une injection modificatrice, un dans un cas de tuberculose généralisée avec adénopathie trachéobronchique marquée, enfin un enfant de 11 ans, avec status lymphaticus et grande hypertrophie des follicules de la langue.

Le Mée, A. Bloch, Rouget. — Il y a une gravité plus grande à opérer dans les cas de mastoïdite ancienne et les opérations sur la face sont plus choquantes en général. Ils croient qu'il doit exister une septicémie suraiguë et que c'est là l'origine la plus fréquente de la mort subite ainsi que l'hypertrophie du thymus. Hijmans (Gand) et Allender (Vienne) ont soutenu qu'il s'agissait d'une poussée suraiguë de tuberculose. Il est

nécessaire dans les cas de mastoïdite d'opérer en deux temps : un premier sans anesthésie, un second avec ; l'anesthésique employé peut être indifféremment l'éther ou le chloroforme, l'hémorragie n'a pas d'importance primordiale non plus. L'important est le thymus et la possibilité d'une septicémie.

Précautions à prendre : radiographier si l'on soupçonne un gros thymus et même à titre de précaution méthodique, injection d'eucalyptol intra-musculaire 0 gr. 50 avant et 1 gr. 50 après l'opération, pas d'adrénaline mais de l'éphédrine trois fois XX gouttes dans les 24 heures, opérer sur une table chauffante.

A. Bloch (Paris). — Si la gravité est plus grande des opérations sur la face c'est qu'elles sont peut-être plus fréquentes chez le nourrisson, la notion d'aspect frêle et d'anémie est importante.

Ombrédanne (Paris). — Résume les communications et montre qu'il y a en somme accord à peu près unanime sur la question.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre 1929

Les conséquences médicales du fonctionnement de la loi allemande des Assurances sociales exposées par le professeur Eppinger. — MM. Pr. Merklen et M. Wolf.

Observations sur les conditions d'évaporation des eaux minérales en vue de l'analyse chimique. — M. Breteau a observé que l'évaporation d'une eau minérale en vue de l'analyse chimique peut exposer à quelques mécomptes si cette eau a été préalablement acidifiée par l'acide chlorhydrique, ne fût-ce même que très légèrement ; on risque de perdre les traces d'éléments métalliques comme l'antimoine, le bismuth, le cuivre, le zinc, etc. Au contraire, en analysant le résidu de l'évaporation de l'eau faiblement alcalinisée par du carbonate de sodium, M. Breteau a pu retrouver l'antimoine à la dose de 5 millièmes de milligramme par litre, le cuivre à la dose de 91 millièmes de milligramme, le zinc à celle de 123 millièmes de milligramme, le bismuth à l'état de traces trop faibles pour un dosage. Il semblerait donc qu'il y ait lieu de reprendre dans de nouvelles conditions techniques le dosage de ces traces de métaux qui existent certainement dans les eaux minérales et qui ont pu échapper aux recherches.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 octobre 1929.

Sur les pancréatites chroniques. — *M. Grégoire* apporte une observation intéressante : Femme de 47 ans, ictérique depuis 4 mois quand M. G... la voit. On fait une laparotomie exploratrice devant la difficulté du diagnostic ; une tuméfaction de la tête du pancréas existe. On fait une cholécystogastrostomie. Amélioration de l'état général. Un an après, des troubles digestifs font penser à une occlusion du duodénum. 2e intervention. La tête du pancréas est devenue énorme et comprime le pied de la mésentérique supérieure. Le diagnostic de cancer du pancréas paraît évident. Duodéno-jéjunostomie. L'état général reste précaire et elle meurt dix mois après.

Septico-pyohémie à staphylocoques traitée par le bactériophage. — *M. Davioud* rapport de *M. Gouverneur.* — Une septicopyohémie avec abcès multiples entraîne une température élevée, et une cachexie rapide. Une hémoculture montre qu'il s'agit du staphylocoque doré.

Les localisations pyohémiques se multiplient. On lui fait un traitement au bactériophage sans résultat. M. d'Hérelle lui fait alors un autobactériophage que l'auteur injecte dans la veine à la dose de 50 cmc. Frissons. A partir de cette unique injection, il n'est plus apparu de nouveaux abcès et les accidents ont été définitivement enrayés.

C'est la première fois que l'on fait une injection intraveineuse de bactériophage.

M. Sauvé a déjà observé 146 cas de staphylococcies et il peut dire que le bactériophage donne 100 % de succès ; il semble que les injections locales soient les plus actives. Cependant M. S. l'a utilisé une fois dans une staphylococcémie sans succès.

M. Gosset a été frappé de la rapidité de la sédation des douleurs. Un homme de 85 ans déjà incisé pour un phlegmon a fait trois nouveaux abcès qui ont disparu totalement sans aucune incision.

M. Chevassu dit combien le phlegmon périnéphrétique est fréquent dans les septicémies à staphylocoques ; il s'agit toujours d'infection par l'ouverture d'abcès corticaux du rein. L'examen radiologique peut montrer l'existence de l'abcès par l'immobilité relative du diaphragme.

M. Basset n'a pas traité les abcès du sein par le bactériophage et désirerait savoir si cela a été déjà fait.

M. Heitz-Boyer a traité un phlegmon périnéphrétique par le propidon avec une résorption complète sans incision.

M. Métivet dit que sans vaccination, on peut voir se résorber des abcès déjà collectés.

Fracture du sourcil cotyloïdien. — *M. Diaz. M. Mouchet*, rapporteur.

Le blessé avait déjà subi trois tentatives de réduction pour une luxation de la hanche. A la radio, la tête est en place, mais un fragment du sourcil est interposé entre tête et cavité cotyloïde. Opération : il réussit à désenclaver le fragment. Il cherche à fixer le fragment par quelques points au tissu voisin. Réunion par première rétention.

Deux mois après, l'impotence fonctionnelle est encore considérable. A la radio, le fragment suturé n'est pas resté en place.

Nouvelle voie d'accès sur l'articulation du genou. — *M. Gernez* fait une très longue incision pararotulienne interne très longue jusqu'au milieu de la cuisse. On luxe aussi la rotule et le quadriceps en dehors. Du côté externe, la même intervention est possible.

Anomalies du col fémoral chez des naines. — *M. Mouchet* montre des radiographies qui montrent au centre du col des coulées opaques, malformations vraisemblablement congénitales.

M. Vanlande montre à la Société un malade qu'il a soigné pour une fistule fessière dont l'origine est à l'anse sigmoïde et qu'il a guéri par laparotomie et mise à la peau du segment fistulisé.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 octobre 1929.

Traitements physiothérapiques de tuberculoses chirurgicales. — *M. Vignal* discute l'efficacité thérapeutique du soleil comparée à celle de la lampe à arc et de la lampe à vapeur du mercure ? La lampe à arc d'une efficacité certaine, ne saurait être comparée au soleil. Il convient de l'associer à la Röntgenthérapie dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Invagination intestinale chez l'enfant. — *M. Mayet* fait un rapport sur deux observations de *M. Flahaut* (de Cholet) Dans le premier cas, un enfant de dix huit mois présentait les symptômes classiques de l'invagination intestinale ; la laparotomie montra une hernie rétro-péritonéale étranglée ; guérison. Dans le second cas, il s'agissait d'un nourrisson de huit mois, qui présentait aussi des symptômes d'une invagination intestinale. L'enfant était moribond : intervention chirurgicale impossible. L'auteur tenta et obtint la réduction de l'invagination par un lavement baryté donné sous pression sous le contrôle radioscopique. Guérison.

Kyste volumineux de l'ovaire. Tumeur de l'ovaire. Grossesse extra-utérine. Quarante-huit cas d'anesthésie générale au Numal. — *M. Luquet* fait un rapport sur ces diverses observations de *M. Francis Clément* (des troupes coloniales). Il insiste sur la dernière communication. Il examine les inconvénients et les avantages de l'anesthésie au Numal et estime que les avantages ne sont pas suffisants pour justifier l'emploi exclusif de cette méthode. Il analyse, entre autres, quatre cas de mort avec hyperthermie et se demande s'il ne s'agirait pas, dans ces cas, d'une atteinte élective des centres thermiques par le produit.

Cinquante cas (deuxième série) d'anesthésies générales chirurgicales par un nouveau dérivé de l'acide barbiturique. — *M. Coudray* (de Nogent-le-Rotrou) tire les conclusions suivantes d'après cent interventions faites sous anesthésie au Numal : l'anesthésie est habituellement assez profonde pour permettre les opérations abdominales : le sommeil persiste cinq à sept heures après l'injection intra-veineuse. Au réveil l'agitation n'est pas plus marquée qu'avec les autres procédés d'anesthésie, sauf dans 7 à 8 % des cas ; rétention d'urine dans 12 % des cas ; vomissements dans 9 %. L'auteur n'a jamais vu d'hyperthermie post-opératoire attribuable à ce mode d'anesthésie.

Histoire d'un ulcus duodénal. — *M. Victor Pauchet* communique l'observation d'un malade qui a subi les opérations suivantes. Gastro-entérostomie pour ulcus duodénal. Quelques années plus tard, ulcus jéjunal secondaire ; perforation aiguë de celui-ci, opérée d'urgence. Au bout de quelques mois, production d'une fistule gastro-jéjuno-colique ; cachexie rapide. Opération, gastrectomie. Guérison.

Paralysie du sciatique poplité externe consécutive à une consolidation vicieuse de l'extrémité inférieure du fémur chez un enfant. — *M. Rœderer* communique l'observation suivante : enfant de 9 ans ; grand traumatisme ; la préoccupation d'une grave lésion viscérale fit passer au second plan une fracture de l'extrémité inférieure du fémur ; pointe de la diaphyse dans le creux poplité ; paralysie complète du sciatique poplité externe survenant dix mois après.

Un cas de fracture du scaphoïde tarsien. — *M. Rœderer* communique l'observation d'une fracture par tassement (chute sur la pointe des pieds) du tubercule scaphoïdien tarsien, coïncident avec un os tibial externe. Douleur syncopale ; diagnostic d'entorse : trait de fracture intéressant à la fois le tubercule et le corps ; évolution relativement grave. Constitution d'un pied plat traumatique. Douleur persistant encore après dix mois.

Un cas de lipome fibro-myxomateux sous-cutané. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'une tumeur développée environ un an après un traumatisme dans la région lombo-iliaque et opérée sept ans plus tard, le malade ayant 31 ans. La tumeur pesait 650 gr. L'examen microscopique montra du tissu adipeux envahi par un tissu fibreux œdémateux prenant par endroit l'aspect du myxome.

Deux observations de kyste hydatique. — *M. Lanos* communique les deux cas suivants. Dans le premier, le kyste de la grosseur d'une mandarine était situé tout entier dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale ; pas de signes d'autre localisation. Dans le second, le kyste du volume d'une tête d'adulte, très adhérent, s'était développé dans le rein gauche ; néphrectomie.

Phlébectasie intra utérine à forme angiomateuse. *M. Tsakona* (d'Athènes) communique l'observation d'une femme de 45 ans qui présentait des métrorragies et chez laquelle un curetage détermina une hémorragie foudroyante qui obligea à pratiquer une hystérectomie immédiate. L'auteur trouva sur la face postérieure et latérale de la cavité utérine une masse angiomateuse qu'il croit être une phlébectasie consécutive à un curetage antérieur.

Fibro-myome utérin complètement calcifié. — *M. Planson* présente un utérus qu'il a enlevé et sur lequel du bord existe un fibro-myome du volume d'une orange complètement calcifié.

Subluxation congénitale de la hanche douloureuse. Réfection du toit. Résultat immédiat. — *M. Lamy* présente un malade chez lequel il a pratiqué une simple butée en rabattant un volet suscotyloïdien, sans aucun greffon surajouté. Les radiographies successives montrent un excellent développement de la butée. Le résultat clinique est très satisfaisant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 octobre 1929.

Trois cas vraisemblables de cinquième maladie. — MM. *Etienne Bernard* et *P. Astruc* rapportent les observations et les photographies de trois enfants qui ont présenté une maladie éruptive dont les signes sont comparables à ceux décrits dans ce qu'on a appelé la cinquième maladie. Leur affection fut essentiellement bénigne. L'incubation varia entre 8 et 12 jours et la maladie dura 15 jours environ. Elle fut caractérisée uniquement par un exanthème polymorphe fait de taches papuleuses, de placards érythémateux et surtout d'éléments très particuliers constituant un érythème en lacis : celui-ci composé de réseaux irrégulièrement arciformes qui délimitent des espaees de peau saine d'étendue variable. Ces réseaux, rarement isolés, sont en général confluents, donnant de véritables zones tigrées d'un aspect tout à fait spécial, simulant les contours d'une carte de géographie. Ces éléments disséminés dans le corps n'ont aucune prédilection pour la face d'extension des membres eomme c'est le cas dans l'érythème polymorphe. Par ailleurs, l'absence de douleurs articulaires, de nouures, de poussées successives, les caractères intrinsèques si particuliers de cet érythème en départements, établissent une séparation entre ces deux affections.

L'hypertonie et les formes encéphalitiques de la fièvre typhoïde. — MM. *Etienne May* et *M. Kaplan* attirent l'attention sur les phénomènes d'hypertonie de type parkinsonien que l'on observe au cours de la fièvre typhoïde et que l'on met facilement en évidence par la flexion passive de l'avant-bras sur le bras. Cette hypertonie est toujours un signe de fâcheux pronostic. Elle s'associe fréquemment à des symptômes marquant l'atteinte des noyaux d'origine des nerfs craniens (trismus, spasme pharyngé, paralysie récurrentielle), et à des troubles trophiques (cachexie rapide, infections secondaires). Ces différents signes caractérisent une forme encéphalitique de la fièvre typhoïde qui mérite de prendre place dans la nosographie à côté des formes méningées.

Insuffisance surrénale aiguë mortelle au décours d'une grippe bénigne. — MM. *Plazy* et *Maçon* rapportent l'observation (présentée par *Julien Huber*) d'un homme de 22 ans, syphilitique qui, au déeours d'une grippe bénigne, succomba à des accidents suraigus d'insuffisance surrénale, vérifiés par l'autopsie. La réaction scléreuse des surrénales font penser à MM. P. et M. qne la syphilis a vraisemblablement altéré les glandes que le virus grippal a rendues brusquement déficientes.

Traitement des syndromes parkinsoniens par l'alcaloïde du yagé. — MM. *Jacques Decourt* et *Bocquentin* ont utilisé le chlorhydrate de yagéïne. A la dose de 0 gr. 02 en injection sous-cutanée, ils ont noté dans la majorité des cas traités la diminution ou la disparition de l'hypertonie et de la bradycinésie, une augmentation d'amplitude, de fréquence et de durée des mouvements successifs. Le tremblement n'est pas modifié ; il peut être exagéré, Le parkinson sénile parait moins sensible à la médication que le parkinson post-encéphalitique. L'action thérapeutique s'efface en quelques heures, mais il ne semble pas exister d'accoutumance. En outre, la yagéïne ralentit le pouls et la respiration, et abaisse transitoirement la pression artérielle. L'hormine semble exercer des effets en tous points semblables.

L'anaphylaxie clinique aux Etats-Unis. — M. *Charles Richet fils*, au retour d'un voyage d'Amérique, rapporte le résultat de ses impressions sur l'étude de l'anaphylaxie aux Etats-Unis, notamment sur l'asthme, l'urticaire, l'œdème de Quincke

les dermatites bulleuses. Il insiste sur l'importance des services qui tient, d'après l'auteur, à une organisation spéciale, à de nombreuses cuti-réactions en série. Il insiste, enfin, sur la thérapeutique qui peut se résumer en deux médicaments : l'adrénaline et l'éphédrine.

M. *Flandin* considère que des cuti-réactions, même quand elles sont positives, ne prouvent pas que l'agent responsable de l'anaphylaxie soit celui qui a été employé pour la cuti-réaction.

M. *May* a fait des cuti-réactions en série et rappelle qu'il est arrivé à des résultats tout à fait paradoxaux. Il considère que la désensibilisation non spécifique donne de meilleurs résultats.

M. *Bezançon* montre l'importance des recherches américaines, mais, restant sur le terrain clinique, il considère que de nombreuses études sont encore à faire pour élucider les causes des différentes formes d'asthme respiratoire par exemple.

M. *Armand-Delille* montre que, dans l'asthme infantile, grâce aux cuti-réactions, on peut arriver à traiter l'asthme et améliorer les enfants malades. Il insiste sur l'importance des cures d'altitude et l'héliothérapie.

Images radiologiques des bronches après injections de lipiodol et radiographie rapide en série. — M. *Hudson* projette des radiographies de bronches après injection de lipiodol et recueillies en série, dans un laps de temps très court. Il a pu, grâce à ces photographies, montrer le mouvement péristaltique et, en outre, les images obtenues dans des cas d'asthme et de dilatation bronchique. René GIROUX.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Reins.

L'acidose dans les néphrites a été étudiée dans 61 cas, pendant 2 ans, par I. Gravrila et A. Moga, *Clujul médical* 1er août 1929), avec les conclusions suivantes :

Dans les néphrites azotémiques aiguës et chroniques il existe à peu près constamment une acidose plus ou moins prononcée ; on peut la mettre en évidence par la détermination de la réserve alcaline et du pH sanguin et surtout à l'aide de la réserve alcaline ; la diminution de la réserve alcaline marche à peu près parallèlement avec le degré de rétention de l'azote et de la créatinine.

La détermination de la réserve alcaline a une très grande importance pour le pronostic des néphrites ; une diminution de 30 % indique presque sûrement un pronostic fatal ; le retour à la normale représente une amélioration ; certains cas de longue durée et à azotémie marquée s'expliquent vraisemblablement par une réserve alcaline normale ou à peu près normale.

La thérapeutique alcaline n'a donné jusqu'à présent aucun résultat dans l'acidose rénale.

Pédiatrie.

Les troubles mentaux de l'enfance sont nombreux et variés ; les arrêts de développement sont les plus fréquents (J. C. Miller et Alp. Pelletier, *Bulletin médical de Québec*, juillet 1929).

Il est toujours de première importance de traiter d'abord l'état physique. La syphilis héréditaire est de plus en plus fréquente ; on doit en rechercher les stigmates avec soin et instituer un traitement prolongé. Les anémies, la chlorose, le rachitisme, la scrofule, les états d'agitation et d'excitation sont presque toujours symptomatiques et reçoivent un traitement étiologique. Les dysendocrinies sont justiciables d'un traitement bien conduit et suffisamment prolongé.

Les écoles pour arriérés mentaux jouent un rôle très important. L'école La Jemmerais, de Québec, développe les facultés intellectuelles des jeunes sujets en leur fournissant des cours scolaires ralentis, simplifiés, mis à leur portée ; elle enseigne des métiers aux plus âgés. Le chant, la musique et l'éducation morale sont de précieux auxiliaires. Les amusements sains et les récréations hygiéniques ont une grande importance chez ces enfants vivant en état de *détention* physique et morale. Le bon ordre et la discipline sont assurés par la douceur et le raisonnement, exceptionnellement par des punitions.

L'école La Jemmerais, inaugurée en 1928, est une institution bilingue, subventionnée par le gouvernement canadien et dirigée par des psychiatres de valeur, comme A. H. Desloges et les deux auteurs de cette étude.

Chirurgie.

Le traitement chirurgical des cholécystites calculeuses doit être considéré comme un échec, toutes les fois que les opérés ont de nouveaux calculs soit dans la vésicule, soit dans les canaux biliaires (A. J. Walton, *British Journal of Surgery*, avril 1929).

Les causes de cet échec consistent dans le fait que des calculs n'ont pas été repérés au cours de la première intervention et dans la préférence de certains chirurgiens pour la cholécystostomie au lieu de la cholécystectomie ; cette dernière représente la technique de choix ; il y a cependant des cas où le chirurgien doit se contenter d'un simple drainage de la vésicule.

L'auteur attribue une grande importance à la dilatation de l'ampoule de Vater, au cours des interventions sur le cholédoque, et aux soins post-opératoires.

Pratique médicale.

La pathologie dominicale existe, en dehors des accidents qui proviennent de la pratique des sports, des excursions en automobile et aussi des libations excessives (M. Roch, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 juillet 1929).

Il y a d'abord l'élévation thermique des tuberculeux, due aux visites, à un écart de régime, à une promenade intempestive, et les petites aggravations, dues aux mêmes causes, que l'on constate chez les cardiaques, les brightiques, etc.

Il y a aussi les troubles digestifs du dimanche, indépendants des excès du samedi, l'anorexie et la constipation ; elles s'expliquent par le lever tardif, le petit dejeuner qui se prolonge, le changement d'horaire.

Il y a enfin des céphalées dominicales qui paraissent indépendantes des troubles digestifs.

Thérapeutique.

Le chlorure de calcium a été administré, par voie buccale, chez six malades atteints d'œdème par défaillance cardiaque (H. J. Stewart, *American Heart Journal*, juin 1929) ; le résultat fut une augmentation moyenne du débit urinaire ; dans deux cas seulement l'œdème diminua ; il n'y eut pas d'intolérance.

Le mécanisme de l'action diurétique du chlorure de calcium est mal connu ; son administration par la bouche produirait une forte acidose non compensée et une diminution de la réserve alcaline ; on ignore si l'effet diurétique dépend de l'union de l'acidose ou d'un autre mécanisme,

Les indications extra-diabétiques de l'insuline ont des bases logiques (J. Hoet, *Bruxelles Médical*, 8 septembre 1929) dans différentes affections, où elles augmentent le glycogène hépatique, diminuent la formation de corps acétoniques et assurent un métabolisme local des protéides.

Dans les vomissements incoercibles de la grossesse on injectera des doses croissantes d'insuline, tout en donnant une alimentation riche en hydrates de carbone: Les doses de 10 à 20 unités, ne sont pas toujours suffisantes ; une injection de 3 gr. de glucose par unité accompagne l'injection d'insuline.

L'injection de sérum physiologique glucosé et d'insuline, aux doses de 15 unités pour 50 grammes de glucose, est indiquée dans les vomissements post anesthésiques.

Les vomissements cycliques de l'enfance, accompagnés d'élimination de corps acétoniques dans les urines, relèvent également d'une thérapeutique hydrocarbonée, soutenue ou non par quelques injections d'insuline.

L'ulcère chronique de la jambe et les plaies atones en général constituent une indication de l'insuline, qui agit localement.

Dans les états de dénutrition, l'insuline a également une action réelle que l'on ne peut plus méconnaître.

Varia

La bactériologie subit, à l'heure actuelle, une évolution profonde. Des dogmes classiques, qui semblaient intangibles, sont modifiés par la réalisation d'expériences, par l'apparition de faits nouveaux qui révolutionnent complètement nos connaissances (G. Therasse, de Mont-sur-Meuse).

Le clinicien n'a pas d'aide plus précieuse dans le diagnostic de la syphilis que la réaction de Wasserman quand elle est positive. Malheureusement on ne peut avoir la même confiance quand elle est négative. Quand un examen fait au cours du traitement révèle une réaction faible, on l'interprète comme une preuve de l'inefficacité de la thérapeutique, mais il règne au contraire une grande incertitude quand une réaction douteuse concerne un cas soumis au diagnostic (J. S. Lawrence, (d'Albany). J. LAFONT.

NOUVELLES

Chaire d'anatomie pathologique (Professeur : M. G. Roussy). — *Cours de perfectionnement : Technique et diagnostic anatomo-pathologiques*, par M. Charles Oberling, agrégé, M. Héraux, préparateur, et M. Foulon, aide-préparateur.

Ce cours commencera le mardi 12 novembre 1929, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants à la même heure jusqu'au mardi 3 décembre.

Il comprendra 18 séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique de clinique médicale.

Les élèves seront exercés en outre à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires au diagnostic histologique.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Programme du cours. — 1° Généralités sur la technique histopathologique (fixations, inclusions, coupes, colorations). — 2° Généralités sur la pathologie cellulaire et sur les processus inflammatoires. Inflammations banales et spécifiques. — 3° Généralités sur les processus néoplasiques. — 4° Tube digestif : les entérites spécifiques ; diagnostic des ulcérations intestinales ; les principales lésions du pancréas. — 5° Le foie : lésions circulatoires ; hépatites aiguës, toxiques et infectieuses. — 6° Les hépatites chroniques ; tuberculose, syphilis, paludisme. — 7° Les cirrhoses ; les tumeurs du foie. — 8° Les affections de la rate : troubles du métabolisme, maladies infectieuses, tumeurs. — 9° Le diagnostic des splénomégalies. — 10° Appareil respiratoire : lésions de la trachée et des bronches, broncho-pneumonie, pneumonie, abcès pulmonaire, gangrène pulmonaire. — 11° Tuberculose pulmonaire. — 12° Syphilis pulmonaire. Cancer pulmonaire. Les pleurésies. — 13° Les affections du myocarde. — 14° Les vaisseaux : affections des veines, affections des artères, artérites infectieuses, athéromes. — 15° Introduction à l'étude des néphrites : lésions élémentaires de parenchyme rénal ; les néphrites épithéliales et glomérulaires. — 16° Les néphrites interstitielles, la sclérose rénale d'origine vasculaire, les néphrites chroniques d'origine ascendante ; diagnostic des scléroses rénales. — 17° Les affections de la surrénale : surrénalites aiguës et chroniques ; tumeurs de la surrénale ; les affections du corps thyroïde ; goitres, thyroïdites. — 18° Les lésions élémentaires du système nerveux.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits. — Le droit à verser est de 250 francs. Le nombre des auditeurs est limité. MM. les internes des hôpitaux qui désirent participer à ce cours sont priés de s'inscrire directement au laboratoire.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 18 heures.

Inspecteur départemental d'hygiène (Calvados). — Un concours sur titres est ouvert à la Préfecture du Calvados jusqu'au 20 novembre 1929, pour le remplacement de l'inspecteur départemental d'hygiène et l'attribution éventuelle d'un poste d'inspecteur d'hygiène d'arrondissement, pour le cas où une vacance viendrait à se produire à la suite du présent concours dans le personnel médical actuellement en fonctions dans le département.

Les candidats à ces postes devront être Français, âgés de 30 ans au moins et de 55 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Un droit de priorité sera réservé en faveur des médecins hygiénistes déjà en fonctions et à ceux pourvus du diplôme d'hygiène universitaire.

Les demandes, rédigées sur papier timbré, devront être adressées à la Préfecture du Calvados (1re Division) au plus tard le 20 novembre 1929, et accompagnées ou suivies des pièces suivantes :

1° Bulletin de naissance ; 2° Certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ; 3° Extrait du casier judiciaire ; 4° Copie certifiée conforme des diplômes et titres universitaires ; 5° Certificat établissant la situation au point de vue militaire et les états de services ; 6° Un exposé des titres, travaux et services ; 7° Un exemplaire de ses principales publications ; 8° Un engagement, en cas de nomination : *a*) de

rester au service du département pendant une durée de 3 ans au minimum et de renoncer à faire de la clientèle ; *b*) de se consacrer exclusivement à ses fonctions et de ne prétendre, par conséquent, à aucune autre fonction ou mandat public ; *c*) de ne pas s'installer dans le département du Calvados en cas de cessation de fonctions, pendant une période de 3 ans à dater de cette cessation ; *d*) en cas de démission ou de nomination à un autre poste de continuer à assurer son service pendant 3 mois au minimum.

Le traitement de début de l'inspecteur départemental d'hygiène du Calvados est fixé à 36.000 fr. auxquelles s'ajouteront s'il y a lieu les indemnités pour charges de famille allouées par le département à ses fonctionnaires.

Ce traitement est susceptible d'augmentations successives par échelons de classe de 2.000 fr. tous les 3 ans, jusqu'au maximum de 44.000 fr. prévu pour la première classe.

Une indemnité annuelle de 18.000 fr. lui est allouée à forfait pour frais de déplacement, de bureau et de correspondance.

Le traitement de début attaché à la fonction d'inspecteur d'hygiène adjoint d'arrondissement est de 28.000 fr. et peut atteindre 38.000 fr. par échelons successifs de 2.000 fr. tous les 3 ans.

L'indemnité prévue pour ses frais de déplacement est égal à celle de l'inspecteur départemental, chef de service (18.000 fr. par an).

Les candidats classés pourront, dans l'ordre de leur classement, être appelés à remplir les postes ds médecin-inspecteur d'hygiène du département qui deviendront vacants dans le délai d'une année.

Le registre d'inscription des candidats sera clos définitivement *le 20 novembre 1929, dernier délai.*

Pour tous renseignements complémentaires sur les conditions du concours, s'adresser à la préfecture du Calvados (1re Division), 35, rue de Caumont, Caen.

Clinique des maladies mentales (Professeur : M. Henri Claude.) — *Cours du dimanche : Psychiatrie élémentaire.* (Année 1929-1930.). — 1er décembre : Prof. Claude. Examen ; classification. — 8 décembre : Dr Baruk. Obsessions ; phobies ; impulsions. — 15 décembre : Dr Ceillier. Hystérie ; neurasthénie. — 22 décembre : Dr Ceillier. Epilepsie.

5 janvier : Dr Baruk. Confusion mentale. — 12 janvier : Dr Heuyer. Psychoses alcooliques. — 19 janvier : Dr Heuyer. Toxicomanie. — 26 janvier : Dr Levy-Valensi. Psychose périodique (1re leçon).

2 février : Dr Levy-Valensi. Psychose périodique (Suite. 2e leçon).— 9 février : Prof. Claude. Psychoses hallucinatoires et psychoses d'influence. — 16 février : Dr Targowla. Délires d'interprétation, de revendication, d'imagination. — 23 février : Dr Baruk. Démences organiques ; aphasie.

2 mars : Dr Targowla. Paralysie générale et psychoses syphilitiques. — 9 mars : Prof. Claude. Démence précoce. schizophrénie (1re leçon). — 16 mars : Prof. Claude. Démence précoce ; schizophrénie (2e leçon). — 23 mars ; Dr Heuyer. Psychiatrie infantile. — 30 mars : Dr Ceillier. Législation des aliénés ; responsabilité pénale ; exercice des droits civils.

Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage. Ce cours aura lieu, tous les dimanches. à 10 heures 1/2, à l'Asile clinique (1, rue Cabanis), à partir du dimanche 1er décembre 1929.

Département de l'Yonne. — *Concours.* — Il est ouvert un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé dans l'Yonne.

Les candidats à cet emploi devront être Français, âgés de 45 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande devra être adressée au Comité national de défense contre la tuberculose, avec le dossier réglementairement composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 15 novembre 1929 :

1° Demande de candidature à l'emploi ; 2° adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ; 3° acte de naissance ; 4° copie certifiée conforme du diplôme de docteur an médecine : 5° extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 6° certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; 7° certificat établi par un docteur en médecine assermenté constatant que le candidat n'est atteint d'aucune infirmité ni maladie chronique incompatibles avec l'exercice de fonctions très actives et que, notamment, il est susceptible, au point de vue physique, de conduire une automobile ; 8° exposé de titres, travaux, états de service et références en matière de phtisiologie et syphiligraphie ; 9° principales publications ; 10° engagement pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, et de se consacrer uniquement à ses fonctions, de ne prétendre à aucune fonction ou mandat public ; 11° engagement, en cas de nomination, de rester en fonctions dans le département pendant nne durée minima de trois ans ; 12° engagement, en cas de démission ou de nomination à de

nouveaux postes, après délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département de l'Yonne pendant trois mois au minimum : 13° engagement en cas de cessation de ses fonctions. pour quelque motif que ce soit, de ne pas s'installer coume médecin praticien dans le département avant un délai de cinq ans.

L'échelle de traitement du médecin spécialisé est fixée à 30.000 francs avec augmentation biennale de 2.000 francs jusqu'au maximum de 40.000 francs. Les indemnités supplémentaires suivantes viendront s'ajouter au traitement : 1° 1.000 francs pour indemnité de logement ; 2° 1.000 francs pour assurance vieillesse ; 3° 600 francs par an et par enfant ; 4° Une indemnité de 1.000 francs par dispensaire où sera fait une consultation antivénérienne. Les frais de bureau seront payés en plus ainsi que les frais de déplacement pour le service.

Le médecin spécialisé sera autorisé, après entente avec la fédération des syndicats du département, à être appelé en consultation par les médecins praticiens du département, à condition que la régularité de son service dans les dispensaires ne soit en aucune façon entravée ni retardée

Adresser les dossiers au Comité national de défense contre la tuberculose, 96, boulevard St-Michel, jusqu'au 15 novembre.

Hôpital Saint Louis (40, rue Bichat). — Pratique dermato-syphiligraphique. (Dr Lortat-Jacob, médecin chef de service.) — Le Dr Lortat Jacob fera, le lundi, à 11 heures : Une leçon clinique sur la tuberculose cutanée ou la syphilis pendant l'année scolaire 1929-1930 ;

Les mardi et samedi, à 10 heures : Policlinique, présentation de malades. Discussion de diagnostics dermatologiques ou syphiligraphiques ; ordonnances commentées.

Le mercredi, à 10 heures : Petite chirurgie dermatologique : cryothérapie : applications pratiques ; électrolyse, haute fréquence.

Le jeudi, à 10 heures : Techniques de laboratoire appliquées à la dermato-syphiligraphie. Biopsies.

Le vendredi, à 9 h. 30 : Consultation externe des affections de la peau et de la syphilis.

Avec la collaboration de MM. les Drs Legrain, assistant de consultation ; Roberti et Solente, assistants du dispensaire antisyphilitique ; Bréger, chef de laboratoire, et des internes du service, et avec le concours de MM. les Drs Fernet, médecin de Saint-Lazare, et Gastinel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Vacance de poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Rouen. — Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Rouen, à partir du 1er janvier 1930.

Le traitement alloué est le suivant : début 26.000 fr., puis, augmentation de 3.000 fr. par période de 6 ans, ou plus courte, suivant décision du maire, de façon que le traitement soit porté à 29.000 fr., puis à 32.000 fr. A ce traitement principal s'ajoutent : 1° Une indemnité dite (de fonctions) de 2.500 fr. par an ; 2° Une indemnité spéciale et variable fixée automatiquement par une échelle mobile qui attribue 1/20e de relèvement par 25 points d'indice du coût de la vie, en prenant 500 pour base.

Cet indice étant actuellement de 554, l'indemnité est de 3.900 fr. par an.

En outre, une gratification annuelle de 4 p. 100 du traitement est attribuée en fin d'année, soit 1.040 fr. sur le traitement de début.

En définitive, la situation du directeur du bureau municipal d'hygiène qui entrera en fonctions au 1er janvier sera de 33.400 fr.

Il ne devra pas faire de clientèle, tout son temps étant dû à l'administration ; toutefois, il pourra occuper les fonctions de professeur à l'école de médecine et de pharmacie de la ville s'il obtient d'être nommé à l'un de ces postes dont certains sont, ou pourront, être vacants à brève échéance.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

Hôpital de Saint Germain-en-Laye. — *Concours pour internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de deux internes titulaires et de six internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 12 décembre 1929, à 9 heures du matin à l'hôpital.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Viennent de paraitre :

Chirurgie correctrice du nez, par L. Dufourmentel, in-8, 236 p., 98 fig. : 30 fr. (Les Presses Universitaires).

Hygiène rurale, par le Dr L. Boez, in-8, 5 fr. (Editions Spes).

Médicus. Guide-annuaire du corps médical français. Année 1930 : in-8 cartonné, 1416 p. : 30 fr. (Legrand).

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — 9 candidats MM. Dechaume, Sassier, Fribourg, Lacaisse, Cabrol, Chatellier, Dufriéux, Balé, Mesnard.

Composition provisoire du Jury : MM. les Drs Roy, Gourc, Richard, Lemerle, Chompret, Lesne, Lardennois.

Concours de l'internat en Médecine. — Oral (suite). — Séance du 29 octobre. — Questions données : Arthropathies tabétiques ; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Mlles Kritchewsky 14, Verlière 12, Sainton 23, MM. Strée 15, Barthélemy 20, Roulin 23, Brunel 23, Malgras 26, Hutin 15, Cœn (Alb.) 17.

Séance du 30 octobre. — Questions données : Symptomes, diagnostic et traitement de l'angine de poitrine. — Signes et diagnostic des fractures du rocher — MM. Toulemoude 16, Bridot 24 Jarrousse 24, Prunet 15, Cain 25, Postel 21, Molz 20, Lemelletier 22, Catonné 22, Hormes 23.

Concours de l'externat. — Questions données :

Anatomie. — 1. Coulisse bicipitale de l'humérus ; descriptions et insertions musculaires. — 2. Ligament latéral interne de l'articulation du coude sans les rapports. — 3. Insertions d'origine et de terminaison du long-péronier latéral. — 4. Citer les branches collatérales de l'artère poplitée. — 5. Citer les muscles innervés par le nerf cubital.

Pathologie médicale. — 1. Quels sont les caractères du souffle de l'insuffisance aortique (type Corrigan). — 2. Enumérer les principaux signes cliniques de la rougeole avant l'éruption cutanée. — 3 Enumérer les caractères objectifs de l'expectoration pneumonique au cours des différentes périodes de la maladie. — 4. Le signe de Kernig ; les manières de le rechercher. — 5. Evolution du pouls et de la température dans une fièvre typhoïde de l'adulte non compliquée. — 6. Les signes physiques fournis par l'examen clinique d'un foie cardiaque.

Pathologie chirurgicale. — 1. Description locale de l'ulcération cancéreuse de la langue. — 2. Signes de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur. — Signes physiques de la luxation antéro-interne de l'épaule. — 4. Signes physiques de l'épidydimite tuberculeuse.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Séance du 24 octobre. — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Nerf grand hypoglosse (à partir de son origine apparente). — Formes cliniques de la tuberculose nasale ».

Concours du Prix Fillioux. — Le Jury est composé de MM. Bouchet, Rouget. Le Mée, Michel, Gernez.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de clinicat.* — Sont proposés :

Clinicat médical : MM. Wahl et Duruy (hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Bezançon). — MM. Moussoir et Lacapère (hôpital Cochin, service de M. le professeur Achard).

Clinicat de thérapeutique médicale : MM. Lévy, Louvel (hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Vaquez).

Clinicat médicat propédeutique : MM. Vibert et Lonjumeau (hôpital de la Charité, service de M. le professeur Sergent).

Clinicat chirurgical : M. Mabille (hôpital Cochin, service de M. le professeur Delbet). — MM. Metzger et Dessaint, Dubois-Roquebert (Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Hartmann). — MM. Leibovici, Sellé, Barraqué (hospice de la Salpêtrière, service de M. le professeur Gosset).

Clinicat de thérapeutique chirurgicale : M. Redon (hôpital de Vaugirard, service de M. le professeur P. Duval).

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Carteaud et Filliol (hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Gougerot).

Clinicat des maladies mentales : Mlle Vogt, MM. Gossa, Garand (Asile Sainte-Anne, service de M. le professeur Claude).

Clinicat obstétrical : MM. Baillis, Digonnet et Sicard.

Clinicat gynécologique : MM. Lapeyre, Frantz, Broca (hôpital Broca, service de M. le professeur J.-L. Faure).

Clinicat oto-rhino-laryngologique : M. Rossert (hôpital Lariboisière, service de M. le professeur Sébileau).

XXIe Congrès français de médecine. — Le prochain Congrès aura lieu en 1931, à Liège, sous la présidence de M. le professeur de Beco.

Le secrétaire général sera M. de Roskam.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Les états hyperthyroïdiens ;*

2° *Le métabolisme du calcium ;*

3° *Traitement par l'insuline des états non diabétiques.*

Concours pour le recrutement de médecins de colonisation en Algérie. — La date du concours ouvert pour le recrutement de six médecins de colonisation primitivement fixée au 18 novembre 1929 est reportée au 18 décembre 1929. Les épreuves auront lieu simultanément à Alger, à Paris (Office de l'Algérie) et au siège des préfectures métropolitaines possédant des facultés ou écoles de médecine.

Les candidats devront faire parvenir leurs demandes au gouvernement général de l'Algérie, service central de l'Assistance publique, à Alger, avant le 18 novembre 1929.

Sanatorium du Lot. — La Fédération des Mutualités postales recherche, pour son sanatorium de Montfaucon-du-Lot, un médecin-adjoint.

Traitement pour un célibataire : 20.000 francs par an au début, nourri, éclairé, chauffé et blanchi.

Traitement pour un médecin marié : 23.500 francs, logé, éclairé, chauffé et blanchi. Indemnité de 540 francs pour le 1er enfant. 720 francs pour le 2e, 1.080 francs pour le 3e.

Participation de 5 % pour la constitution d'une retraite pour la vieillesse.

Engagement d'un an.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 boulevard St-Michel, Paris (6e).

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Dr Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le Dr Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 18 novembre 1929, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Chirurgie des fractures du crâne : Trépanations (exploratrice, large, décompressive soustemporale). Trachéotomie. — 2° Chirurgie des suppurations des membres : Panaris, phlegmons de la main, phlegmons dif-

fus, adéno-phlegmons de l'aisselle, hygromas suppurés. Arthrites suppurées : arthrotomies et résections. Ostéomyélite aiguë ; gangrène gazeuse. — 3° Chirurgie des plaies des membres. A. Lésions des parties molles. Plaies des muscles : excision, suture primitive ou secondaire. Plaies des tendons : suture primitive et secondaire, greffe. Plaies des nerfs : suture et greffe. Plaies des vaisseaux : découverte large des vaisseaux profonds, ligatures et sutures artérielles. — 4° Chirurgie des plaies des membres (suite). B. Lésions du squelette. Plaies articulaires : suture, arthrotomie. Fractures articulaires ouvertes. Fractures compliquées : fermeture primitive ou secondaire, indications de l'ostéo-synthèse, amputation. Broiements des membres : les amputations dans la pratique courante. — 5° Chirurgie des hernies étranglées : Hernies crurales, inguinales, ombilicales. Traitement de la gangrène herniaire. — 6° Chirurgie des péritonites aiguës : Appendicite aiguë, perforation des ulcères gastro-duodénaux (suture, gastro-entérostomie, excision). — 7° Chirurgie de l'occlusion intestinale : Indications opératoires. Anus cæcal. Anus iliaque temporaire ou définitif. Entéro-anastomose. — 8° Chirurgie des traumatismes abdominaux : Plaies et contusions de l'abdomen ; suture et résection intestinale, suture du foie, splénectomie, néphrectomie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-laparatomie. — 9° Chirurgie d'urgence du thorax : Plaies pleuropulmonaires, plaies du cœur. Pleurésies purulentes. — 10° Chirurgie d'urgence urinaire. Cystostomie. Rupture traumatique de l'urètre. Infiltration d'urine. Abcès de la prostate.

Une délégation médicale yougoslave à Paris. — Une centaine de médecins, de professeurs et d'étudiants en médecine yougoslaves sont depuis quelques jours à Paris. Ils viennent visiter nos hôpitaux et nos cliniques et se mettre en rapports avec les principales personnalités de notre monde médical. Ils ont été reçus par le professeur Hartmann, président de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger.

Ils ont visité plusieurs grands hôpitaux, ainsi que l'Institut Pasteur. Quelques réceptions ont été organisées en leur honneur par le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine et par l'Association des étudiants.

A l'Hotel de Ville, M. d'Andigné, président du conseil municipal, a reçu la délégation que lui a présentée le ministre de Yougoslavie. Parmi les personnalités qui assistaient à la réception, on peut signaler le général Henrys, et M. Auguste Gauvain, qui représentaient les amis français de la Yougoslavie ; le professeur Hartmann et de nombreuses sommités du monde médical. Une allocution fut prononcée par M. d'Andigné, M. Spalaïkovitch et le professeur Burian, de l'Université de Belgrade, lui répondirent.

Nos hôtes prolongeront pendant quelques jours encore leur voyage d'études en France.

Le nouveau pavillon de chirurgie de l'hôpital général de Dijon. — L'hôpital général de Dijon n'était plus assez grand pour suffire aux besoins croissants d'une population qui augmente constamment et aux nécessités des services rattachés à l'Ecole de médecine et destinés à l'enseignement technique. Dès 1924, un projet avait été mis en train, non pour la construction d'un hôpital tout neuf, ce que les fonds ne permettaient pas, mais pour la construction d'un simple pavillon de chirurgie.

Cinq ans se sont écoulés et le pavillon de chirurgie tant réclamé par M. le docteur Leclerc, directeur de l'Ecole de médecine, est presque achevé.

J'y viens de faire une visite et c'est un devoir pour moi d'indiquer ce que l'on vient de réaliser à Dijon.

Si les dimensions du nouveau pavillon : 54 mètres de longueur sur 13 de largeur peuvent paraître relativement modestes, sa conception scientifique, due au docteur Leclerc qui a pris pour modèles les nouveaux hôpitaux de Londres, est pleinement conforme aux exigences de la technique moderne.

Destiné à recevoir 72 malades, ce pavillon se compose d'un rez-de-chaussée et de deux étages.

— *Car*, me dit le docteur Leclerc, *la tendance actuelle prévaut en faveur des constructions d'hôpitaux en hauteur et non plus en longueur.*

Le hall d'entrée est décoré de fresques appropriées et très attrayantes. Un ascenseur se trouve au fond de ce hall ; il est destiné à monter les malades graves au premier étage, où se trouvent d'un côté le service réservé aux femmes, de l'autre celui des hommes. Ces deux services sont aménagés de même

Le nouveau rapide « MANCHE-OCÉAN » des Chemins de fer de l'État

De Dieppe, le Havre, Rouen vers la France du Sud Ouest, les Pyrénées ou l'Espagne, vous irez plus vite et vous paierez moins cher en utilisant le nouveau rapide quotidien « MANCHE-OCÉAN » que les Chemins de fer de l'État ont mis en circulation depuis le 15 mai 1929.

Le train, partant de Dieppe à 15 h. 44, est en correspondance avec le paquebot de Newhaven (départ de Londres à 10 h.), dessert les gares principales entre Dieppe et Bordeaux par Rouen, Le Mans, Nantes, Saintes. Il assure la correspondance pour Bagnoles-de-l'Orne, pour Granville, pour Rennes, pour Angers, passe à Nantes à 23 h. 28 et arrive à Bordeaux à 6 h. 43, en correspondance avec les express de la Compagnie du Midi.

Dans l'autre sens, un train partant de Bordeaux à 22 h. 10 dessert les mêmes villes et assure également les correspondances avec les principales directions. Il arrive à Rouen à 12 h. 27 et à Dieppe à 13 h. 16 où il donne la correspondance du paquebot vers l'Angleterre (arrivée à Londres à 18 h. 44).

Ce nouveau train, qui permettra d'aller rapidement, en toutes classes et sans changement de voitures, de Dieppe jusqu'à Bordeaux ou inversement, comporte un wagon-restaurant ainsi que des couchettes (1re, 2e et 3me classes) pour les parcours de nuit.

façon et ne comptent pas de salle commune : les malades sont répartis dans de petites salles de 1, 3 ou 4 personnes, selon que leur état exige ou non l'isolement. Pour en faciliter la surveillance, toutes ces salles sont vitrées ; ce système est donc intermédiaire entre la salle commune et la chambre particulière.

Le second étage comporte deux quartiers : le quartier opératoire et le quartier laboratoire. En ce qui concerne ce dernier, il n'y a rien de bien nouveau, on y trouve une salle de chimie biologique, une salle de microbiologie, une salle d'anatomie pathologique, une salle de cours et une bibliothèque.

Le quartier opératoire — comme nous l'avons dénommé — est plus original en ce sens qu'il est isolé complètement, et pourvu d'un vestiaire aseptique où les étudiants sont tenus de changer de blouse avant de pénétrer dans une des deux salles d'opération. Là, contrairement aux installations habituelles, les étudiants devront prendre place sur une estrade surélevée garnie de gradins, ce qui leur permettra de suivre commodément les gestes du professeur opérant, sans gêner ou troubler celui-ci dans sa tâche de chirurgien.

Contrairement aussi aux conceptions antérieures qui recherchaient des locaux inondés de lumière, le pavillon chirurgical d'opération n'est doté que de modestes fenêtres aux vitres teintées de bleu ; de cette façon le chirurgien ne sera pas gêné par le soleil et, en revanche, il possédera une lampe scialytique glissant sur des rails et répandant une large clarté uniforme.

Nous ne pouvons entrer dans tous les détails de cet aménagement ultra-moderne. Qu'il nous suffise de souligner que c'est là une œuvre remarquable — considérée par d'éminents spécialistes comme un modèle. Les chirurgiens et les étudiants y seront à leur aise et, surtout, les malades y jouiront de toutes les garanties et commodités modernes. (*Ami du Peuple*.)

L'armoire aux poisons des Borgia. — Dans un grand journal de Berlin on pouvait lire dernièrement une annonce ainsi conçue :

« A vendre : le secrétaire aux poisons de Lucrèce Borgia, qui fut donné au Tsar Alexandre Ier de Russie. S'adresser au casier E. M. 835, au bureau du journal ».

Un accouchement en avion. — Mrs T. W. Evans, de Miami (Floride), voulait à tout prix détenir un record, un record quelconque, sportif ou autre, mais un record, un record authentique et sensationnel.

Etant sur le point d'accoucher elle eut tout à coup une idée de génie. Pourquoi, au lieu d'accoucher comme tout le monde, sur cette vulgaire planète, ne mettrait-elle son enfant au monde dans l'espace ?

Donc assistée d'un médecin, de deux infirmières et de sa mère, elle prit place dans un avion commercial et vingt minutes après, à 1.500 mètres d'altitude, son enfant naissait.

Le désir de Mrs T. Evans est donc réalisé. Elle a son record, un record qui sera d'ailleurs difficile à battre, qui ne pourra être battu que par une femme qui, dans les mêmes circonstances, accouchera de jumeaux. (*L'Ami du Peuple*.)

Le prix Nobel de médecine. — Le prix Nobel de médecine pour 1929 sera partagé entre le professeur Christian Eijkman (d'Utrecht) et sir Frederic Hopkins (de Cambridge).

Le professeur Eijkman doit cette distinction aux travaux qu'il a poursuivis depuis 1897 sur les vitamines et notamment sur la vitamine B, antibéribérique, ayant établi le rôle de la carence dans la genèse des polynévrites.

Sir Frederic Hopkins, né en 1861 à Eastbourne, a également effectué de belles recherches sur les vitamines et sur beaucoup d'autres chapitres de la chimie biologique. Membre de la Royal Society depuis 1905, il avait reçu en 1918 la médaille royale.

Faculté de Médecine de Lyon. — Sont nommés agrégés à la Faculté de médecine de Lyon :

Section de médecine : MM. les docteurs Bernheim, médecin des hôpitaux : Dechaume, ancien chef de clinique médicale.

Section de chirurgie : M. le docteur Eugène Pollosson, ancien chef de clinique chirurgicale.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Raymond Dieulafé.

Nécrologie. — Docteur Alex Renault, médecin des hôpitaux de Paris, ancien président de la Société de dermatologie. — Docteur Francis Adriet, médecin colonel retraité, décédé à Lyon, dans sa 67e année. — Dr Fernand Durodié, de Bordeaux, décédé à l'âge de 82 ans.

(*Voir la suite des Nouvelles à la page 1982*).

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action du corps thyroïde sur les albumines,

Par M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. TONNET.

Le rôle du corps thyroïde dans le métabolisme des albumines est implicitement mentionné dans un certain nombre de travaux déjà anciens. Il ressort plus nettement des constatations qu'a permises l'observation de la néphrose lipoïdique ; on sait en effet que cette maladie, essentiellement caractérisée par un déséquilibre lipoprotéique du sang, rattachée par certains auteurs à une insuffisance thyroïdienne est parfois améliorée par l'administration d'extrait thyroïdien ou de thyroxine. A notre connaissance, il n'existe aucun travail d'ensemble consacré à cette question. Pourtant nos recherches nous ont prouvé que le corps thyroïde brasse, transforme et détruit des albumines. C'est à cette fonction dont il n'existait jusqu'à présent que des preuves indirectes que nous proposons de donner le nom de *fonction protéocrasique*.

***

Elle n'est guère contestable : il suffit d'envisager l'amaigrissement et la cachexie des hyperthyroïdiens, la bouffissure tégumentaire et muqueuse des myxœdémateux, pour être persuadé que le corps thyroïde tient sous sa dépendance, — pour une part certainement importante — le métabolisme protéique. D'ailleurs, F. Müller a démontré expérimentalement que l'administration de substance thyroïdienne augmente la destruction des albumines (1). Eppinger, Falta et Rüdinger, Veillon (2) aboutissent aux mêmes résultats et Gonitzer (3) admet l'existence d'une hormone thyroïdienne agissant sur le métabolisme des protides. Par le traitement thyroïdien. Epstein (4), Bennett Davies et Dodds (5), Chabanier, Mlle Lebert et Lobo Onell (6), Ribadeau-Dumas et Max Lévy (7) obtiennent dans les néphroses lipoïdiques et dans certaines néphrites avec œdème une diurèse marquée et même le retour à la normale de l'équilibre protéique du sérum.

On ne saurait pourtant se contenter d'arguments aussi indirects que l'action de l'extrait thyroïdien chez ces malades œdémateux dont l'équilibre albumineux du sérum est plus ou moins troublé. L'extrait thyroïdien est en effet loin d'être toujours aussi efficace, comme le remarquèrent en accord avec beaucoup d'autres auteurs Wahl (8), M. Labbé, P. Nepveux, G. Dreyfus et Yung (9) Dans ces cas, la perturbation de l'équilibre sérique n'est sans doute que sous la dépendance exclusive du trouble thyroïdien.

***

Aussi nous a-t-il semblé qu'il fallait aborder le problème d'une façon plus directe ; nous nous sommes donc cantonnés à l'étude des albumines dans le sang des hyperthyroïdiens, dans le sang des organismes normaux artificiellement thyroïdisés, enfin dans le sang d'animaux éthyroïdés. Avant d'exposer les résultats que nous avons obtenus dans ces diverses séries d'expériences, et qui ont été rapportés dans plusieurs notes à la Société de biologie (1) nous exposerons rapidement les méthodes de dosage que nous avons employées. Elles n'ont rien que de classique : sur chaque échantillon de sérum étaient pratiqués : 1° un dosage de l'albumine totale par pesée après précipitation par l'acide acétique à chaud et filtration ; 2° un dosage de la sérine par pesée après séparation des globulines par le sulfate de magnésie à saturation et précipitation de la sérine à chaud ; 3° un dosage de l'azote amino-ammoniacal par la méthode au formol. Ces dosages ont été effectués sur des sérums fraîchement recueillis et non teintés, le vieillissement même aseptique pouvant modifier le rapport sérine globuline et le taux des acides aminés, et l'hémolyse pouvant accroître le taux des globulines.

Voici d'abord les résultats obtenus chez onze malades authentiquement atteints de *maladie de Basedow* ou d'hyperthyroïdisme.

	A. totale	Sérine	Globuline	A. Aminés	Rapport Sérine albumine
Mme X.	64	55	9	0,17	86 %
Mme L.	83,50	59,25	24,15	0,06	71 %
M. H.	78	63	15	0,21	80 %
Mme L.	75,50	68,60	6,90	0,23	90 %
Mme D.	80	53,85	26,15	0,09	66 %
Mme L.	68,50	51,85	16,55	0,12	75 %
Mme M.	77	54,24	22,86	0,11	70 %
Mme B.	70	56	14	0,22	80 %
Mme K.	79	55,36	23,61	0,47	70 %
Mme W.	70	60,70	9,30		82 %
M. G.	68	56,60	11,40	0,23	82 %
Mme Th.	71,50	56	15,50	0,20	78 %
Mme Ba.	65	46,66	13,24	0,14	71 %

Le taux de l'albumine totale est donc souvent élevé malgré l'amaigrissement des sujets. Mais le fait le plus frappant est l'accroissement du taux de la sérine et l'élévation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{albumine totale}}$. Normalement la sérine représente les 3/5 soit 60 p. 100 et la globuline les 2/5, soit 40 p. 100 de l'albumine totale et ce rapport, variable évidemment à l'état physiologique, oscille dans des limites assez restreintes. Chez nos malades le taux de la sérine s'est montré constamment augmenté d'une façon au moins relative et toujours excessive. Son pourcentage par rapport à l'albumine totale est, en conséquence, notablement accru : dans 5 cas il atteint 80, 86 et même 90 p. 100.

Ces variations sont analogues et de même sens dans l'hyperthyroïdisme et dans la maladie de Basedow franchement caractérisée. Elles sont inverses de celles qu'on a signalées dans l'insuffisance thyroïdienne des néphroses.

Pour donner un nouvel appui à ces conclusions, nous avons recherché quelles étaient les modifications provoquées par la *thyroxinisation* dans l'équilibre albumineux d'un organisme normal. Les résultats concordent exactement avec ceux que nous avons obtenus chez les malades atteints d'hyperthyroïdie. Ainsi chez le chien, l'injection sous-cutanée de 1 milligramme de thyroxine pendant quinze jours augmente le pourcentage de la sérine du sang, comme le prouve le tableau suivant :

	Avant la thyroxine	Après la thyroxine
Albumine totale	120 gr.	65,50
Sérine	95,50 = 79 %	54,10 = 83 %
Globuline	24,50	11,40

Le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{albumine totale}}$ passe donc sous l'influence de ce traitement de 75 p. 100 à 83 p. 100.

Cette augmentation est encore plus nette chez l'homme

(1) CAMPANACCI. — Die Thyreoïdinbehandlung der Nephrosen. (*Wien. Kl. Woch.*, t. 37, n° 11, 1924, p. 257 à 261.)
(2) Cités par CAMPANACCI.
(3) GONITZER. — *Zentralbl. f. innere Medizin*, t. 48, 1927, p. 1010.
(4) EFTEIN. — *Am. J. of. med. Sc.*, t. 163, 1922, p. 167.
(5) BENNET, DAVIES et DODDS. — Lipoïd nephrosis. (*The Lancet*, n° 15, 1927, p. 3.)
(6) CHABANIER, Mlle LEBERT et LOBO ONELL. — *Bull. de l'Acad. med.* t. 98, 26 juillet 1927, p. 1612.
(7) RIBADEAU-DUMAS et MAX LÉVY. — *Bull. Soc. méd. des hôp.*, août 1928.
(8) WAHL. — Le problème de la néphrose lipoïdique (*Thèse Paris*, 1929).
(9) M. LABBÉ, F. NEPVEUX, G. DREYFUS et YUNG. — Un cas de néphrose lipoïdique (*Annales de médecine*, t' XXV, n° 5, mai 1929, p. 489-503).

(1) M. LOEPER, S. DE SEZE et J. TONNET: *C. R. de la Soc. de Biol.* 8 juin 1929 ; M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. TONNET : *C. R. Soc. Biol.* mai 1929 ; M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. TONNET : *C. R. Soc. Biol.* juillet 1929.

normal : 7 injections journalières de 1 milligramme de thyroxine suffisent à faire passer le taux de la sérine de 65 p. 100 à 77 p. 100 et inversement celui de la globuline de 35 à 23 p. 100, alors que l'albumine totale reste invariable.

	Avant la thyroxine	Après la thyroxine
Albumine totale.....	72	72,20
Sérine	47,15 + 65 %	56 + 77 %
Globuline	24,85	16,20

La thyroxine ne relève donc pas seulement le taux réel de la sérine, comme un dosage de Ribadeau-Dumas et Max Lévy rapporté par Wahl, tend à le prouver ; elle peut chez l'homme normal, modifier les rapports réciproques des albumines entre elles sans toucher au total.

Il était logique de rechercher quelles étaient les modifications que pouvaient imprimer aux albumines sériques les états *hypothyroïdiens*. Nous n'avons malheureusement pu trouver, dans les différents services auxquels nous nous sommes adressés, un seul cas de myxœdème franc, qui ne fût pas soumis déjà au traitement thyroïdien. Force nous fut donc de tourner la difficulté en étudiant le comportement des albumines d'une part chez les basedowiens opérés ou traités, d'autre part chez les chiens thyroïdectomisés.

1° Grâce à l'obligeance du Dr Welti, que nous sommes heureux de remercier ici, nous avons pu examiner le sérum de deux basedowiens avant et après une thyroïdectomie partielle. Voici les chiffres trouvés :

		Avant la thyroïdectomie	Après la thyroïdectomie
Mme Guer....	Ablation totale	68	75
	Sérine	56,60	49,55
	Globuline	11,40	25,45
	Az. amino ammoniacal	0,231	0,14
Mme Tho.....	Ablation totale	71,5	76,57
	Sérine	56,0	55,20
	Globuline	15,5	21,55
	Az amino ammoniacal	0,203	0,196

Chez Mme Guer... le deuxième dosage a été effectué un mois après une lobectomie ; Welti nous envoie le sérum avec la simple mention « guérison complète ». Or le taux de la sérine est passé de 83 p. 100 à 66 p. 100, chiffre normal. Au contraire Mme Thom... n'a pas bénéficié de l'intervention : elle n'engraisse pas, son pouls reste rapide ; or l'équilibre protéique de son sérum est resté anormal, le taux de la sérine s'est à peine abaissé, il a passé de 78 à 71 p. 100.

Nos constatations expérimentales sur le chien thyroïdectomisés sont exactement superposables.

		Avant l'opération	15 jours après l'opération
Chien Charles. . Thyroïdectomie totale.......	Ablat. totale	101,20	70,40
	Sérine	80,10 = 79 %	40,80 = 58 %
	Globuline	21,10	29,60
	Az. a. amm.	0,06	0,15
Chien Totor.... Thyroïdectomie partielle	Abl. totale	62,00	67,40
	Sérine	42,50 = 70 %	44,80 = 67 %
	Globuline	19,50	22,60
	A. a. amm.	0,16	0,12

A la suite d'une thyroïdectomie totale, la sérine s'abaisse donc chez le premier chien de 79 p. 100 à 58 p. 100. Par contre, chez le deuxième chien dont la thyroïdectomie n'est que partielle (conservation d'un tiers de lobe thyroïdien) l'abaissement beaucoup moins net n'est que de 70 p. 100 à 67 p. 100.

Nous sommes donc autorisés à dire que le retour de l'équilibre protéique à la normale est chez les basedowiens un test d'amélioration ou de guérison et qu'il est indispensable de le rechercher pour apprécier l'effet du traitement.

2° Le même test d'ailleurs se retrouve chez les basedowiens améliorés médicalement. Voici un sujet soumis au borate de soude et en voie évidente d'amélioration :

Le médicament agit chez lui comme agit, somme toute, la thyroïdectomie en diminuant le taux de la sérine :

	Avant	Après
Alb. totale	70	82
Sérine	60,70 = 86 %	58 = 70 %
Globuline	9,30	24

3° Nous avons déjà signalé que chez l'homme ou le chien normal l'injection de thyroxine, même à doses relativement faibles et pendant un court laps de temps, augmente la sérine du sang. Cette épreuve de la thyroxinisation a été infiniment plus démonstrative encore chez un de nos chiens thyroïdectomisés : elle nous a permis de réaliser une expérience véritablement cruciale. Le chien Charles, avait, à la suite d'une thyroïdectomie totale abaissé sa sérine de 79 p. 100 à 58 p. 100. Soumis alors au traitement thyroxiné (1 milligramme par jour en injection) il la relevait en quinze jours à 65 p. 100, tandis que s'abaissait d'ailleurs notablement la teneur en albumine de son sérum. Ces faits ressortent exactement du tableau suivant :

Chien Charles.. Thyroïdectomie totale......	Alb.	70,40	57,20
	Sérine	40,80 = 58 %	37,66 = 65 %
	Glob.	29,60	19,00

L'hyperthyroïdisme élève donc le taux de la sérine sanguine ; la thyroxinisation fait de même. Ces réactions sont donc exactement inverses de celles que provoque la thyroïdectomie.

* * *

Cet ensemble de constatations démontre à l'évidence l'existence d'une fonction protéocrasique du corps thyroïde. Il restait à préciser les modalités selon lesquelles elle s'exerce, et sur quelles albumines elle fait plus particulièrement porter son action.

1° Pour serrer ce problème de plus près, nous avons étudié la composition du sang chez l'animal *à son entrée dans le thyroïde et à sa sortie*. Certains de nos dosages ont été faits sur le cheval et d'autres sur le chien. Les difficultés que nous avons rencontrées sont nombreuses : les unes tiennent au faible volume du sang recueilli chez le chien, d'autres au laquage si fréquent du sang chez cet animal, d'autres aux variations d'état physique et sans doute des réactions du milieu quand l'opération n'est pas très rapidement menée, elles expliquent pourquoi nous laissons délibérément de côté certains résultats obtenus, et ne tenons compte que des indiscutables.

Voici les résultats concernant les protéides :

1° Les albumines totales restent assez identiques à l'entrée et à la sortie de la glande et leurs variations dépassent à peine 2 grammes.

2° Les albumines précipitables par l'acide acétique à froid, c'est-à-dire les nucléoalbumines, sont infiniment moins abondantes dans le sang veineux que dans le sang artériel, dans le sang efférent que dans le sang afférent. Nous obtenons chez le cheval :

11,50 à l'entrée
3 à la sortie

Et chez le chien :

1,03 à l'entrée
1,20 à la sortie.

3° Le pourcentage de la sérine par rapport aux albumines est nettement bouleversé, la sérine est plus abondante dans le sang efférent que dans le sang afférent. Nous trouvons en effet chez le chien :

35 gr. à l'entrée,
12 gr. à la sortie,

ce qui fait une différence de 7 gr. au total ou un pourcentage de 66 p. 100 de sérine à l'entrée, de 72 p. 100 à la sortie.

4° Le soufre du sérum après précipitation des albumines est beaucoup plus élevé dans le sang efférent que dans le sang afférent :

0,27 à l'entrée,
0,60 à la sortie,

pour un rapport respectif de soufre oxydé de 18 p. 100 dans le premier cas, de 36 p. 100 dans le second.

Et cela témoigne d'une destruction d'albumine.

5° Le taux des aminoacides est plutôt plus faible à la sortie qu'à l'entrée.

Le corps thyroïde agit donc, *in situ*, sur les albumines qui le traversent : il brasse et détruit des albumines forme, de la sérine et fixe des nucléo-albumines. Cette conclusion s'accorde bien avec les constatations que nous avons faites chez les hyperthyroïdiens et que nous rapportons plus haut. On sait d'ailleurs que le corps thyroïde est riche en nucléo-protéides ou pseudo-mucines et nous avons vérifié avec Lesure que le tissu thyroïdien sain est plus riche en sérine que le tissu d'un goitre basedowien.

2° Mais la sécrétion thyroïdienne agit aussi à distance. L'extrait thyroïdien, mis à l'étuve en présence d'un sérum normal paraît détruire de l'albumine, augmente le taux des acides aminés et bouleverse les proportions de la sérine et de la globuline. Malheureusement les recherches que nous avons entreprises à ce sujet ne permettent pas encore de conclusions plus précises ; la raison en est, sans doute, que les préparations extractives dont nous nous sommes servis sont des produits morts et qui sont loin d'avoir gardé toutes les propriétés de la glande originelle.

Nous avons l'intention de poursuivre cette expérience en utilisant un extrait thyroïdien aseptique préparé extemporanément, à partir d'une glande fraîche, sans adjonction de substances stabilisantes. Nous espérons ainsi parachever la description de cette fonction *protéocrasique* du corps thyroïde, dont à notre avis les preuves que nous apportons démontrent déjà suffisamment l'existence.

Les réformes nécessaires dans les distributions gratuites de lait aux nourrissons indigents.

Applications des progrès de l'Industrie laitière

Par le Dr G. VARIOT,

Médecin honoraire de l'Hospice des Enfants-Assistés.
Président fondateur de la Goutte de lait de Belleville.

L'organisation et le fonctionnement actuels des distributions de lait aux nourrissons indigents de Paris laissent bien à désirer et soulèvent des critiques justifiées que je crois devoir exposer publiquement dans cette première conférence. Je voudrais montrer que si le principe même de ces distributions est au-dessus de toute discussion, son application est vraiment défectueuse dans la pratique.

On ne saurait me suspecter de partialité dans l'examen de cette importante question, car je suis un partisan déterminé, sinon un promoteur, des larges distributions de bon lait stérilisé à la classe populaire, pour l'élevage artificiel. Dès 1892, deux mois après la création de la première consultation de nourrissons à l'hôpital de la Charité, où l'on fournissait déjà gratuitement du lait aux mères pauvres, je faisais distribuer, en trois mois, 16.000 litres de lait *stérilisé industriellement* à plus de 150 enfants, dans le dispensaire de Belleville, nouvellement ouvert. Nous délivrions ce lait à moitié prix ; c'était l'aide aux mères nécessiteuses et non la gratuité complète, l'aumône qui doit être réservée aux grands indigents. La vente à prix réduit a toujours été une règle dans nos premières gouttes de lait. Dans ces distributions initiales, je ne me suis laissé émouvoir ni par les réserves du Dr Gibert, le fondateur, au Havre, du premier dispensaire pour enfants malades, qui craignait que nous nuisions ainsi à l'allaitement au sein, ni par les protestations des crémiers du voisinage, voyant à tort en nous, des concurrents commerciaux.

Déjà j'étais convaincu, comme aujourd'hui, de la nécessité d'appliquer les découvertes de Pasteur sur la stérilisation du lait, pour atténuer les dangers de l'allaitement artificiel, de ne pas faire absorber des laits fermentés ou fraudés, pour éviter les diarrhées si redoutables pendant les chaleurs surtout, et pour réduire notre mortalité infantile beaucoup trop élevée à cette époque. Etant donnée notre faible natalité, nous devions nous attacher à diminuer cette énorme perte de vies dans le premier âge, en appliquant les récents progrès de l'hygiène infantile. Depuis plus de 30 ans mes idées dans cette direction se sont encore affermies par l'expérience, et nous avons reconnu que nos nouvelles méthodes d'allaitement artificiel et que le contrôle régulier de l'accroissement des nourrissons par la balance et la toise nous permettaient de lutter avec succès contre la mortalité infantile, qui est l'un des facteurs importants de la dépopulation de la France. Le taux de cette mortalité, qui était de 160 pour 1.000 nourrissons en 1886, est tombé à moins de 90 pour 1.000 en 1927, c'est-à-dire depuis la fondation des consultations de nourrissons et des gouttes de lait.

Cependant en 1928, comme en 1911, année très chaude, la mortalité infantile de 0 à un an, s'est fortement relevée pendant les mois d'été et nous avons perdu en France 7.000 nourrissons de plus qu'en 1927. Il n'est pas douteux que ce surcroît de pertes de vies soit dû aux fermentations du lait pendant les chaleurs et à l'ignorance des mères ou des éleveuses qui ne stérilisent pas convenablement le lait de vache et les biberons, ou qui n'ont pas encore appris à manier les laits stérilisés industriellement.

Si l'on compare notre mouvement démographique à celui des autres nations, il est manifeste que le fléau de la dépopulation sévit chez nous plus que partout ailleurs. Je relève dans la statistique officielle du premier trimestre pour 1929, que l'excédent de décès sur les naissances atteint 70.000 ; si cette mortalité si haute continuait pendant toute l'année, la France perdrait 280.000 habitants. Il est vrai que l'abaissement de la natalité s'est généralisé dans toute l'Europe, depuis la grande guerre, mais nous en souffrons plus que tous les autres pays ; l'an dernier, pendant que notre excédent de naissances sur les décès ne dépassait guère 52.000, ce même excédent atteignait encore près de 500.000 en Allemagne, dix fois plus que chez nous.

Cette situation si alarmante ne nous permet pas de nous relâcher dans nos efforts pour combattre la mortalité infantile, cause évidente de dépopulation. Si nous voulons réduire les pertes de vie parmi les nourrissons de la classe populaire et surtout parmi les indigents, il est indispensable de perfectionner et de multiplier nos institutions hygiéniques pour protéger la première enfance, spécialement les grandes distributions gratuites de lait ou à prix réduit dans les consultations de nourrissons et dans les gouttes de lait.

Nous sommes désarmés, nous médecins, contre l'abaissement continu de notre natalité ; il appartient aux pouvoirs publics de prendre des mesures énergiques et de faire les sacrifices d'argent nécessaires pour lutter contre la réduction volontaire des naissances ; mais notre rôle peut être très efficace, si nos conseils sont suivis, pour abaisser notre mortalité infantile en appliquant, et en vulgarisant les préceptes de l'hygiène, et particulièrement les progrès de l'industrie pour préparer les bons laits destinés à l'élevage artificiel des nourrissons.

Fonctionnement défectueux des consultations de nourrissons et des distributions gratuites de lait dépendant de l'administration de l'Assistance publique.

J'ai voulu sur ce sujet procéder à une enquête personnelle, j'ai visité plusieurs de ces consultations datant de

(1) Conférence d'ouverture du cours de puériculture faite à la Goutte de lait de Belleville le 7 novembre 1929.

35 ans environ et je vais relater sommairement le résultat de mes constatations.

L'organisation de ces institutions remonte à la fin du siècle dernier et elle a suivi de près la création de la première consultation de nourrissons annexée par Budin à sa maternité de l'hôpital de la Charité, au mois de mai 1892.

Depuis cette époque lointaine, ces consultations, avec distribution gratuite de lait, installées en dehors des hôpitaux, dans divers quartiers de Paris, n'ont guère subi de modification, et, pour le dire tout de suite, les grands progrès de l'industrie laitière pour préparer le lait destiné à l'élevage artificiel, y sont restés lettre morte. L'illustre accoucheur de la Charité fit appliquer dans ces établissements les méthodes qu'il avait adoptées lui-même dans sa consultation initiale. Il faisait stériliser le lait en petits flacons suivant le système imaginé par Soxhlet, pour le répartir entre les mères qui pratiquaient l'allaitement mixte et qui venaient chaque matin chercher les rations supplémentaires de leur bébé, contenues dans des petits paniers. Dans sa consultation hebdomadaire du début, Budin se proposait surtout de contrôler et de stimuler l'allaitement au sein, il n'acceptait que quelques nourrissons entièrement au biberon 6 %, d'après sa statistique. Les règles de l'allaitement artificiel étaient encore incertaines et l'on craignait peut-être que l'utilité de ces consultations nouvelles pût être mise en doute, si la mortalité y était un peu élevée.

Un personnel spécial d'infirmières était affecté à la préparation des rations, au lavage des petits flacons et à la stérilisation du lait qui était opérée dans de vastes bassines en fer, chauffées au gaz, pour obtenir l'ébullition de l'eau pendant trois quarts d'heure. Cette méthode un peu simpliste était loin d'être parfaite et présentait les inconvénients dont nous avons pu encore constater les effets.

Si rien n'est plus aisé que de stériliser six à huit biberons dans une marmite de Soxhlet pour un seul nourrisson, cette opération devient assez compliquée quand on doit préparer les rations en petits flacons de 30 ou 60 enfants. La stérilisation de plusieurs centaines de biberons exige l'ébullition prolongée de l'eau dans plusieurs vastes bassines. Une grande quantité de vapeur chaude sature l'atmosphère de la chambre, ruisselle, en se condensant sur les murs et sur le pavé. Le séjour des femmes de service dans cette chambre de vapeurs est pénible et même insalubre ; elles s'en plaignent encore aujourd'hui et leur recrutement devient difficile.

Il faut ajouter que le lait fourni à l'Assistance Publique n'est pas à l'abri des fermentations l'été, pendant son adduction à Paris et que la stérilisation tardive est inefficace pour prémunir les nourrissons contre les diarrhées. Enfin nous savons bien que le chauffage à 100°, ne suffit pas à détruire les spores de certains bacilles et que la stérilisation dans les appareils de Soxhlet n'est que temporaire et incomplète. Néanmoins Budin tenait beaucoup à l'outillage simpliste qu'il avait fait fabriquer ; vainement je lui faisais remarquer les avantages du lait stérilisé industriellement à 108°, que nous utilisions déjà avec succès à la Goutte de lait de Belleville, il refusa de s'en servir et, avec sa grande autorité, il imposa dans les consultations de nourrissons organisées par l'Assistance Publique les appareils en usage dans sa consultation de la Charité. C'est encore ce même outillage désuet que j'ai retrouvé pendant l'enquête personnelle que je viens de faire. On impose toujours aux mères l'obligation de venir chaque matin chercher leur panier de Soxhlet, au lieu de distribuer la provision de lait pour une semaine entière, comme nous le faisons et comme nous l'avons toujours fait, à Belleville, en nous servant des laits stérilisés industriellement, infraudables et infermentescibles, dont la conservation est parfaite. Une grande perte de temps est ainsi évitée aux mères.

La conséquence de ce fonctionnement défectueux des anciennes distributions gratuites de lait, c'est qu'elles commencent à être délaissées, d'après les renseignements que j'ai pu recueillir ; dans l'une de ces consultations, le nombre des enfants inscrits a diminué de plus de moitié depuis trois ans. Cependant le service médical est bien assuré, on donne quatre consultations par semaine. Une surveillante un peu découragée m'a avoué que ses femmes de service se plaignaient de l'insalubrité de la chambre de stérilisation, et qu'elle avait grand'peine à les remplacer. Il serait pourtant bien simple de substituer aux vieilles bassines, une étuve à vapeur sous pression pour chauffer ou surchauffer le lait; on éviterait ainsi cette atmosphère sursaturée de vapeurs chaudes qui est vraiment insupportable. L'administration refuse ces appareils modernes, sous prétexte d'économie, d'insuffisance du budget des secours aux enfants protégés, de même qu'elle s'obstine à ne pas délivrer de laits stérilisés industriellement, surtout du lait condensé sucré, dont l'emploi s'impose, lorsque les nourrissons sont incapables de tolérer le lait ordinaire préparé par la méthode de Soxhlet. Actuellement, les consultations de l'Assistance Publique sont réduites à six à Paris, rue Gauthey, rue Jenner, rue Ordener, rue du Chemin-Vert, rue des Fêtes et rue d'Avron. Tous ces établissements sont loin d'être prospères et ont grand besoin d'être modernisés ; cependant dans les nouvelles consultations qu'on installe dans la banlieue de Paris, on impose encore le vieil outillage, les vastes bassines pour faire bouillir l'eau à l'air libre, le lavage de centaines de flacons, la méthode primitive de Gentile et Budin, avec tous les inconvénients que je viens de signaler. Nous avons ainsi l'explication du délaissement des consultations de l'Assistance Publique, les mères préfèrent s'adresser aux œuvres privées où l'on a recours aux laits industriels.

La première consultation de nourrissons, ce qu'il en reste à l'hôpital de la Charité.

J'ai voulu visiter la première de ces consultations avec distribution de lait, ouverte à l'hôpital de la Charité en 1892 et qui a servi de modèle à tant d'autres institutions plus ou moins similaires, en France et dans le monde entier. Cette annexe de la Maternité ne fonctionne maintenant qu'avec bien peu d'activité et dans des conditions peu dignes de la mémoire de son illustre fondateur. Le local initial a été changé ; néanmoins la salle d'attente est bien exiguë pour les mères assez nombreuses et pour les nourrissons. La consultation est seulement hebdomadaire, comme au début, elle est assurée régulièrement par le Dr Toupet, assistant du Dr Levant, chef du service de la Maternité. La distribution gratuite est très réduite, une trentaine de litres par jour. Un infirmier est chargé de la stérilisation du lait ; mais faute de personnel peut être, on se contente de le faire bouillir en litres, dans les vieilles bassines en fer mal étamé qui datent probablement de la fondation. On ne se sert plus des appareils Gentile et Budin (type Soxhlet), qui étaient jadis en usage, pour préparer les rations de chaque nourrisson. L'infirmier m'a déclaré être incommodé par l'atmosphère saturée de vapeur d'eau, quand il fait bouillir les bassines.

J'ai fait remarquer à mon distingué collègue des hôpitaux, le Dr Levant, que cet antique outillage serait utilement remplacé par une étuve Hignette, et qu'il pourrait être conservé dans un petit musée, pour rappeler l'inovation de Budin, si célèbre dans l'histoire de l'hygiène infantile. Ne pourrait-on pas aussi apposer une plaque dans la salle où la consultation a fonctionné pour la première fois, en mai 1892 ?

Le médecin de la consultation actuelle ne dispose que du lait de vache ordinaire pour l'allaitement artificiel ; l'administration ne délivre qu'à grand'peine des bons de lait industriel, de lait condensé sucré pour les nouveau-nés, ou pour les débiles qui sont incapables souvent de digérer le lait de vache stérilisé en litres. Le Dr Levant m'a

dit qu'il ne pouvait que regretter le peu de bonne volonté de l'administration ; il a ajouté qu'il se sert du lait stérilisé industriellement pour ses enfants dans sa famille. J'ai appris par mon collègue Comby et par M. Bouchacourt, qu'à la fondation Budin, érigée, rue Falguière, en mémoire du créateur des consultations de nourrissons, on continuait à se servir de vastes bassines pour stériliser le lait à 100° dans des petits flacons, qu'on distribue chaque jour aux mères dans des petits paniers. On ne fait pas cependant bouillir le lait dans des litres, comme à la consultation de la Charité. Dans cette fondation privée on ne doit pas s'étonner de voir respecter, comme un pieux souvenir, le vieil outillage imaginé autrefois par Budin.

La consultation des nourrissons à la Maternité Tarnier.

Budin a transporté lui-même à la clinique Tarnier la consultation des nourrissons qu'il avait inaugurée à la Maternité de la Charité ; elle n'a pas cessé de fonctionner depuis, sous la direction des professeurs Bar et Brindeau. J'ai voulu me rendre compte du fonctionnement de la distribution du lait à Tarnier et j'ai été guidé, en l'absence de M. Brindeau, par son chef de clinique le Dr Lantuéjoul, mon ancien interne à l'hospice des Enfants-Assistés.

La consultation des nourrissons dans cette belle maternité est des plus actives ; plus de 1.500 nourrissons y sont inscrits chaque année et quatre assistants assurent les consultations quotidiennes ; une section spéciale est réservée aux hérédo-syphilitiques.

Comme annexe de ce grand service, un comité de dames bienfaisantes, sous la présidence de Mme Brindeau, a organisé une œuvre philanthropique, l'*Appui maternel*, pour venir en aide aux mères et aux nourrissons dans le besoin.

Cette œuvre *reconnue d'utilité publique*, dispose de puissantes ressources provenant surtout de donations volontaires et fait beaucoup de bien. On distribue des secours en argent, des layettes, on place des nourrissons chez des éleveuses et l'on donne gratuitement des boîtes de lait condensé sucré aux mères incapables de nourrir au sein.

Le service de la stérilisation du lait est maintenant assez réduit. Dans un petit local au rez-de-chaussée, une seule infirmière est chargée du lavage des petits flacons qu'on immerge dans de vastes bassines en cuivre pour porter le lait à 100° suivant la méthode ancienne. Là aussi la vapeur d'eau chaude s'échappant des appareils, incommode le personnel et l'on attend le remplacement des bassines par une étuve fermée. D'ailleurs on ne prépare qu'un petit nombre de rations de lait destinées aux nouvelles accouchées de la Maternité, dont l'agalactie est complète, fait assez rare, car presque toutes peuvent donner le sein au moins pendant quelques jours.

Le principal travail de la personne préposée à la stérilisation consiste à préparer chaque jour 150 à 200 biberons de lait pour la *Goutte de lait* des gares de chemins de fer : les nourrices où les éleveuses de passage dans les gares, peuvent recevoir des rations de lait pour leur bébé, pendant leur transport à la campagne. L'Assistance Publique a accepté d'assurer cette fourniture quotidienne de lait, variable suivant les besoins, moyennant une allocation annuelle de 40.000 francs.

D'après des renseignements sûrs, provenant d'un de mes collègues distingués des hôpitaux le petit service assez dispendieux de la Goutte de lait des gares aurait besoin d être amélioré. Les biberons peuvent n'être pas distribués dans la journée, si les nourrices sont peu nombreuses ; le lait s'altère et est souvent perdu, dans les petits flacons dont le prix de revient serait *extrêmement élevé*. Il serait beaucoup plus simple et plus économique que la personne, chargée de préparer les biberons dans chaque gare, eût à sa disposition des boîtes de lait condensé sucré, de l'eau bouillante pour stériliser l'eau et les biberons, et qu'elle préparât extemporanément les rations suivant l'âge des nourrissons. L'attention du ministère de l'Hygiène a été appelée, m'a-t-on dit, sur les modifications urgentes que réclame cette petite distribution dont l'utilité est d'ailleurs incontestable.

La distribution des laits stérilisés industriellement à la Goutte de lait de Belleville.

Nous devons comparer, tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue économique les résultats obtenus à la Goutte de lait de Belleville, par l'emploi des divers laits *stérilisés industriellement* depuis 1892, avec ceux que donne le lait de vache ordinaire stérilisé par la méthode de Soxhlet, adoptée par Budin et propagée par lui dans les consultation des nourrissons qui n'ont *subi aucune modification*, disons même, qui n'ont fait aucun progrès technique, ainsi que je viens de l'établir.

Je rappelle que notre institution nouvelle émanant de l'initiative privée et que je n'ai pas cessé de diriger depuis sa fondation, a toujours fonctionné d'une manière différente de celle des distributions gratuites de lait organisées par l'Assistance publique ; le but que nous poursuivions n'était pas le même que celui que s'était proposé Budin à la Charité. Celui-ci sélectionnait surtout les nourrissons au sein ; il cherchait avant tout à stimuler l'allaitement maternel et il n'acceuillait pas volontiers les enfants entièrement au biberon dans sa consultation. Au contraire, nous recevons indistinctement les nourrissons au sein et ceux élevés au biberon, fort nombreux dans le quartier ouvrier de Belleville. Ces derniers surtout avaient besoin de notre contrôle; car ils recevaient du mauvais lait à bas prix, souvent fraudé et altéré, et ils étaient sujets à des diarrhées plus ou moins graves, que l'on évitait en se servant du lait stérilisé industriellement. Nous cédions le lait à prix réduit et non gratuitement, comme on ne doit le faire que pour les grands indigents.

Le lait surchauffé à 108°.

Dès le début de notre œuvre, l'emploi du lait préparé par la méthode de Soxhlet nous parut un peu compliqué et dispendieux pour une distribution à 150 nourrissons et nous donnions la préférence au lait stérilisé industriellement à 108°, à Neufchâtel-en-Bray, en Normandie, par l'usine *Gallia*. Le lait contenu dans des bouteilles d'un demi-litre, bouchées hermétiquement était infraudable et infermentescible, car la stérilisation était plus complète que par l'ébullition à 100° ; il se conservait très bien pendant assez longtemps, et pouvait être distribué pour une semaine entière sans imposer aux mères un déplacement quotidien onéreux. L'utilisation physiologique nous sembla meilleure que celle du lait ordinaire bouilli, car la surchauffe à 108° modifie favorablement la caséine et la rend plus digestible pour l'estomac délicat des nouveau-nés.

Par une entente avec le directeur de la compagnie *Gallia* nous pouvions fournir le lait à moitié prix du commerce, à cinq sous le litre, à cette époque. Nous évitions ainsi les frais de l'outillage nécessaire pour le système Soxhlet, le lavage d'une multitude de flacons, la stérilisation dans les bassines, la casse habituelle, le paiement d'un personnel assez nombreux, etc. J'avais d'ailleurs fait fabriquer un biberon gradué suivant l'âge des bébés, et. à chaque consultation, nous donnions aux mères les conseils nécessaires pour fragmenter les bouteilles d'un demi-litre, en chargeant les biberons et aussi pour les coupages et pour le sucrage du lait.

Nous fûmes très satisfaits de notre expérience initiale qui a été l'origine de la *Goutte de lait* dans le dispensaire de Belleville, fonctionnant avec une technique différente de celle de la consultation de Budin à la Charité et dans

un tout autre milieu social. Depuis lors nous avons continué de recourir au lait *Gallia* dont nous contrôlions régulièrement l'utilisation par la balance, pour l'allaitement artificiel ou mixte de centaines de nourrissons chaque année. En 1900, au Congrès international de pédiatrie de Paris, je présentai une étude sur la valeur du lait surchauffé à 108°, que je considérais déjà comme supérieure à celle du lait chauffé seulement à 100°. Nous n'avions pas relevé de phénomènes de carence : aucun cas de scorbut n'avait apparu dans notre vaste consultation en huit ans. D'ailleurs, depuis cette époque, on a reconnu que les critiques adressées à la surchauffe à 108° étaient vaines, car les vitamines ne sont atteintes qu'à 120°.

Nous avions bien remarqué que sur plus de 7.000 nourrissons ayant reçu plus de 200.000 litres de lait *Gallia*, les diarrhées estivales avaient été supprimées et que, de ce fait surtout, la mortalité infantile avait été abaissée. Jusqu'en 1914 nous avons distribué, plus d'un million de litres de lait surchauffé *Gallia*, à prix réduit, aux mères nécessiteuses, et nous n'avons eu qu'à nous louer de son emploi. Nous élevions plus de 500 enfants par année (dont la croissance était régulièrement contrôlée, d'abord par la balance puis, ensuite simultanément par la toise, dont j'ai introduit l'usage méthodique, à l'aide du pédiomètre que j'ai fait construire, et que j'ai présenté, en 1905, au Ier Congrès international des gouttes de lait réuni à l'Institut Pasteur.

Les laits condensés.

Ce n'est qu'à partir de 1914, durant la grande guerre, que nous avons commencé à nous servir, sur une grande échelle, des laits condensés sucrés pour l'allaitement artificiel. Quelques tentatives heureuses avaient été faites antérieurement, en particulier par le Dr Loir (du Havre), mais nous avions de sérieuses préventions contre l'emploi des laits condensés en général, depuis les beaux travaux de Barlow sur le scorbut infantile, dont il attribuait la cause aux laits condensés suisses ou à des mixtures alimentaires malsaines. Par une analyse patiente et prolongée, lorsque nous fûmes réduits à utiliser les laits condensés, faute d'autres, pendant la guerre, nous sommes parvenus à faire une *distinction fondamentale* entre les divers laits condensés, dont la composition et la préparation sont entièrement différentes. Nous avons reconnu que les laits condensés non sucrés, surchauffés à l'autoclave à 120°, étaient bien dévitaminés et scorbutigènes, comme l'avaient vu Cheadle et Barlow les premiers, mais qu'il n'en était pas de même des laits condensés sucrés, additionnés de saccharose à 10 % environ, évaporés dans le vide, à une température ne dépassant pas 60°, hermétiquement emboîtés dans des récipients métalliques et par suite infraudables et infermentescibles. Le sucre surajouté, comme conservatif, est parfaitement utilisé par les enfants et le scorbut n'est nullement à craindre par l'usage prolongé de ces laits : sur près de 10.000 nourrissons bien contrôlés, qui ont reçu ces laits soit à l'hospice des Enfants-Assistés, soit à la Goutte de lait de Belleville depuis 1914, je n'ai jamais vu apparaître d'accidents scorbutiques, et j'ai même renoncé à donner des jus de fruit, comme on le conseille encore.

La composition de ces laits condensés sucrés est presque la même pour les bonnes marques Françaises *Gallia* et *Montblanc* et pour les marques suisses *Nestlé* et *Berna* : leur mode de préparation est donc à peu près semblable.

La stérilisation de ces laits est si bien assurée par l'addition du sucre, qu'on peut les transporter sur les navires et même aux colonies, où ils ont été employés pour le fonctionnement des gouttes de lait, au Maroc par exemple.

Le maniement de ces laits est extrêmement commode : il suffit de délayer une cuillerée à café de lait condensé dans 40 gr. d'eau bouillie pour reconstituer une mixture lactée isodyname au lait de femme. Durant la vaste expérience que nous avons poursuivie avec ces laits à la Goutte de lait de Belleville, où il a remplacé le lait surchauffé à 108° en bouteilles, qui n'est plus fabriqué maintenant, nous avons constaté que ces produits industriels sont bien acceptés par la grande majorité des nourrissons, que leur digestion est facile, qu'ils sont bien assimilés par l'organisme, que l'ossification, de même que l'accroissement, sont réguliers, enfin qu'ils sont bien utilisés par les nouveau-nés et même par les débiles. A cet égard ils ont une incontestable supériorité sur les laits ordinaires préparés par la méthode de Soxhlet, qui sont loin d'être toujours bien tolérés dans les mêmes conditions. Rien n'est plus commun que de voir des troubles dyspeptiques, provoqués par l'usage du lait bouilli ordinaire, céder lorsqu'on lui substitue du bon lait condensé sucré. Enfin la distribution de ces produits est des plus faciles : les mères reçoivent leur provision de lait pour une semaine, et ne perdent pas leur temps à venir chaque jour chercher les paniers de Soxhlet, dont la préparation est si compliquée. Les boîtes de lait condensé peuvent, sans inconvénients, rester ouvertes pendant 48 heures et plus; le sucre abondant qu'il contient entrave le développement des fermentations malsaines.

Je considère, pour ma part, que l'emploi bien réglé du lait condensé sucré constitue le plus grand progrès que nous ayons réalisé dans l'allaitement artificiel depuis 35 ans : je dois ajouter que j'ai manié spécialement la marque Française *Gallia* dont j'ai été fort satisfait. Il n'est donc pas surprenant que, aussi bien dans les pouponnières bien dirigées, que dans les nouveaux centres d'élevage bien contrôlés par des infirmières-visiteuses, on commence à donner la préférence aux laits industriels sur les laits stérilisés à 100°. Les avantages dés produits industriels sont évidents et la méthode de Soxhlet perd de jour en jour du terrain parmi les puériculteurs avertis.

C'est pour cet ensemble de raisons que j'ai décidé de faire bénéficier aussi les indigents de ces beaux progrès de l'industrie laitière dans l'élevage artificiel des enfants...

Lorsqu'il y a sept ans, M. de Fontenay, conseiller municipal de Paris, chargé du contrôle des distributions gratuites de lait, demanda aux œuvres émanant de l'initiative privée, de vouloir bien se charger de ces distributions, concurremment avec les anciennes consultations de nourrissons de l'Assistance Publique, dont j'ai exposé plus haut le fonctionnement défectueux, je n'ai pas hésité à recourir, pour les indigents, au lait condensé sucré qui nous donnait de si bons résulats, depuis plusieurs années, dans notre Goutte de lait de Belleville. Je fis distribuer gratuitement le même lait que celui que nous cédions, à prix réduit aux femmes nécessiteuses et les mères pauvres acceptèrent d'autant plus volontiers ce produit industriel, qu'elles n'étaient plus obligées, comme auparavant, à venir tous les matins recevoir les rations pour une seule journée. Elles constatèrent tout de suite les bons effets de ce lait pour l'accroissement régulier de leur enfant. Après un essai heureux durant cinq années sur plusieurs centaines d'enfants, je crus même devoir aviser de ce succès complet M. Ambroise Rendu, président de la 5e commission du conseil municipal, en demandant qu'on fit une comparaison entre les résultats obtenus dans les anciennes consultations, par l'emploi du lait ordinaire stérilisé suivant la méthode Soxhlet, et dans notre distribution de lait condensé. J'offrais de mettre à la disposition de la commission tous les documents pour faire une enquête approfondie sur cette question, aussi bien sur le prix de revient que sur la bonne utilisation des divers laits au point de vue hygiénique. Nous distribuions environ pour 80 000 francs de lait condensé dans le cours d'une année, pour alimenter 80 enfants indigents de 0 à 2 ans. Le chiffre de 1.000 fr. par an pour un nourrisson n'a rien d'excessif, étant donnée la dévalorisation ds notre monnaie, il ne représente que 200 fr. d'avant guerre. Je faisais remarquer aussi la supériorité de notre méthode de distribution qui n'imposait pas de dérangement inutile aux mères pauvres.

Mon mémoire fut communiqué, il y a deux ans, aux

BIBLIOGRAPHIE

Education physique de l'enfance et de l'adolescence, par le Docteur Maurice BOIGEY. Un volume in-8° couronne de 252 pages. Prix : 20 fr. Bibliothèque de Pathologie infantile. Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris VIe.

Le Dr Maurice BOIGEY a consacré sa vie et son activité aux applications médicales de l'exercice, soit au point de vue thérapeutique, soit au point de vue hygiénique. Physiologiste averti et très attaché au meilleur avenir de la race, nul n'était plus qualifié que lui pour écrire cet ouvrage. En matière d'éducation physique, il est bien rare de rencontrer un ouvrage où la pureté du style et de la composition, la justesse des propositions et l'exactitude physiologique ne soient pas influencées par les idées d'école. C'est le cas du livre du Dr Maurice BOIGEY.

Il indique ce qu'il convient de faire et ce dont il faut s'abstenir en éducation physique infantile. La vérité expérimentale et la raison la plus généreuse percent à chaque page sans que jamais le conseil donné soit une utopie ; ce sont des données pratiques et immédiatement applicables qui découlent de son livre.

Ce nouvel ouvrage du Dr Maurice BOIGEY est un manuel d'espérance parce qu'il nous présente exactement les conditions de développement physique de l'enfant et de l'adolescent par l'exercice et le mouvement. Il contient de claires vérités soumises à quiconque prétend confondre l'intérêt de l'enfance, avec celui des familles et du pays tout entier.

Les enfants mal alimentés (*Entérites, athrepsie, carence, rachitisme, anémie, arthritisme d'origine alimentaire*), par le professeur Georges MOURIQUAND. Bibliothèque de Pathologie infantile. Un volume in-8° couronne de 200 pages. Prix : 18 francs. Expansion scientifique française. 23, rue du Cherche-Midi, Paris VIe.

Si le professeur Georges MOURIQUAND a été chargé d'écrire ce livre, c'est que le Maître a paru, du fait de ses travaux antérieurs, sur l'alimentation, la nutrition, les maladies par carence, un des plus qualifiés pour mener à bien cette tâche. Il a pu, de ce fait, introduire dans chacun des chapitres, à côté des notions classiques indispensables, toutes les notions nouvelles concernant les maladies d'origine alimentaire chez l'enfant.

Celles que la clinique quotidienne met souvent devant le médecin ont été retenues : entérites, athrepsie, carence, rachitisme, anémie, athritisme d'origine alimentaire, toutes affections d'une si haute importance en pédiatrie.

En ce qui concerne les entérites, l'auteur souligne — à côté du facteur infectieux — l'importance du facteur purement alimentaire sur lequel l'action du médecin a une prise directe.

Il montre, dans le chapitre de l'athrepsie, que cette dystrophie souvent mortelle, pourrait être dans un grand nombre de cas évitée, si les médecins eux-mêmes s'élevaient avec assez d'énergie, contre les régimes d'inanition déséquilibrée, trop souvent offerts à l'enfant.

L'auteur a naturellement insisté sur l'importance des maladies par carence alimentaire chez l'enfant, sur la nécessité de connaître à côté des grands syndromes classiques (assez rares) ces états de précarence, si fréquents, et relevant d'une diétothérapie précise.

La part du facteur alimentaire dans le développement du rachitisme est mise en relief, ainsi que le rôle si fréquent de la carence alimentaire dans la genèse des anémies et de l'arthritisme même.

Par ce bref aperçu, on jugera de l'importance pratique de ce livre où pourront puiser, pour la guérison de leurs petits malades, les médecins et les jeunes mères, pour la santé de leurs enfants.

The eye in general Medicine, par A. MAITLAND-RAMSAY Baillière, Tindall et Co, éd. à Londres, 1929.

Table des matières : l'œil vivant considéré comme un des laboratoires de la nature ; le facteur constitutionnel des maladies et, plus spécialement, œil et diabète ; œil et insuffisance rénale ; les capillaires et le glaucome aigu ; le muscle lisse compris par l'étude de l'iris ; « l'œil qui peine » ; l'infection microbienne étudiée à propos de l'ulcère pneumococcique de la cornée ; les intoxications à propos des iritis toxiques ; les maladies cardio-vasculaires et l'œil ; il faut traiter l'état général en plus de l'état local.

Ce résumé ne peut indiquer les grandes lignes de cet ouvrage, dont la lecture est captivante pour le médecin qui s'intéresse à la biologie médicale et pour le praticien (sans doute aussi pour le spécialiste). L'œil est le miroir de l'âme ; il est aussi le miroir de l'organisme ; l'examen de l'œil permet de « voir » les maladies constitutionnelles de cet organisme. Il faut lire le livre de MAITLAND RAMSAY.

Almanach Pestalozzi. 1930 Agenda Payot pour la jeunesse. Huitième année. Un vol. in-12 avec plus de 500 illustrations dans le texte. Broché : 9 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tous les parents, tous ceux qui s'intéressent à des enfants sont sûrs, en faisant cadeau de l'*Almanach Pestalozzi* à leurs jeunes amis, de leur causer le plus grand plaisir ; chaque année, des milliers d'écoliers l'attendent avec joie, car l'*Almanach Pestalozzi* est considéré à juste titre, depuis sa création, comme le *vade mecum* sans rival des écoliers et des écolières de France auxquels il offre, sous une forme aimable, une variété inépuisable de faits et d'idées.

Ce précieux petit livre sera leur compagnon pendant toute l'année scolaire, et la recherche des solutions de concours, qui seront dotés de 15.000 francs de prix, sera pour eux un très agréable divertissement.

Le secret de Nicolas Flamel, par Henri ALLORGE. Illustrations en noir et en couleurs de Jean HÉE. 1 vol. in-16 Jésus (19 × 18) : 7 fr. 50. Les œuvres représentatives. 41, rue de Vaugirard et 27, rue d'Assas, Paris (VIe).

Nicolas Flamel, le prince des Alchimistes, le réalisateur de la Pierre Philosophale et de l'Elixir de longue vie, le faiseur d'or... Voilà ce que dit la légende.

Flamel, riche écrivain-juré à l'Université de Paris, bon chrétien et fort habile spéculateur, fut-il ce merveilleux personnage ? C'est ce qu'on saura en lisant cette histoire.

Revue des études Napoléniennes. Sommaire du n° de juillet 1929 ; G. Lacour-Gayet : Talleyrand et le premier consul. — J. Dechamps : Alphonse Karr et le Retour des Cendres. — F. Dutacq : La politique des grands travaux sous le second Empire. Les idées et les projets de C. M. Vaïsse, préfet du Rhône.

Mémoires et documents. — Plans des biens de la Couronne sous Napoléon, par Paul Marmottan.

Lectures Napoléoniennes.

Publications Napoléoniennes.

Le numéro : 10 fr. Abonnement : France : un an : 60 fr. — M. Rousseau, Administrateur, 28, rue de Versailles, Le Chesnay (S.-et-O.).

conseillers municipaux et à l'Assistance publique. On nous envoya à la Goutte de lait de Belleville l'agent chargé de la direction du service des secours aux enfants protégés, mais dont la compétence en puériculture me parut bien douteuse. Je lui exposai de mon mieux les avantages de notre distribution, si simplifiée, du lait aux indigents, représentant un réel progrès sur les méthodes encore en usage dans les consultations de l'A. P. Mais je ne reçus, à la suite de cette visite, aucune demande de renseignements complémentaires.

J'ai tout lieu de penser néanmoins que des documents inexacts furent communiqués par l'administration au rapporteur chargé du budget des enfants secourus et des anciennes consultations de nourrissons, au Conseil général de la Seine. On peut relever en effet dans ce rapport que le fonctionnement de ces consultations est irréprochable, que le mode de distribution du lait préparé dans des petits flacons ne laisse rien à désirer, que rien ne doit être changé et qu'il ne faut pas *distribuer le lait en vrac*, comme on le fait ailleurs. C'était là sans doute une critique du mode de distribution de lait adopté par nous, à Belleville, en délivrant aux mères leur provision de lait pour une semaine entière, afin de leur éviter des déplacements quotidiens. Il est bien certain que la forme brutale de cette critique officielle n'émane pas d'un technicien compétent en puériculture, puisqu'il méconnaît les progrès réalisés par l'industrie pour modifier les laits destinés à l'élevage artificiel, et les graves défauts de l'outillage primitif encore en usage dans les consultations de l'A. P.

Mais il y a plus, en juin 1929, des tracasseries administratives pour obtenir le remboursement de sommes importantes avancées par nous pour payer le lait des indigents, rendirent notre situation intolérable, et le Conseil de direction de la Goutte de lait, pour protester contre tous ces manques d'égards réitérés, décida d'interrompre la distribution gratuite de lait. Par cette mesure, nous avons voulu en appeler directement au Conseil municipal de ces abus administratifs et, dans un mémoire motivé, adressé à M. Ambroise Rendu et à M. le conseiller Luquet, nous avons exposé les raisons de notre détermination dont nous avons pesé la gravité.

Puissions-nous ainsi éclairer l'assemblée municipale sur l'urgence des réformes nécessaires pour améliorer, c'est-à-dire pour moderniser le fonctionnement des distributions gratuites de lait aux indigents.

Autres laits modifiés par l'industrie, utilisés pour l'élevage artificiel.

L'industrie ne s'est pas bornée à perfectionner la fabrication des laits condensés qui nous rendent de si grands services. Comme je l'ai spécifié, elle nous a fourni d'autres laits modifiés par des procédés divers, que j'ai expérimentés, au fur et à mesure de leur apparition, dans les vastes champs d'observations dont je disposais, à l'Institut de puériculture des enfants assistés d'abord, et plus tard dans notre Goutte de lait de Belleville.

Ces produits industriels nous sont fort utiles pour pratiquer des *mutations lactées*, lorsque les nourrissons ne sont pas capables d'assimiler le lait de vache ordinaire et même le lait condensé sucré. Il est exceptionnel que dans cette véritable gamme de laits, par des essais patients et prolongés, nous ne parvenions pas à découvrir celui de ces laits modifiés qui soit adapté à la capacité digestive des enfants.

Je ne puis qu'énumérer ici ces divers laits : 1° le *lait homogénéisé* à la machine de Gaulin et surchauffé à 108° dont j'ai montré les bons effets chez les débiles et les atrophiques ; dans une récente communication à la Société des hôpitaux, j'ai rappelé que ce lait fabriqué maintenant par la compagnie Maggi (l'ancien lait Lepelletier a disparu), nous permet de guérir, sans autre médication, la grande majorité des nourrissons eczémateux. 2° Le lait surchauffé à 108°, homogénéisé comme le précédent, et additionné de saccharose à 10 %. c'est l'ancien lait hyperrucré désigné maintenant sous le nom de *lait saccharosé*.

Dès 1913, avec mon collaborateur, M. Lavialle, nous avons étudié ce produit, au laboratoire des Enfants-Assistés, et nous avons montré, dans un mémoire à la Société de pédiatrie, sa haute valeur énergétique et ses propriétés anti-émétisantes. Ces deux laits sont légèrement dévitaminés par l'homogénéisation et il est prudent, quand on les emploie, de donner du jus de fruits et de ne pas en prolonger l'usage. 3° Les *laits en poudre* sont desséchés à une haute température, hermétiquement emboîtés, et leur conservation est bien assurée. Il est préférable d'employer ceux qui sont séchés avec tout leur beurre, que ceux préalablement écrémés et qui n'ont qu'une valeur alibile insuffisante. J'ai relaté le résultat de mes expériences à la Société des hôpitaux, avec le lait sec de la marque *Glaxo*, venant de la Nouvelle-Zélande ; il est bien emboîté et nous avons constaté qu'à dose convenable, il est bien utilisé même par les débiles ; cependant il produit assez fréquemment des érythèmes à la peau qui cessent par une mutation lactée : certains nourrissons atteints d'intolérance gastrique avec des vomissements rebelles, s'accommodent très bien de ces laits en poudre et leurs fonctions gastro-intestinales se régularisent. 4° *Les laits citratés*. Après les travaux de Wright et Poynton à Londres, sur les bons effets du citrate de soude pour modifier la coagulation de la caséine dans le lait de vache, j'ai fait adopter en France cette méthode si facile, de modifier le lait de vache ordinaire indigestible pour les nouveau-nés. Il suffit d'administrer une cuillerée à café de solution aqueuse de citrate de soude titrée à 5 gr. pour 300 gr. d'eau, avant chaque tétée, pour arrêter les vomissements et régulariser les digestions.

Tous les médecins d'enfants ont reconnu les propriétés anti-émétiques et thérapeutiques du citrate et son usage est maintenant des plus répandus pour les nourrissons dyspeptiques. 5° *Le babeurre*. C'est le résidu de la crème, après son barattage, pour obtenir le beurre. Cet antique produit, riche en acide lactique, était employé dès 1750 en Hollande et en Suède, lorsque le lait de vache ordinaire n'était pas bien assimilé.

A l'imitation des médecins allemands qui ont réintroduit le babeurre dans l'alimentation infantile, quelques médecins français l'ont recommandé pour les nourrissons qui utilisent mal le lait de vache ordinaire. Mais la préparation assez compliquée de ce produit et la difficulté de sa conservation en limitent beaucoup l'emploi ; c'est une sorte de lait médicamenteux qu'il est impossible de manier dans les grandes distributions populaires.

L'emploi judicieux des divers laits modifiés que je viens d'énumérer nous permet de régulariser les fonctions digestives de bon nombre d'enfants incapables d'utiliser le lait de vache bouilli ou préparé suivant la méthode de Soxhlet ; il est donc nécessaire que les médecins chargés des consultations de nourrissons aient ces produits à leur disposition pour opérer des mutations lactées, quand il y a lieu.

On arrive ainsi à restaurer des enfants débiles ou atrophiques, qu'on ne peut songer à confier à des nourrices au sein, devenues très rares depuis la grande guerre.

Conclusions. Les réformes urgentes nécessaires.

Il résulte de cet exposé qu'il y a lieu de réformer dans le plus bref délai les méthodes surannées, encore en usage, pour stériliser et pour distribuer le lait aux nourrissons indigents. *Eux aussi doivent bénéficier des progrès de l'industrie laitière*. L'outillage par trop primitif pour chauffer le lait à 100° est insuffisant et incommode et il doit être remplacé, tout au moins, par des étuves, dans lesquelles le lait chauffé jusqu'à 108° sera plus complètement stérilisé : cette surchauffe n'a pas d'inconvénients

et modifie favorablement la digestibilité de la caséine. Avec ces étuves fermées, on évitera l'atmosphère de vapeur d'eau, *insalubre* pour le personnel, qui se dégage des vieilles bassines servant à l'ébullition de l'eau.

De plus il est indispensable que le médecin ait à sa disposition tous les laits modifiés fournis par l'industrie, pour qu'il puisse choisir celui qui convient le mieux, suivant la capacité digestive de l'enfant.

Les laits condensés sucrés, en particulier, nous donnent toute satisfaction, comme nous l'avons constaté depuis 15 ans sur des milliers d'enfants. D'ailleurs les médecins en réclament l'emploi et l'administration de l'A. P. toujours routinière et liée, par d'anciens contrats, à certaines compagnies laitières, refuse bien à tort de suivre le progrès ; le lait condensé sucré bien manié dans des biberons gradués (une cuillerée à café par 40 gr. d'eau bouillie), a une valeur alibile plutôt supérieure à celle des laits de vache chauffés à 100°. La distribution aux nourrissons indigents est beaucoup plus aisée qu'avec les paniers de Soxhlet, qui exigent un dérangement quotidien des mères.

On devrait laisser au médecin le libre choix parmi les laits préparés industriellement, suivant les aptitudes digestives variées de chaque enfant.

Il est reconnu que la plupart des nouveau-nés et que les débiles utilisent mieux les laits industriels que le lait de vache ordinaire.

Quant au fonctionnement des consultations médicales, il convient aussi de le modifier et de le compléter. La visite hebdomadaire adoptée par Budin pour le contrôle de l'accroissement des nourrissons au sein, ne peut suffire pour la surveillance de l'allaitement artificiel. Les troubles gastro-intestinaux sont alors fréquents et demandent des soins quotidiens ; beaucoup de bébés sont retardés dans leur croissance, atrophiques ou rachitiques, doivent recevoir des conseils réguliers, pour réparer les erreurs commises dans l'alimentation.

Il y a donc lieu de multiplier les consultations et de les porter à quatre par semaine au moins, comme on l'a déjà fait à la Clinique Tarnier et comme nous le faisons déja depuis dix ans, à la Goutte de lait de Belleville.

Me sera-t-il permis de suggérer en terminant que le contrôle méthodique de l'accroissement par la balance si commode et si utile, est loin d'être toujours suffisante surtout dans les retards si communs de la croissance, le plus souvent dus à des erreurs dans le calcul de la ration alimentaire.

Il est bien avéré maintenant que le poids peut être un indice trompeur, à cause de son instabilité, pour calculer la ration de lait, qui doit être de 14 gr. par centimètre de la taille des enfants ; c'est elle seule qui peut nous fixer sur e développement réel de l'organisme et sur ses besoins nutritifs. La toise doit donc être adjointe à la balance pour mesurer la taille, cet autre facteur de la croissance non moins important que le poids.

On ne doit plus se contenter de peser les enfants comme des volailles, il faut aussi les toiser, pratiquer la pédiométrie méthodique, comme nous le faisons depuis nombre d'années à Belleville, avec grand profit.

La rate dans la syphilis congénitale: elle est le siège d'une intense hémolyse qui explique l'anémie de ces nouveau-nés : érythrophagocytose et hémosidérose marquée. (WATSON, *Arch. of Pathol.*, 1929, t. VIII, p. 230.)

H. V.

Abcès de fixation. NESTORESCU a eu l'idée de rechercher le taux des alexines dans le sérum, chez le chien, après abcès de fixation. Comme il l'avait prévu, ce taux est augmenté, sans qu'il ait pu d'ailleurs, mettre en évidence la moindre action alexique dans la sérosité de l'abcès (Recherches expérimentales sur le titre alexique du sérum de chien sous l'influence de l'abcès de fixation. (*C.R. de la Soc. de Biol.*, 1929, C. 11, p. 120.)

H. V.

VIe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE (1)

tenu à Paris, du 30 septembre au 2 octobre 1929

par le Docteur R. PIERRET (La Bourboule)

NOBÉCOURT et BOULANGER-PILET (Paris). — **Rapport sur : la mort subite chez le nourrisson.**

La mort subite ou inopinée des nourrissons quoique assez rare, pose des problèmes de diagnostic, de pathogénie et des problèmes d'ordre médico-légal.

Tout d'abord *il faut s'entendre sur le terme de mort subite*. Volontairement nous n'adopterons pas une définition trop exclusive et nous étudierons sous ce nom les *morts instantanées* non précéédées de phénomènes agoniques, *les morts rapides mais précédées de phénomènes agoniques* enfin les *terminaisons insolites par leur brusquerie* d'affections aiguës ou chroniques antérieurement diagnostiquées.

La littérature contient un grand nombre de publications d'ensemble concernant la mort subite chez le nourrisson depuis celles d'Aran, Bonin, Brouardel, jusqu'à celles de Bontemps, Piédecocq, Macalister, Carpenter, Brelet, Marfan, Guillemot, Strassman, Etienne Martin et Mouriquand.

Bien qu'il soit difficile d'apprécier la fréquence de la mort subite chez le nourrisson, on peut cependant avec West et Richter conclure que la mort subite s'observe surtout pendant la première année.

Très souvent l'autopsie ne permet pas de reconnaître la cause de la mort subite, aussi une classification pathogénique de ces faits est-elle impossible. Nous adopterons pour leur étude une classification étiologique très simple : 1° la mort subite par lésions d'un organe déterminé ; 2° la mort subite dans les maladies infectieuses aiguës ; 3° la mort subite dans la syphilis congénitale ; 4° la mort subite dans l'eczéma ; 5° la mort subite dans l'hypertrophie du thymus ; 6° la mort subite dans la spasmophilie ; 7° la mort subite de cause indéterminée.

I. LA MORT SUBITE PAR LÉSIONS D'UN ORGANE DÉTERMINÉ.

a) *La mort subite par lésion de l'appareil circulatoire* s'observe dans les affections congénitales du cœur, les péricardites purulentes généralement pneumococciques, toutes lésions reconnues seulement à l'autopsie en général.

b) *La mort subite par lésions de l'appareil respiratoire* peut être due à l'obstruction des voies aériennes, à la bronchite aiguë simple (Schlemmer), mais surtout à la broncho-pneumonie (Brouardel, Duvoir) souvent latente chez les nourrissons cachectiques ou atteints de troubles gastro-intestinaux graves et qui reste une découverte d'autopsie.

La pneumonie est une cause exceptionnelle.

Il en est de même pour la tuberculose pulmonaire (hémoptysie foudroyante) ou ganglionnaire.

Quant à la mort subite dans la pleurésie, nous n'en avons pas relevé un cas chez le nourrisson, réserve faite de ceux provoqués par une ponction exploratrice de la plèvre.

c) *La mort subite par lésions des reins* si fréquente chez l'adulte est exceptionnelle chez le nourrisson.

d) *La mort subite par lésions de l'appareil digestif* est également peu fréquente. *L'abcès rétropharyngien* seul, parmi les lésions de l'appareil digestif, constitue une cause importante de mort subite, notion classique depuis la thèse de Thoyer-Rozat. La mort subite peut se produire aux diverses phases de l'évolution, au moment de l'incision, d'une exploration, d'une déglutition douloureuse, même sans cause appréciable. Autrefois on attribuait la mort subite soit à une hémorragie provoquée par la rupture d'un vaisseau important, soit à la chute du pus dans les voies aériennes. En réalité, ces deux facteurs ne paraissent avoir que peu d'importance. On ne connaît que deux cas de mort par hémorragie (Carmichael, Bokai et Alexy). L'irruption du pus dans les voies aériennes au moment de l'ouverture spontanée ou provoquée de l'abcès n'est pas vérifiée à l'autopsie. Le spasme de la glotte surajouté à l'obstacle mécanique a pu être invoqué comme cause d'asphyxie soudaine. Cependant les constatations anatomo-pathologiques contredisent ces hypothèses : on trouve en effet un cœur petit contracté en systole, vide de caillots, inhibé et non un cœur mou, dilaté, rempli de caillots asphyxiques. En somme, la syncope paraît être la cause la plus fréquente de la mort subite (Roustan, Aviragnet, Thoyer-Rozat) mais il est impossible de préciser le point de départ du réflexe aboutissant au pneumogastrique.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 45, du 2 novembre 1929.

Signalons encore la mort subite dans les *ulcus gastro-duodénaux, les troubles gastro-intestinaux graves, l'occlusion* et *l'invagination intestinale* qu'il faut distinguer à l'autopsie des invaginations agoniques.

e) *La mort subite par lésions du système nerveux* n'est pas très commune, les cas rapportés par Lemaître, Landon dans la *méningite tuberculeuse* sont rares.

Seules les *hémorragies méningées* sont une cause très fréquente de la mort subite des nouveau-nés. Décrites par Richardière elles ont été principalement étudiées par Démelin, Couvelaire, Devraigne, Lantuéjoul. Le facteur principal est le traumatisme obstétrical, auquel il faut ajouter les causes de lésions vasculaires, syphilis et prématurité. Cliniquement la symptomatologie de ces hémorragies méningées est assez fruste et seule la ponction lombaire permet d'en affirmer l'existence. A l'autopsie, on trouve des hémorragies de localisations très étendues et diversement associées ; on trouve en outre des ecchymoses sous-pleurales en rapport avec l'asphyxie.

Les cas sont rares de mort subite par *hémorragie* ou *ramollissement cérébral*. Cependant, comme l'a montré V. Hutinel on observe des hémorragies ou des foyers de ramollissement d'origine veineuse, secondaires à des thromboses des sinus duremériens ou des veines encéphaliques, qui peuvent déterminer la mort subite.

f) *La mort subite par lésions des glandes endocrines* (thymus et parathyroïdes exceptés). — La mort subite par lésions des *capsules surrénales* peut se voir dans les surrénalites (que nous envisagerons au chapitre des maladies infectieuses aiguës) dans la maladie d'Addison (Dezirot) et surtout dans les hémorragies. Celles-ci sont fréquentes chez l'enfant, principalement chez le nourrisson ou le nouveau-né ; chez celui-ci même l'autopsie les révèle d'après Arnaud dans les 45 % des cas, mais ces hémorragies discrètes n'entraînent que rarement la mort. L'inondation subite de la glande réalisant l'apoplexie surrénale est infiniment plus rare. Dans ces cas, l'enfant tombe subitement en syncope ou dans le coma et meurt en quelques minutes ou quelques heures. L'autopsie montre une hémorragie volumineuse, du sang liquide (constatation nécessaire pour affirmer l'existence d'un foyer récent), le point de départ se faisant dans la zone séparant la corticale de la médullaire (zone réticulée vasculaire ou corticale interne d'Arnaud). La pathogénie de ces faits est encore mal élucidée. Pour les uns (Brown-Sequard, Sergent), la mort serait attribuée à une intoxication suraiguë par arrêt brusque et total de la sécrétion antitoxique de la glande, où par hyperactivité fonctionnelle de la corticale congestionnée. Pour d'autres (Addison, Arnaud) la mort serait la conséquence d'un réflexe bulbaire, par réaction brusque du sympathique péricapsulaire. Ce ne sont que des hypothèses. Dans l'hémorragie massive supprimant tout le parenchyme, la théorie toxique paraît acceptable ; dans le cas de destruction localisée de la glande, la théorie semble plus séduisante.

La mort subite par *lésion du corps thyroïde* est exceptionnelle. Nous n'en avons relevé que deux cas (Tourdes, Chavigny) chez de jeunes nourrissons atteints de goitre simple ayant causé vraisemblablement une compression des voies respiratoires.

II. La mort subite dans les maladies infectieuses aiguës.

Elle s'observe surtout dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, la scarlatine.

a) Dans la *fièvre typhoïde*, celle-ci est ordinairement méconnue et n'est diagnostiquée qu'à l'autopsie par la constatation de lésions intestinales caractéristiques. La cause même de la mort subite échappe, en général : toutefois, dans un cas, Cerespin et Athias ont trouvé un foie infectieux et une hémorragie surrénale.

b) La mort subite relativement commune dans *la diphtérie* du grand enfant est assez rare chez le nourrisson. Sa pathogénie est encore plus mal connue chez celui-ci que chez l'enfant plus âgé. Dans la grande enfance elle survient habituellement dans les diphtéries malignes présentant le syndrome toxique secondaire de Marfan et relève d'une imprégnation toxique portant dans chaque cas soit sur le cœur, soit sur le système nerveux, soit sur les surrénales. Dans la diphtérie de la première enfance les symptômes de grande intoxication manquent le plus souvent : les paralysies (Bouquard, Ribadeau-Dumas) y sont exceptionnelles. Il est bien difficile de considérer comme relevant d'un syndrome secondaire de la diphtérie maligne les cas où la mort subite survient à l'époque où le syndrome est nettement caractérisé chez l'enfant plus âgé. Parfois la constatation à l'autopsie d'une thrombose cardiaque (Fournier) ou de lésions viscérales multiples (Chevalley) plaide en faveur d'une telle interprétation. Cette pathogénie ne semble pas la plus commune, avec Chevalley nous pensons que les causes les plus fréquentes de mort subite dans ces conditions sont les infections secondaires et la broncho-pneumonie.

c) Les faits de mort subite dans la *scarlatine* sont peu nombreux et relèvent soit d'une hémorragie de la jugulaire par un bubon scarlatineux (Cross) soit d'une phlébite de la jugulaire interne et des sinus (Cockle).

d) La mort subite dans la *coqueluche* est exceptionnelle (Gillet, Nasso, Cavengt).

Tels sont les faits peu nombreux de mort subite dans les maladies infectieuses aiguës du nourrisson. Leur pathogénie est encore plus obscure que chez le grand enfant. Comme pour celui-ci la mort subite relève le plus souvent du cœur, du système nerveux, des surrénales et la pathogénie n'est vraisemblablement pas univoque. On peut même se demander si les facteurs sont les mêmes pour l'enfant et le nourrisson qui présente des réactions si spéciales aux infections aiguës. Ces questions ne comportent pas de réponses satisfaisantes.

III. La mort subite dans la syphilis congénitale.

La mort subite chez les hérédo-syphilitiques a été mentionnée depuis longtemps et surtout étudiée par Fournier et ses élèves. Tantôt il s'agit d'un nouveau-né présentant ou non des lésions cutanées ou viscérales apparentes, tantôt le plus souvent, il s'agit d'un enfant de quelques semaines ou même de dix ou dix-huit mois.

Dans quelques cas les lésions suffisent à expliquer la mort soit lésions cardiaques (Legroux), soit lésions hépatiques (Hudelo, Gastou et Delot), soit lésions pulmonaires (Heller), soit des lésions multiples (Berghinz, Triboulet, Ribadeau-Dumas et Harvier) ; cependant dans la majorité des cas même après autopsie la mort reste inexpliquée (Brelet) d'ailleurs chez des malades où les lésions sont constatées celles-ci expliquent la mort mais non la mort subite.

IV. La mort subite dans l'eczéma.

Bien que peu étudiée dans les traités classiques, est actuellement un accident bien connu et dont on a rapporté de multibles observations.

Elle s'observe presque exclusivement à l'hôpital et, semble-t-il, assez souvent après un traitement actif de l'ezcéma.

Le tableau clinique est toujours à peu près identique. Quelques heures après l'entrée à l'hôpital le nourrisson eczémateux devient subitement d'une pâleur extrême ; les lèvres se cyanosent, les extrémités se refroidissent, la respiration s'accélère. Le pouls devient rapidement incomptable, la température monte à 40-41. L'enfant tombe dans un semi-coma entrecoupé de convulsions. La mort survient en quelques heures dans l'hyperthermie. Dans quelques cas l'évolution est encore plus rapide, tout se réduit à une pâleur brusque avec syncope.

La pathogénie de la mort subite est des plus discutée ; les autopsies ne montrent aucune lésion capable de l'expliquer.

La théorie de la métastase (Devergie) n'est plus guère admise aujourd'hui car les lésions cutanées ne disparaissent pas toujours avant la mort et celle-ci survient aussi bien chez les nourrissons dont l'eczéma a été peu ou même non traité.

La théorie de l'intoxication est basée sur l'existence de lésions hépatiques et rénales (François-Dainville, Guinon et Pater) mais celles-ci manquent souvent ou sont tellement discrètes qu'elles expliquent difficilement la mort subite (Hudelo et Louet).

La théorie de la septicémie foudroyante (V. Hutinel et Rivet) repose sur l'apparition des accidents dès le lendemain ou le surlendemain de l'entrée du nourrisson à l'hôpital, c'est-à-dire dans un milieu infecté, et sur la constatation très fréquente après ensemencement post-mortem du sang du cœur, de germes divers. Cette conception a contre elle les résultats négatifs de l'ensemencement du sang après la mort (Marfan et Hallé) et surtout les résultats négatifs des hémocultures pratiquées pendant la vie (Lemaire et Turquéty).

La théorie du choc anaphylactique, la plus récente, s'appuie sur l'analogie entre les symptômes précédant la mort dans l'eczéma et ceux du choc anaphylactique : les accidents seraient liés à une sensibilisation de l'organisme par des infections répétées de la peau au niveau des lésions eczémateuses. Cette conception admise par Hudelo, Flandin, Lereboullet demande les vérifications.

Parmi toutes les théories proposées il est bien difficile de choisir ; en tout cas il faut retenir le danger de l'hospitalisation des nourrissons eczémateux et la refuser quand aucun argument d'ordre extramédical ne l'impose.

V. La mort subite dans l'hypertrophie du thymus.

Elle a été très étudiée. Il y a quelques années on avait ten-

dance à rapporter au thymus toutes les morts subites inexpliquées ; actuellement cette question est soumise à révision.

Nous ne pouvons citer les innombrables communications qui s'y rattachent, rappelons parmi les travaux d'ensemble ceux de Piédecocq, Farret, Targhetta, Brelet, Harvier, Symmers, Guillemot, Tassopoulos.

Lorsqu'on cherche à préciser la cause de la mort subite il faut distinguer deux groupes de faits : dans le premier, l'autopsie révèle une compression des organes voisins, dans le second il n'existe aucune preuve d'une action mécanique du thymus hypertrophié sur ces organes.

A) *Mort subite par hypertrophie du thymus comprimant un organe voisin.*

Il s'agit assez rarement d'un nouveau-né, le plus souvent d'un enfant de deux à neuf mois qui a présenté un cornage continu avec paroxysme ou un cornage intermittent, ou bien ce sont des enfants qui n'ont rien présenté d'anormal et qui meurent brusquement. A l'autopsie pratiquée après fixation en masse des organes avoisinants, on constate une compression d'un de ces organes.

a) *Compression de la trachée ou des bronches.* — La trachée est rétrécie, aplatie d'avant en arrière ; il existe des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques témoins de la mort par asphyxie.

Parfois la compression est réalisée au niveau de l'orifice supérieur du thorax (espace critique de Grawitz) dans d'autres cas, peut-être plus fréquents, à l'intérieur même du thorax ce qui est plus difficilement compréhensible.

D'ailleurs à la suite d'expériences faites sur un cadavre d'enfant, et sur le lapin vivant on conteste l'action mécanique du thymus hypertrophié. Il faudrait, pour comprimer efficacement la trachée, une pression considérable rarement réalisée chez l'enfant. Ces constatations un peu troublantes ne suffisent pas cependant à faire rejeter la théorie de la compression de la trachée par un gros thymus, puisque cette théorie a pour elle des arguments anatomopathologiques indiscutables.

b) *Compression du cœur et des vaisseaux.* — Les faits sont plus rares et la mort paraît liée à des causes diverses : œdème cérébral (Hulot, Kob), insuffisance cardiaque suraiguë (Kob), thrombose de la veine jugulaire interne (Zander et Keyhl).

c) *Compression des nerfs.* — Les observations ne sont ni très nombreuses, ni très démonstratives. La compression du phrénique (Robinson, Farret, Tedeschi) amènerait la mort par paralysie diaphragmatique, puis paralysie des nerfs cardiaques du pneumogastrique.

Pour Targhetta, la mort serait le résultat d'un réflexe partant des filets sensitifs de la trachée et aboutissant au noyau d'origine du pneumogastrique pour produire l'inhibition du cœur et de la respiration.

Rieffel et Le Mée admettent la compression du nerf cardiaque inférieur créant une syncope cardiaque.

Tixier et Levesque ont incriminé la compression des récurrents qui entraînerait une paralysie des dilatateurs de la glotte. Mouriquand, Régnier et Delae dans un cas semblable auraient constaté un spasme des constricteurs.

La mort par compression des nerfs par un thymus hypertrophié est donc admissible bien qu'il soit souvent difficile d'en fournir la preuve absolue.

B) *Mort subite sans preuve anatomique d'une action mécanique du thymus hypertrophié sur les organes voisins.*

Ce chapitre englobe tous les cas de « mort thymique » proprement dite. Il s'agit de nourrissons rachitiques, pâles et gros, d'aspect empâté (Habitus-pastosus) qui, après ou sans cause occasionnelle sont pris brusquement de fièvre, cyanose, dyspnée, de convulsions et qui meurent en quelques minutes ou une à deux heures.

A l'autopsie on constate un cœur contracté en systole ; vide de caillots, type du cœur de la mort par syncope, un thymus gros mais ne comprimant aucun organe de manière évidente, une hypertrophie des organes lymphoïdes.

L'existence des altérations du système lymphoïde a conduit Paltauf à édifier sa théorie de l'état lymphatico-thymique (status lymphaticus). Pour cet auteur, l'hypertrophie du thymus n'est qu'un élément au milieu d'une hypertrophie lymphoïde généralisée ; on constaterait en outre l'hyperplasie des gros vaisseaux sanguins et du système chromaffine. L'état lymphatique prédisposerait à la syncope par suite des troubles de la nutrition et des altérations consécutives des centres cardiaques Il y aurait inhibition du cœur par lymphatoxémie.

L'explication manque somme toute de précision. On peut objecter ques des états lymphatiques beaucoup plus accentués, tels que la leucémie lymphoïde où le thymus intervient n'entraînent pas une prédisposition à la mort subite. Surtout l'état lymphatique est très banal, presque commun chez tous les rachitiques et la mort subite reste un fait rare.

On a donné d'autres explications de la mort thymique. Svehla, se basant sur des expériences d' « hyperthymisation » réalisées chez le chien par injection de fortes doses d'extrait thymique en conclut que chez le nourrisson porteur d'un gros thymus il y a hypersécrétion de la glande, conclusion qui est loin d'être démontrée, nos connaissances sur la physiologie du thymus étant des plus réduites.

D'autres auteurs font jouer un rôle à la dégénérescence du myocarde, parfois constatée, mais trop rarement aussi pour qu'on puisse l'incriminer.

Dans ces dernières années, on a tenté d'expliquer la mort par un état de vagotonie ; la mort subite serait due à l'arrêt du cœur par brusque excitation du pneumogastrique (Canelli). L'état de vagotonie est d'ailleurs différemment expliqué, sécrétion thymique d'une hormone vagotonique (Wiesel), antagonisme entre le thymus et les surrénales (Hornowski, Pulawski). Ces conclusions ne peuvent être acceptées sans réserves. Cliniquement il est très difficile d'explorer le vago-sympathique du nourrisson et physiologiquement nos connaissances concernant l'action de l'extrait thymique et le fonctionnement même du système végétatif sont encore trop imparfaits pour qu'on puisse conclure.

La pathogénie de la mort subite dans l'hypertrophie du thymus est donc loin d'être élucidée. Le seul point à retenir est que la mort, quel que soit son mécanisme intime, peut se produire par asphyxie brusque ou par syncope. En tous cas, pratiquement, nous possédons avec la radiothérapie du thymus un excellent moyen préventif de la mort thymique.

VI. La mort subite dans la spasmophilie.

C'est-à-dire la tétanie manifeste et la tétanie latente n'est pas très rare. Escherich sur 69 cas observés en sept ans, la note six fois ; cependant les faits suivis d'autopsies authentiques sont moins fréquents (Harvier, Chatelain, Iwabuchi). Les enfants meurent après un épisode de tétanie manifeste, surtout spasme de la glotte avec stridor, ou bien c'est d'emblée l'apnée paroxystique (Iwabuchi). Autant ces faits sont bien connus cliniquement, autant leur pathogénie est encore mal élucidée.

L'anatomie pathologique ne fournit que des do nées peu précises. On a constaté dans la tétanie des lésions des glandes parathyroïdes (Yanax, Atterbach, Grosser et Betke, Harvier) mais elles sont inconstantes. De plus, elles consistent surtout en sclérose partielle, et de telles lésions si elles conditionnent la tétanie, — ce qui n'est pas démontré — n'expliquent que difficilement la mort subite.

Le plus souvent la mort subite dans la spasmophilie résultant, nous l'avons dit, d'un spasme de la glotte est attribuée à l'apnée et à l'asphyxie consécutive. Cette explication n'est pas admise par Marfan, Stock et Pott, car la trachéotomie ou le tubage n'arrivent pas dans la majorité des cas à rétablir la respiration. Aussi a-t-on pensé qu'il y avait un spasme du diaphragme surajouté.

Quelques auteurs ont insisté sur le rôle direct du cœur dans la mort subite, qui serait le fait d'une véritable « tétanie du cœur » (Escherich, Paltauf) ce qui semble confirmé par les constatations nécropsiques d'Ibrahim, qui trouve un cœur non dilaté mais petit avec ventricule gauche contracté. Récemment, Koplik a insisté sur le phénomène du ralentissement subit du cœur, qu'on observerait dans la tétanie latente. L'exagération du phénomène pourrait conduire à la mort, tous phénomènes que Klein considère comme liés à une hyperexcitabilité du pneumogastrique.

Beaucoup d'auteurs pensent que la mort subite dans la spasmophilie relève de troubles cardiaques (Corsdrew, Peritz Reyher) mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour confirmer ou non cette opinion.

VII. La mort subite de cause indéterminée.

Il existe des cas nombreux de mort subite qui ne rentrent pas dans les cas que nous avons étudiés. Tels sont les faits de mort avec cyanose par accès subit d'apnée chez les débiles (Marfan) que l'on a tenté d'expliquer soit par la surcharge gastrique (Mme Henry) soit par un trouble de la nutrition (Budin) soit par une défaillance transitoire du centre respiratoire bulbaire (d'Astros).

Très voisin de ces faits est le cas étudié par Marfan (et non terminé par la mort) d'accès d'apnée avec cyanose et mort apparente chez un nourrisson non spasmophile mais hérédo-syphilitique.

Il y a encore des faits qui s'apparentent à ceux des morts subites après interventions chirurgicales et qui font l'objet du mémoire de MM. Ombrédanne et Armingeat.

En somme, la mort subite est fréquente dans le premier âge (2/3 des cas chez l'enfant dans la première année). Elle est particulièrement à craindre dans certaines affections (hypertrophie du thymus, spasmophilie, eczéma). La mort subite peut résulter de cinq grandes causes : 1° *lésion d'un ou de quelques organes* qui évolue de manière lente et crée brusquement l'insuffisance totale d'un organe essentiel ; 2° *d'une maladie générale*, généralement maladie infectieuse aiguë qui entraîne une toxémie ou une infection généralisée ; 3° un *choc protéinique* ; 4° une *asphyxie subite* ; 5° une *syncope mortelle* relevant de diverses causes.

Il faut avouer que dans bien des cas, ni les commémoratifs, ni l'examen clinique, ni l'autopsie, n'expliquent la mort subite d'une manière satisfaisante.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE

Ce que m'a appris Tuffier et ce qu'il m'a fait mieux connaître.

J'ai vu Tuffier pour la première fois quand, externe de Debove, puis du pauvre Gasne, je me glissais timidement dans son service pour suivre la visite.

Dans son *exposé de titres* (p. 4), il expose ainsi quelle était sa pratique : « Chaque élève est chargé d'environ cinq lits, il doit prendre et me lire l'histoire complète de chaque malade. Trois fois par semaine, je fais la visite, lit par lit, de tous mes malades, dont l'histoire a été suivie et écrite par chaque stagiaire ».

Mais, me direz-vous, qu'y a-t-il là d'original ? N'y a-t-il longtemps que l'enseignement de la médecine se fait au lit du malade ? D'accord, mais il y a la manière. Tuffier écoutait, attentivement, sévèrement, le liseur d'observation ; le regardant comme pour le fasciner — il posait, de sa voix vibrante, une question de-ci, de-là ; — il faisait sobrement la manœuvre nécessaire pour vérifier le diagnostic qu'on lui proposait ; — d'un mot, il donnait son diagnostic ; — quatre coups de craie sur le tableau noir ; — et, puis, une phrase ou un mot ou un geste : or, il se trouvait que cette phrase, ce mot ou ce geste fixaient pour toujours dans la mémoire l'enseignement qu'il fallait tirer de ce cas et faisait entrevoir la joie qu'il y aurait lieu à entreprendre mille recherches pour mieux comprendre ou pour mieux guérir un cas analogue.

A l'entendre ainsi enseigner et révéler, je résolus que, si je devenais interne, j'irais dans son service, quelque orientation de l'activité médicale que je choisisse à ce moment.

***

« On me pardonnera, dit Tuffier dans son *exposé de titres*, de rappeler qu'à chacun de mes cours commencés dans le petit amphithéâtre, j'ai dû, faute de places, terminer dans le grand amphithéâtre, — qui, pour un semestre, a dû être remplacé pour la même raison que la salle de l'Ecole Pratique ».

En 1913, vers la fin de mon internat, voulant tâter au dur métier de médecin de campagne, j'employais mes vacances à remplacer un confrère. Le premier jour, celui-ci me mit au courant du labeur qui m'attendait et m'interrogea sur ce que je faisais à Paris. Le nom de Tuffier produisit sur lui un effet magique. Le souvenir des leçons qu'il avait entendues l'émerveillait, encore, malgré les vingt ans écoulés depuis qu'il les avait suivies sans en manquer une.

De cet enthousiasme, je trouve un écho dans le discours que Jeanne prononçait au jubilé Tuffier, le 23 avril 1925. L'affluence au cours du jeune agrégé de chirurgie était considérable. « On s'asseyait partout, sur les marches, sur les fenêtres, on s'empilait debout contre le mur du fond, on s'écrasait dans l'escalier, et la salle croulait sous les applaudissements quand je vous vis entrer droit, sanglé dans la redingote noire, d'emblée maître de l'auditoire.

« Les étudiants vous remerciaient ainsi de la leçon de la veille et applaudissaient à l'avance celle du jour. C'est qu'ils reconnaissaient en vous le Maître inégalé de l'enseignement chirurgical. Le souvenir de ces conférences est resté inoubliable pour leurs auditeurs. Ces rappels anatomiques si pleins dans leur brièveté, ces caractères cliniques si nettement dessinés en phrases incisives, ces mots frappés en médailles, ce débit plein de feu, cette allure, cet enthousiasme qui ne faiblissaient pas un instant, tout emportait l'assistance à la suite de cet entraîneur dont la passion était de faire descendre dans l'esprit de ces jeunes gens la lumineuse clarté qui régnait dans le sien. La leçon s'achevait en triomphe, chaque fois renouvelé ».

Pour ma part, ayant commencé mes études médicales après le temps où Tuffier exerçait les fonctions d'agrégé, je n'ai pas entendu ces leçons. Mais je garde le souvenir « épaté » de certaines leçons du jeudi matin à Beaujon. Le Maître nous faisait travailller « dur ». G. Lœwy et moi, pour recueillir les éléments de ses leçons et, souvent, le sujet nous semblait bien dépourvu d'intérêt. Une certaine semaine, il nous fallut avoir lu tout et le reste sur les troubles de la mémoire après les traumatismes du crâne. Nous avons colligé des observations, dépouille des mémoires de Picqué, lu Bergson et Ribot, que sais-je encore, et nous avons remis à Tuffier tout un fatras recueilli sans enthousiasme. Or, de ce matériel informe, il fit jaillir l'étincelle, qui nous laissa ébloui.

C'est qu'il y a deux sortes de Maître : les uns, qu'ils soient ternes ou qu'ils soient brillants, s'efforcent à enseigner pour le mieux de ce qu'ils savent ; ils sont contents quand ils ont appris tout ce qu'il faut savoir ; les autres, plus rares, après avoir résumé, en quelques mots concis, tout cet indispensable, font la révélation de l'idée nouvelle, l'idée qui jette une lueur dans l'obscurité, l'idée qui surprend et qui, si elle est motivée, s'impose parce qu'elle est lourde de bonnes raisons.

***

Tuffier opérait avec une adresse extrême. Peut-être apprenait-il peu de technique à des débutants, car, sans cesse en éveil, son imagination chirurgicale le faisait varier à l'infini ces procédés en s'inspirant du cas individuel et en suivant l'idée particulière qui lui semblait convenir à ce cas. Mais, aussi, quel afflux de chirurgiens déjà qualifiés pour aller voir travailler Tuffier et pour chercher à capter l'idée qui, ce matin-là, lui avait inspiré le geste le plus heureux.

C'était un novateur, et il cherchait toujours à faire mieux. Il aimait à nous dire que ses anciens internes, revenant dans son service lui disaient tous : « Pourquoi avez-vous changé votre technique ? Nous ne reconnaissons plus les procédés que vous nous avez appris ».

Il opérait très vite. Des résultats opératoires qu'il obtenait, j'ai gardé l'idée très terre à terre qu'il vaut mieux avoir à faire à un chirurgien infiniment doué qui opère grâce à ses dons plutôt qu'à un chirurgien moyennement habile et qui opère bien grâce à beaucoup d'application et grâce à une technique bien apprise.

***

Je n'ose m'étendre sur l'importance de son œuvre ; des voix, plus qualifiées que la mienne, ont dit et diront ce que lui doit la chirurgie pour toutes ses branches : os, vaisseaux, reins, estomac, plèvres et poumons, tous les organes, tous les tissus. Ce qu'il a fait pour la rachianesthésie, pour la transfusion, pour la myomectomie, pour la conservation ovarienne, pour les greffes ovariennes, est présent à l'esprit de tous.

Il m'avait fait l'honneur de m'associer à ses recherches sur les greffes ovariennes et m'encourageait dans d'autres recherches expérimentales que j'avais entrepris en partant de là. Il avait été l'un des premiers chirurgiens à vouloir vivifier la chirurgie de toutes les conquêtes de la biologie : les cours de chirurgie expérimentale qu'il avait faits à la Sorbonne sous le patronage de Dastre, les recherches qu'il poursuivit plus tard avec Carrel constituent des dates importantes de la chirurgie moderne.

***

Le service de Tuffier, dans un vieil hôpital, était tenu de

façon impeccable et avec recherche de coquetterie. Les plantes vertes et les fleurs bien disposées ne sont pas une inutilité. Elles égaient les yeux des malades et, aussi, elles inspirent à l'étudiant je ne sais quelle impression inconsciente de la nécessité qu'il peut y avoir pour le médecin à ne pas négliger un certain prestige et une certaine élégance physique et morale.

***

Il convient de dire un mot du TUFFIER que j'ai connu pendant la guerre. Il joua un rôle considérable dans la chirurgie du front, payant de sa personne inlassablement. On le voyait aux ambulances, aux brancardiers, aux postes de secours les plus avancés, cherchant comment on pourrait faire bénéficier les blessés de la meilleure chirurgie dans les meileures conditions. Les grands chefs militaires respectaient ce chef comme on respecte un égal.

C'est alors que sa renommée s'enfla jusqu'à lui faire rendre justice pleine et entière.

Certes, TUFFIER n'était pas un méconnu ; les honneurs lui sont venus tôt et nombreux (1). Mais il est difficile d'être, totament, prophète en son pays.

Or, au fur et à mesure que les armées alliées s'unifiaient, les services de ces armées étaient amenés à coopérer plus intimement. Il fallut coordonner les méthodes chirurgicales des divers services de santé. Les chirurgiens alliés, qui étaient en dehors de nos petites querelles de clochers(il est si difficile de s'abstenir de ces querelles), quand ils pensaient à la chirurgie française, pensaient à TUFFIER. C'est ainsi que, tout naturellement, il devient le grand animateur des conférences interalliées pour le plus grand bien des blessés : l'Europe et l'Amérique lui donnèrent la part de gloire que son grand cœur avait tant souhaité.

***

TUFFIER reste un grand nom de la chirurgie et de la biologie, il aurait réussi au barreau, dans la politique, dans les belles lettres, comme il a réussi dans l'art de guérir, avec la même aisance, avec le même prestige, car les fées avaient multiplié les dons dans son berceau. Il a eu l'admiration de tous ceux qui l'ont approché et l'admiration tacite de ses rivaux. Il était séduisant ; il avait le goût du luxe, voire même du faste, et savait y évoluer.

C'était un Homme dans toute l'amplitude que peut prendre ce mot. Mais, surtout il aimait son Art, et c'est là la plus belle leçon qu'il ait pu nous donner, car la seule aristocratie, c'est d'aimer sa besogne quotidienne, de l'accomplir pour le mieux, de chercher à la perfectionner et de la magnifier en reprenant sans cesse le contact avec les idées.

Henri VIGNES.

(1) Né le 26 mars 1857, à Bellème (Normandie), TUFFIER fut interne des hôpitaux de Paris en 1879 ; prosecteur à la Faculté en 1884 ; docteur en médecine en 1885 ; chirurgien des hôpitaux en 1887 ; chirurgien du British Herftord Hospital ; professeur agrégé à la Faculté de médecine en 1889 ; membre de l'Académie de médecine en 1918 ; grand officier de la Légion d'honneur ; baronnet anglais ; chevalier de l'Ordre du Bain ; grand'croix de l'Ordre de l'Empire britannique.

Je n'essayerai pas d'énumérer les Sociétés françaises et étrangères auxquelles il appartenait, ni les innombrables décorations qui lui ont été attribuées.

Leucorrhée. — Avant d'en entamer le traitement, HINSELMANN recommande d'en préciser l'origine : endomètre, col, vagin (la vaginite, pour lui, est plus fréquente que l'endocervicite après une blennorragie). Pour cela, il examine à une loupe très puissante (quarante fois), avec un fort éclairage (dans les deux tiers des cas, il trouve ainsi des foyers inflammatoires). Il vérifie, en même temps si l'écoulement se fait par le col. (*Zeits f. Geb. und. Gyn.*, 1928, t. XC. p. 349.) H. V.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 octobre 1929

La radiothérapie est actuellement le seul traitement efficace des arthrites chroniques de la hanche. — *MM. Dausset et Lucy* ont traité 40 cas d'arthrites chroniques de la hanche, dont la plupart avaient été prises pendant fort longtemps pour des sciatiques. Après l'échec de tous les autres traitements physiothérapiques, et après radiographiques, ils ont eu recours à la *radiothérapie*. Or, ils ont obtenu dans plus de la moitié des cas, une amélioration de la fonction et une diminution telle de la douleur que les malades ont pu reprendre une vie très active, sans souffrir. Il y a arrêt de la maladie, sinon régression.

Ces résultats sont remarquables, étant donnée l'impuissance totale des autres moyens thérapeutiques qui laissaient l'affection évoluer progressivement. C'est la radiothérapie seule qui permet d'améliorer fortement ces véritables infirmes que sont les porteurs d'arthrites chroniques de la hanche.

Le rôle des minéraux de la ration alimentaire dans la glycosurie. — *M. Lematte* étudie l'action de la salive sur la formation du glycogène et la libération des minéraux qui accompagnent les glucides de la ration. Ces oxydes métalliques sont nécessaire pour fixer la glycogène dans le foie et les muscles.

L'auteur confirme ce que *M. Pierre Robin* a observé chez les enfants. Une mauvaise dentition, une hyperchlorhydrie gastrique, une mastication insuffisante, accompagnée des altérations quantitative et qualitative de la salive, peuvent troubler profondément les fonctions glycogéniques du foie, et faciliter la déminéralisation du sujet. On peut se demander si tous ces troubles fonctionnels ne préparent pas le lit à une glycosurie future.

Une cause essentielle de cellulalgie : l'attitude. — *M. Wetterwald.* — Les spasmes musculaires dénommés « crampes professionnelles » ont une cause périphérique, la cellulite, et guérissent par la mobilisation neuro-tissulaire, traitement manuel des nerfs et des tissus superficiels. La cellulite elle-même est provoquée ou aggravée par l'attitude d'un segment de membre ou du tronc. Cette attitude peu favorisable à l'irrigation humorale et aux échanges nutritifs, favorise par contre la stase toxinique, la vaso-dilatation, l'œdème plasmatique, et les infiltrats qui sont les stades successifs du module cellulitique. Les terminaisons nerveuses du tissu conjonctif participent à ce processus. La douleur s'explique par leur congestion propre et par la compression du tissu qui les enserre. Le massage empirique est inopérant ou aggravant. Les échecs mis au compte de ce traitement dans ces cas et dans d'autres, ont souvent pour cause une technique défectueuse, enseignée et pratiquée par des ignorants.

Subluxations vertébrales. — *M. Leprince* étudie les subluxations vertébrales qui seraient la cause de nombreuses maladies ; il apporte les résultats obtenus par la remise en position normale des vertèbres.

Dr PROST.



GLANURES

La tombe d'Emma Bovary. La pharmacie Homais. — « On sait, écrit dans les *Nouvelles Littéraires*, M. Gabriel le Reuillard, qui vient de faire un pèlerinage littéraire au pays de la Bovary, que Ry (Yonville-l'Abbaye dans le livre) fut le théâtre du drame réel conté avec tant d'acuité par le grand romancier.

C'est un petit bourg endormi de 400 à 500 habitants, à vingt kilomètres de Rouen, dédaigné du chemin de fer, dont la partie principale est située sur une seule rue.

Cette grande rue est flanquée, de chaque côté, de maisons basses, à un étage, dont plusieurs dans le style normand, sont fort pittoresques.

A l'entrée du village, derrière la mairie, près de laquelle se trouvaient les anciennes Halles en bois, est située, en bordure de la route de Graindville-sur-Ry, la vieille église, flanquée d'un beau porche en bois ouvragé. On y accède par un rapide chemin montant.

Autour, le cimetière désaffecté.

Tout de suite après le porche, derrière le banal monument actuel aux morts de la guerre, l'emplacement de la tombe de la Bovary, voisine de celle de la première épouse de Charles.

J'ai pu voir une photo de ces deux tombes. La première, celle de Louise Mutel, née à Fresne-le-Pin, le 14 septembre 1807, décédée à Ry le 12 novembre 1837, était une pierre droite surmontée d'une croix. La seconde, une espèce de borne de pierre en forme de pain de sucre mal équarri, portait cette inscription :

Ici
repose le corps
de
DELPHIN COUTURIER,
épouse
de
M. DELAMARE,
Médecin
décédée le 6 mars 1848
Priez Dieu
pour elle

Ce monument fut volé nuitamment, on ne sait par qui, en 1887, au moment des travaux de réfection de la verrière de l'église. Il en existe heureusement une photo que le propriétaire, vieil habitant de Ry, flaubertiste averti, a refusé, quant à présent, de livrer au public ».

L'emplacement de la pharmacie Homais est également connu. La seconde maison de la Bovary, dans la Grande-Rue de Ry (car celle qui servit de modèle à Flaubert en habita deux, dit M. Gabriel Reuillard) est une maison banale aux montants de brique, percée d'une porte cochère à deux battants pleins. Au-dessus de cette porte, la fenêtre de la chambre mortuaire d'Emma.

« La pharmacie est installée maintenant au rez de-chaussée de cette bâtisse, mais, à l'époque, elle se trouvait dans la maison toute proche, occupée aujourd'hui par M. Lecomte, mercier-bonnetier. Sous la voûte d'entrée, on voit la porte étroite, par laquelle Emma s'engouffra pour aller dérober le fatal poison.

Le pharmacien Homais, Jouenne de son vrai nom, était un homme curieux, épris de fouriérisme, libre-penseur, tel que Flaubert le dépeignit. Il décéda le 7 décembre 1849 à Vandrimare, commune voisine de Charleval, dans l'Eure.

Le fils Jonenne lui-même, le Napoléon Homais du roman, pompeux maître de pension, est décédé à Bihorel, commune voisine de Rouen ».

A propos d'un livre du docteur Louis Rollin, médecin de colonisation aux îles Marquises. — *Dans un article du* Journal des Débats » (28 *octobre* 1929), *intitulé* « *Sauvons la race maorie* », *M. René La Bruyère, attire l'attention du grand public, sur un ouvrage que vient de faire paraître le docteur Louis Rollin, médecin de colonisation aux îles Marquises. La population de l'archipel qui était de* 50 0.0 *habitants, il y a moins d'un siècle, était réduite en* 1926 *à* 817 *hommes pour* 626 *femmes et* 812 *enfants au-dessous de* 14 *ans. Nous reproduisons cet article.*

« Les îles Marquises découvertes en 1595, sont formées de terres volcaniques constituées par une série de vallées profondes. Celles-ci, grâce aux torrents qui cascadent entre les parois basaltiques, sont couvertes d'une végétation luxuriante d'une beauté remarquable. Elles étaient habitées jadis par une population maorie que Dupetit-Thouars qui s'en empara en 1842, estimait à cinquante mille âmes environ. Actuellement, 2.200 Maoris à peine, parmi lesquels de nombreux métis, végètent éparpillés sur ces terres quasi désertes. Le docteur Louis Rollin, médecin de colonisation aux îles Marquises, vient de faire paraître un ouvrage où il donne, sur l'effrayant dépeuplement de cet archipel, des renseignements qui coïncident, à plusieurs années de distance, avec nos propres observations.

Et tout d'abord, par un phénomène assez étrange, ce sont les naissances masculines qui l'emportent : trois garçons pour une fille. La loi de la procréation agit ici à l'inverse du monde. Il s'ensuit une émigration des adultes et surtout une recherche prématurée de la femme qui aboutit à toutes les tares physiologiques et à la stérilité. Les femmes n'ont plus d'enfants : elles ont d'autant plus perdu la notion de la maternité que là, comme dans tout le Pacifique, il n'y a pas de famille naturelle : la mère abandonne son nouveau-né presque aussitôt sa naissance entre les mains de parents adoptifs. Ceux-ci ne sauraient entourer l'enfant de soins équivalents à ceux que la mère peut lui donner. Faute d'allaitement naturel, les enfants meurent dans la proportion de 30 %.

Notre organisation sociale est tout à fait contraire au développement de la race. On a substitué aux cases indigènes en feuillage tressé de bambous, parfaitement isolées du froid et de la chaleur, des maisons en planches recouvertes de tôle ondulée « absolument intenables le jour, glaciales la nuit et, en outre, aussi sales que les anciennes habitations ».

Autre substitution regrettable, celle « de vêtements étriqués de cotonnade, sous lesquels la peau fonctionne mal et s'irrite ». Pudeur bien mal placée qui a fait abandonner le pagne. L'indigène, de ce fait, a perdu l'endurance aux changements de température et l'aisance dans les mouvements.

Il a également perdu le goût de la préparation des aliments ; nous n'avons pas su lui conserver ses coutumes. Au lieu d'accroître les troupeaux, les bœufs ont été décimés par des impositions injustes. Le Marquisien est « sous alimenté » que guette la tuberculose. Celle-ci fournit les quatre cinquièmes des décès. Loin de les éduquer, après leur avoir apporté nos maladies, nous ne faisons rien pour leur enseigner les notions les plus simples de l'hygiène. Les Marquisiens continuent à faire circuler à la ronde la pâte de « popoi » dont ils se nourrissent et la pipe qu'ils offraient, en signe d'amitié, il y a 25 ans à nos matelots comme au temps de Bougainville.

L'alcoolisme fait des ravages dans les rangs des indigènes, surtout l'alcool de cocotier. On a beaucoup exagéré l'influence de la syphilis acquise sur la mortalité ; elle est « rare actuellement ». Par contre, rien ne protège les ports contre l'invasion des maladies contagieuses. Le docteur Rollin cite le cas d'une goélette qui, en 1923, provoqua « sans aucune action pénale, 72 décès aux Marquises pour embarquer quelques dizaines de tonnes de coprah ».

Un comble ! On interdit, paraît-il, les danses et les chants « absolument nécessaires à ces grands enfants, et l'ennui, l'ennui mortel, règne dans toutes les cases sur cette population jadis si joyeuse et si vivante ».

Est-ce cela la civilisation ? Le spleen, la maladie, la famine, la mortalité infantile, le métissage, la stérilité, la mort. Est-il admissible que cette population de 50.000 âmes soit réduite, après moins d'un siècle, en 1926, à 817 hommes pour 626 femmes seulement et 812 enfants au-dessous de 14 ans ?

Tous ceux qui aiment les indigènes du Pacifique ne liront pas sans émotion le livre du docteur Louis Rollin. Nous avons un devoir à remplir vis-à-vis de cette population si sympathique. Rendons-leur leurs danses et leurs chants, qui ne sont pas plus obscènes que les nôtres ; leur pagne moins impudique que les robes courtes des Européennes. Reconstituons les troupeaux de chèvres et de bœufs et empêchons que le massacre des troupeaux ne se renouvelle pour le profit de quelques trafiquants. Et surtout envoyons là-bas des médecins pour sauvegarder l'avenir de cette race. C'est un crime de la laisser périr et nous ne pouvons assister impassibles à cette destruction d'une espèce sous prétexte que la chose se passe aux antipodes. Empêchons le métissage en fermant l'entrée des îles à ce qui n'est pas de sang maori. Laissons les indigènes retourner à leurs anciennes coutumes en ce qu'elles ont de sage et de conforme au climat.

Le docteur Rollin nous donne des statistiques qui prouvent que cet objectif de protection d'une des branches les plus aimables de l'espèce humaine peut être atteint. Grâce à l'envoi de deux médecins, on observe depuis 1927, pour la première fois, un excédent de naissances sur les décès. Or, on parle de supprimer l'un de ces médecins, alors que c'est toute une mission médicale qu'il faudrait envoyer en Océanie, avec des pouvoirs draconiens, afin de défendre les foyers maoris contre tous ces germes d'extinction et remplir là-bas un rôle d'autant plus enviable que nous sommes les vrais responsables de ce manque d'adaptation d'une famille humaine à nos mœurs de soi-disant civilisés ».

NOUVELLES

Hôpital Saint-Antoine. (Service du Dr Félix RAMOND). — *Une semaine de gastrologie clinique.* — Du 12 au 20 novembre le Dr Félix RAMOND, assisté des Drs Charles JACQUELIN, ZIZINE, DELALANDE et CHÊNE, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum, et les méthodes nouvelles d'exploration et de diagnostic. Des démonstrations radiologiques et des travaux pratiques accompagneront ces conférences.

PROGRAMME DU COURS. — 12 novembre : Les gastrites. Gastrites aiguës et chroniques. Gastrites totales et dissociées. — 13 novembre : L'ulcère de l'estomac. Ulcères du pylore. Ulcères de la petite courbure. Ulcères des faces. — 14 novembre : Le cancer de l'estomac. Le cancer primitif, l'ulcéro-cancer. La linite. Les lésions tuberculeuses et syphilitiques de l'estomac. — 15 novembre : L'ulcère du duodénum et les autres affections du duodénum : les périduodénites, les diverticules du duodénum, les sténoses duodénales. — 16 novembre : L'atonie gastrique. Atonies totales et segmentaires. Les spasmes gastriques. Spasmes gastriques. Spasme total, spasmes dissociés, spasmes sphinctériens. La dyspepsie biliaire et les autres dyspepsies secondaires. L'épreuve de Meltzer-Lyon. — 18 novembre : Les aérogastries. Aérogastrie essentielle et aérogastrie symptomatique. Les aérocolies et les déformations gastriques d'origine colite. Eventrations, hernies et volvulus de l'estomac. — 19 novembre : sténoses de l'estomac. Les autres formes de dilatation gastrique : dilatations aiguës et chroniques, totales et segmentaires. Biloculation. Ptose : Ptose vraie, allongement. Dislocation. — 20 novembre : Régimes et médications gastriques. Indications du traitement chirurgical.

DÉMONSTRATIONS RADIOLOGIQUES ET TRAVAUX PRATIQUES. — 1° Etude radiologique de l'estomac normal. — 2° Les signes radiologiques directs et indirects de l'estomac cancéreux. — 3° Les diverses images radiologiques du cancer de l'estomac. — 4° Les déformations du bulbe dans l'ulcère et la périduodénite. — 5° Les déformations de l'image gastrique par spasme, par atonie, par aérocolie, par éventration du diaphragme. — 6° L'estomac dilaté et l'estomac allongé. — 7° Tubage gastrique. Examen du suc gastrique par la méthode de Linossier. Tubages fractionnés. Pratique de la recherche du pH Epreuve de l'histamine. — 8° Tubage duodénal. Pratique de l'épreuve de Meltzer-Lyon et étude chimique, cytologique et bactériologique des biles : — 9° Examens coprologiques utiles au diagnostic des dyspepsies.

Les conférences auront lieu tous les matins à 9 heures. Elles sont gratuites. Pour les examens radiologiques et travaux pratiques qui auront lieu après chaque conférence, verser un droit de 250 francs et s'inscrire, en raison du nombre limité des places, soit à la Faculté de médecine, salle Béclard, au siège de l'A. D. R. M., soit à l'Hôpital Saint-Antoine, salle Lorain auprès de la surveillante générale du service.

Médecin chargé des services d'hygiène sociale. (Ville du Havre). — Il sera ouvert au Havre, le 7 décembre, à la mairie, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des services d'hygiène sociale.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats à ces emplois devront être Français avoir satisfait à la loi militaire, et être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine. Leur demande rédigée sur timbre devra être adressée au Maire du Havre, avec le dossier réglementaire composé ainsi qu'il est prescrit ci-dessous, avant le 30 novembre dernier délai :

1° Adresse exacte à laquelle la décision d'acceptation ou de rejet de la candidature devra être envoyée ; 2° Acte de naissance ; 3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ; 4° Extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ; 5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ; 6° Exposé des titres, travaux, états de service et références, notamment en matière de phtisiologie et de syphiligraphie ; 7° Principales publications ; 8° Engagement, pour le cas où il serait nommé de renoncer à faire de la clientèle, et de se consacrer uniquement à ses fonctions, de ne prétendre, par conséquent à aucune fonction ou mandat public ; 9° Engagement, en cas de démission, ou de nomination à de nouveaux postes, de continuer à assurer son service dans le département, pendant trois mois, au minimum.

Chaque candidat sera avisé, par le Maire, en temps utile et à l'adresse qu'il aura donnée, du résultat du concours en ce qui le concerne.

Le jury du concours sera ainsi composé :

Le Maire du Havre ou son délégué ; l'Inspecteur départemental d'hygiène, le Directeur du Bureau d'Hygiène du Havre ; un membre du Comité départemental d'Hygiène, désigné par le Préfet ; le Président du syndicat des médecins du Havre, un Conseiller municipal du Havre, désigné par ses collègues ; un médecin appartenant à la Commission exécutive du Comité National de Défense contre la tuberculose, ou son délégué ; le Médecin-Chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes du Ministère de l'Hygiène ; ou son délégué.

Les fonctions de secrétaire du Jury seront remplies par un fonctionnaire, désigné par le Maire.

Le Jury fixera les dispositions relatives au concours, et aura notamment la faculté de convoquer devant lui les candidats.

Traitement : le traitement de début est fixé à 30.000 fr. pour atteindre 35.000 fr. dans les délais fixés pour les chefs des services municipaux de la ville du Havre.

Limite d'âge : les candidats devront avoir au plus 45 ans au 1er janvier prochain.

Indemnités : Le titulaire de l'emploi sera obligatoirement affilié à la caisse municipale de retraites. Il bénéficiera de la gratification annuelle (1 douzième du traitement annuel) et des indemnités familiales allouées au personnel des services municipaux.

Ecole de Médecine de Tours. — Les laboratoires Métadier mettent a la disposition de l'Ecole de médecine et de

pharmacie de Tours quatre bourses de pension complète au Foyer médical.

Ces bourses porteront le nom de chacun des produits des laboratoires Métadier : Métatitane, Kalmine, Métavaccin, Métaspirine. Elles seront attribuées à des étudiants français méritants et nécessiteux sur demande adressée à M. le directeur de l'Ecole de médecine qui statuera, après enquête, et d'accord avec M. Métadier.

Au Foyer médical, les étudiants trouveront à leur disposition, outre un restaurant avec une nourriture saine et copieuse, des salles de travail, des bibliothèques et des salles de jeux.

Il convient de féliciter M. Métadier de sa généreuse initiative en faveur de l'Ecole de Tours et de l'aide qu'il veut bien donner ainsi aux étudiants.

Guerre. — M. le médecin commandant de l'armée active Fribourg-Blanc, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé, est nommé professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire de neuropsychiatrie, médecine légale, législation, administration et Service de santé militaire et déontologie.

Un maire est condamné pour exercice illégal de la médecine. — Le tribunal correctionnel de Coutances vient de condamner M. Pierre Guérin, maire de Parigney, pour exercice illégal de la médecine à Saint-James, à 300 fr. d'amende et à 1.000 francs de dommages et intérêts envers le syndicat des médecins d'Avranches qui s'était porté partie civile.

Conflit entre le syndicat des médecins de Metz et la caisse locale de maladie. — Le syndicat des médecins de Metz-Ville a dénoncé pour le 1er novembre le contrat qui le liait à la caisse locale de maladie, dont les membres, à partir de cette date, ne seront plus soignés gratuitement. Le directeur de la caisse conseille aux assujettis, jusqu'à ce qu'un nouvel accord soit intervenu, de se faire soigner par des praticiens non membres du syndicat ou résidant en dehors de Metz.

Direction des troupes coloniales. — Un concours sera ouvert le 5 décembre 1929, à neuf heures, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens, admis à la suite de ce concours, seront nommés médecins ou pharmaciens lieutenants au 31 décembre 1929, avec pour les médecins une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant 8 mois, les cours de l'Ecole d'application du service de santé, des troupes coloniales.

A l'issue de ce stade, ils pourront percevoir une bourse de 10.000 francs à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique occidentale française; cinq par Madagascar, cinq par le budget de la guerre par toutes colonies).

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* du 25 octobre 1929 (page 11832.)

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial seront adressés aux candidats qui en feront la demande au Ministre de la Guerre (8e Direction, 1er Bureau).

Faculté de Bordeaux. — *Concours du clinicat.* — Ont été proposés les candidats dont les noms suivent :

Clinique médicale des maladies des enfants. — M. Traissac, chef de clinique.

Clinique ophtalmologique. — M. Doucet, chef de clinique ; M. Sarrazebolles, chef de clinique adjoint.

Clinique d'électricité médicale. — M. Wangermez, chef de clinique.

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Blanc, chef de clinique ; M. Cloup, chef de clinique adjoint.

Clinique médicale. — M. Gré, chef de clinique.

Clinique gynécologique. — M. Mailhe, chef de clinique ; M. Cueille, chef de clinique adjoint

Hôpital Lariboisière. — *Consultation Civiale : Voies urinaires.* (Service de M. le Professeur agrégé Marion). — Une série complémentaire de leçons sera faite les lundi, mardi et vendredi, à 11 heures, à partir du lundi 25 novembre 1929 avec le programme suivant :

La blennorragie chez l'homme : anatomie pathologique et symptomatologie des urétrites aiguës et chroniques et de leurs complications génito-urinaires ; Les traitements et leurs indications, par M. Eudel, ancien assistant du service.

La blennorragie chez la femme, par M. Adelmann, assistant adjoint, chargé de la consultation des femmes.

L'urétroscopie, par M. Busson, chargé des examens urétroscopiques du service.

La haute fréquence en urologie ; Principes généraux ; la diathermie chez l'homme et chez la femme, par M. Roucayrol, chargé du service de la diathermie.

Bactériologie des urétrites ; Diagnostic bactériologique de la guérison, par M. Colombet, chef du laboratoire Civiale.

Le nombre des élèves étant limité, prière de s'inscrire à la Faculté de médecine, A. D. R. M., salle Béclard. Une deuxième série aura lieu à Pâques.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin des cours aux élèves qui en feront la demande. Droit d'inscription : 300 fr.

Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie. — La Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie, fondée en 1889, est arrivée à la quarantième année de son existence. Elle a décidé de célébrer ce quarantenaire par une séance solennelle dans laquelle sera évoquée la mémoire des savants illustres qui ont présidé à sa création.

Le bureau de la Société invite tous les psychothérapeutes qui s'inspirent de l'esprit scientifique à assister à cette réunion qui, coïncidant avec la séance annuelle, aura lieu le mardi 19 novembre 1929, de 5 heures à 7 heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence d'honneur des professeurs Charles Richet, Ménétrier, Pierre Janet, Jean Lépine (de Lyon), et du bâtonnier Henri Robert, membre de l'Académie française.

Ordre du jour du mardi 19 novembre, à cinq heures :

1° Les inspirateurs de la Société de Psychothérapie : Charcot, Liébeault, Dumontpallier et R. Lépine (de Lyon) ; par le Dr Bérillon.

Les psychothérapeutes aliénistes : Auguste Voisin et Jules Voisin.

Les universitaires amis de la psychothérapie : Emile Boirec et Lionel Dauriac ; par le Dr Paul Farez.

Les jurisconsultes de la Société de Psychothérapie : Tarde, Liégeois (de Nancy) ; l'avocat général Melcot et le bâtonnier Henri Robert ; par Me GUILHERMET, avocat à la Cour d'appel.

Les grands psychothérapeutes anglais : Braid, Hack-Tuke, Milne Bramwell, Lloyd-Tuckey, Sénèque Viard ; par le Dr Ch. SAMPSON (de Londres).

Le mouvement psychologique aux Etats-Unis ; par M. Jules BOIS.

La psychothérapie à l'époque contemporaine. Les doctrines de Grasset et de Pierre Janet ; par le Dr Pierre VACHET.

Au cours de cette séance, une médaille de bronze, œuvre de Mlle Hemmerlé, statuaire, sera remise au Dr BÉRILLON, secrétaire général de la Société depuis sa fondation. Le prix du médaillon est de 80 francs. Les souscripteurs qui désirent recevoir un exemplaire de la médaille, peuvent adresser le montant de la souscription au Dr Pierre Vachet, 8, boulevard de Courcelles.

La réunion sera suivie d'un banquet auquel sont conviés les membres de la Société et leur famille, ainsi que les adhérents à la séance annuelle.

Le banquet aura lieu à 7 heures et demie au Restaurant du Palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton. Tenue de ville. Prix : 30 francs.

Adresser les inscriptions à la réunion, les adhésions au banquet et les titres de communications au Dr BÉRILLON, 4, rue Castellane (8e). Téléphone : Central 24 01.

ORDRE DU JOUR DU MERCREDI 20 NOVEMBRE, à cinq heures : Questions générales mises à l'ordre du jour.

A. — Les méthodes scientifiques bases fondamentales de la psychothérapie ; 1° La préparation à l'action psychothérapique : L'hypnotisme, les états anapausiques, les adjuvants physico-chimiques ; 2° Les applications directes de la psychothérapie : La dialectique, la suggestion, la réflexothérapie psychique, les rééducations, la création des centres d'arrêt mentaux.

B. — Communications individuelles (dans l'ordre de leur inscription).

ORDRE DU JOUR DU JEUDI 21 NOVEMBRE, à cinq heures : Démonstrations techniques. Présentation de malades et d'appareils. Discussion sur la technique de la psychothérapie envisagée comme spécialité autonome. Dîner amical des psychothérapeutes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Utilisons les assassins. (*Utilisons les condamnés. — Un krach médical au prétoire. — Le royaume du médecin. — Communisme, expropriation... et Justice*), In-8 carré : 7 fr. (Vigot, frères).

Annuaire sanitaire international, 1928. In-8, 1208 p. : 95 fr. (Gamber).

Traité de stomatologie. Fasc. XI. **Dentisterie opératoire**, par FAUGIN-FAYOLLE, NOGUÉ, SCHAEFFER, LIANT, MAHÉ. In-8, 600 p., 450 fig. : 90 fr. (Baillière)

Chirurgie pratique des blessures et des accidents, par A. MOUCHET, GOUVERNEUR, OLIVIER, TAILHEFER. In-16, 208 p., 55 fig. : 36 fr. (Baillière).

La sédimentation globulaire. Son application à l'hydrologie, par M. MOSINGER et R. GRIMAUD. In-16, 143 p., fig. : 12 fr. (Baillière).

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses.* — M. JADLOVKER. Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut (1928). — M. JUBRÉAUX. La ceinture eutocique dans ses applications pendant la grossesse et le travail. — Mme KAUFMANN. Maladie de Köhler-Stieda.

5 novembre. — M. HENNION. Asthme et maladie de Basedow. — M. VINCENEUX. Etude de psycho-pathologie historique. « Les ambigus » : l'abbé de Choisy. — M. TAMBAREAU. Etude critique du traitement de la tuberculose génitale de l'homme. « L'épididytectomie. »

6 novembre. — M. COFINO URICO. La sensibilité à la tuberculine chez les enfants ayant ingéré du vaccin B. C. G. — M. PENANHOAT. Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. TAWIL. Traitement opératoire des décollements du pavillon de l'oreille.

7 novembre. — Thèses vétérinaires. M. RICHOU. Des amputations des membreschez les carnivores.

8 novembre. — Thèses vétérinaires. M. BRINET. Observations sur ce qui se passe dans une étable de vingt-cinq vaches en vingt-cinq ans. — M. FRANÇOIS. L'élevage porcin dans la Creuse

14 novembre. — M. CAYET. Etude du rhumatisme articulaire aigu. — M. HERSCOVICI. Le paludisme en Roumanie. — M. NORODON. L'évolution de la médecine au Cambodge. — M. PÉPIN. La prostitution, ses causes, etc. — M. TOUZARD. L'intradermoréaction dans les pyodermites.

Faculté de Lille. — M. Doumer, agrégé près de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à partir du 1er novembre 1929, professeur de thérapeutique à ladite Faculté (chaire vacante : M. Ingelrans, dernier titulaire).

Faculté de Montpellier. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à dater du 1er novembre 1929, à M. Lapeyre, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

Société d'anthropologie de Paris. 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — *Conférence annuelle Broca.* (Sous la présidence de M. le Professeur JEANSELME). — Le jeudi 21 novembre 1929, à 17 h. très précises : M. le Dr L. GIRARD : L'attitude normale de la tête déterminée par le labyrinthe de l'oreille.

Clinique médicale propédeutique. (Fondation de la Ville de Paris). Professeur : M. Emile SERGENT. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 9 décembre au samedi 14 décembre 1929 inclus, par MM. SERGENT, BENDA, Francis BORDET, COTTENOT, COUVREUX, Henri DURAND, KOURILSKY, MIGNOT, PRUVOST et TURPIN.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

PROGRAMME DES LEÇONS THÉORIQUES. (Ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures (sauf le lundi), à 15 heures et à 17 h. 30) :

Lundi 9 décembre, 9 heures : M. le professeur SERGENT. Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures : M. le Dr BORDET : Des images broncho pulmonaires normales. — 17 h. 30 : M. le Dr COTTENOT. Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 10 décembre, 11 heures : M. le Dr TURPIN. Diaphragme. — 15 heures : M. le Dr DURAND. Médiastin (tumeurs et kystes). — 17 h. 30 : M. le Dr MIGNOT. Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Mercredi 11 décembre, 11 heures : M. le professeur SERGENT. Trachée et bronches — 15 heures : M. le Dr BENDA. Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30 : M. le Dr BORDET. Des images pathologiques élémentaires.

Jeudi 12 décembre, 11 heures : M. le Dr DURAND. Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures : M. le Dr DURAND. Scissurites et épanchements scissuraux. — 17 h. 30 : M. le Dr PRUVOST. Pneumothorax et pneumoséreuse.

Vendredi 13 décembre, 11 heures : M. le Dr BORDET. Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 15 heures : M. le Dr KOURILSKY. Abcès du poumon : gangrène pulmonaire. — 17 h. 30 : M. le Dr DURAND. Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 14 décembre, 11 heures : M. le Dr DURAND. Tuberculoses pulmonaires aiguës. — 16 h. 15 : M. le professeur SERGENT. Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30 : M. le professeur SERGENT. Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades), sous la conduite des conférenciers, et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques), par le Dr COUVREUX.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

La lutte contre le cancer. Fondation d'un prix. — On annonce de Bruxelles qu'un généreux donateur a remis à la Ligue nationale belge contre le cancer une somme de 50.000 francs pour fonder un prix anonyme en vue de contribuer aux progrès scientifiques de la lutte contre le cancer.

La séance inaugurale de l'Ecole annexe de médecine navale. — Le vice-amiral Pirot a présidé la séance inaugurale des cours de l'Ecole annexe de médecine navale, à Brest. A cette occasion, des discours ont été prononcés par le médecin général Auregan, le médecin de première classe Roland, professeur d'anatomie, ainsi que par l'amiral Pirot, préfet maritime.

Un hôpital moderne. — Les Suédois ne veulent pas rester à l'arrière-garde du progrès. Leur principal hôpital, qui est

aussi le plus ancien, le « Serafinerlaserett », vient d'être complètement remis à neuf et on a profité de l'occasion, sur l'initiative des médecins, pour repeindre les murs dans des tons différents et en harmonie avec l'état des malades. Ainsi, les salles où ces derniers doivent rester assez longtemps, ont des tons neutres ; les salles exposées au soleil sont en vert ; celles exposées à l'ombre sont en jaune. Le rose sert à décorer les salles de convalescence, ce qui est fort judicieux.

Enfin, d'accord avec M. Forseth, l'un des artistes les plus notables de Suède, le professeur Holmgren, directeur de l'hôtal ainsi transformé, étudie en ce moment un système de « thérapeutique artistique ».

En quoi consistera-t-il ? On ne le sait pas encore. Sans doute la musique y jouera-t-elle un rôle important. En tout cas, on promet toutes sortes de félicités aux malades de cet hôpital et même des autres, car le système du professeur Holmgren sera généralisé. Vraiment, ce sera un coup de chance d'être malade en Suède dans un an ou deux.

(*L'Ami du peuple.*)

La maison de retraite des médecins du front. — Nous leur avons organisé la Mutuelle retraite qui leur assure une pension de 6 000 fr. à 50 ans. Nous avons l'occasion d'offrir a ceux qui sont seuls et n'ont pas d'autre ressource que cette pension un toit honorable où nos invalides de la guerre, mutilés et retraités pourront passer dans le calme la fin d'une existence prématurément usée au service de la France et du monde civilisé.

Et pour acquérir ce manoir de Boscla qui sera l'Hôtel des invalides des médecins du front nous avons encore besoin de quelques dizaines de mille francs.

Nous jettons en toute confiance cet appel à nos confrères afin qu'ils apportent leur contribution amicale, si modeste soit-elle aux mutilés de guerre de notre belle profession.

Quelques billets encore, et le Château meublé avec 28 chambres, une bibliothèque somptueuse, un billard, une installation enfin digne des médecins qui ont versé leur sang au service de la civilisation en lutte contre les barbares, tout cela, qui représente le bonheur des vieux jours, la sécurité de leur vieillesse, appartiendra aux invalides des médecins du front.

Nous sommes certains que vous voudrez contribuer à la réalisation de notre belle œuvre de solidarité médicale, et nous envoyer votre obole confraternelle, dont nous vous remercions par avance.

Au sujet de la campagne contre Vichy. — La campagne de diffamation menee contre les stations thermales françaises — et notamment contre Vichy — a donné lieu à une enquête

judiciaire dont les conclusions ont été communiquées à la presse et reproduites dans le monde entier.

Au point de vue plus spécialement médical qui nous intéresse, il convient de noter la protestation de la Société internationale d'hydrologie médicale, qui tenait ses assises à Buda-Pest au moment même où la Sûreté générale mettait la main sur l'organisation occulte de cette vile propagande.

Nous tenons à donner ci-dessous le texte de cette protestation et les noms des signataires, représentants qualifiés des principaux pays d'Europe.

« La Société internationale d'hydrologie médicale, à sa réunion annuelle à Buda-Pest, ayant eu connaissance par le délégué français au Conseil de la campagne de diffammation menée ces dernières années, confre les stations françaises, par certaines organisations étrangères actuellement démasquées, réprouve énergiquement de semblables procédés incompatibles avec l honnêteté scientifique la plus élémentaire.

« La Société ayant la charge morale de protéger et de défendre le bon renom de la science hydrologique déclare les affirmations contenues dans ces circulaires calomnieuses, et se réserve d'envisager à l'avenir des sanctions contre les organismes responsables de telles manœuvres ».

Docteur Fortesene Fox, président ; Dr Burt, Angleterre ; Prof. Dalmady, Hongrie ; Dr Danielewsky, U. R. S. S. ; Dr Faber, Danemark ; Dr Ferreyrolles, France ; Dr Fudor, Autriche ; Prof. Gabbi, Italie ; Prof. Gunsburg, Belgique ; Dr Hirch, Allemagne ; Dr Kahlmeter, Suède ; Prof. Matsuo, Japon ; Dr Scherbakoff, Yougo-Slavie ; Dr Schmidt, Tchéco-Slovaquie ; Dr Taipole, Finlande ; Dr Van Bremen, Hollande ; Dr Wassermann, Bohême ; Dr Wateff, Bulgarie.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — La Commission administrative ayant déclaré vacantes 3 places de chirurgien-adjoint, 1 place de radiologue-adjoint, les concours eurent lieu à l'École de médecine de Tours, sous la présidence de M. le Dr Georges Petit, administrateur-délégué. A la suite des épreuves, MM. les Drs Chevereau, L'heureux et Le Page (René) furent nommés chirurgiens adjoints et M. le Dr Raymond Faivre d'Arcier fut nommé radiologue-adjoint.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1929-1930, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saint-Pères). Ces conférences seront publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE PREMIER TRIMESTRE DE 1929-1930. — 17 novembre : M. SIREDEY. La leucorrhée. — 24 novembre : Introduction à l'hématologie.

1er décembre : M. PROUST. Des applications pratiques de la curiethérapie. — 8 décembre : M. PAGNIEZ. Traitement de l'épilepsie. — 15 décembre : M. HALBRON. Les embolies pulmonaires au cours des phlébites latentes.

Journées dentaires franco-belges. — Les Journées dentaires franco-belges, organisées par le Groupement de l'Ecole odontotechnique et le Comité d'organisation belge se tiendront à Paris, 5, rue Garancière (VIe) du 4 au 8 décembre.

A cette manifestation scientifique dont l'importance va croissante d'année en année, prendront part les sociétés scientifiques de Paris, de la Belgique et de la province.

Figureront au programme : une visite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; une visite à l'Institut du cancer, des soirées théâtrales, etc., ainsi que le banquet amical qui, chaque année, clôture ces réunions.

Un Comité des dames est également constitué pour recevoir les dames des confrères qui viendront, nous l'espérons, en très grand nombre.

Le Comité franco-belge fait un chaleureux appel aux confrères français en leur demandant de venir nombreux à ces différentes manifestations.

Pour tous renseignements et adhésions, s'adresser à M. SAPET, 5, avenue d'Orléans, Paris (XIVe).

Nécrologie. — Dr HARLET, de Roubaix, médecin de l'état civil, décédé à l'âge de 68 ans. — Dr SAVORNIN Henri, de Paris, 60, avenue Jean-Jaurès, vient de succomber à une septicémie contractée au chevet d'un malade. — Dr Victor CHAPRET, de Lyon, médecin honoraire des hôpitaux, décédé dans sa 78e année. — Dr Jean WATELET, décédé à Vire (Calvados) à l'âge de 81 ans. Ancien élève de Potain, il s'était installé à Paris et avait donné des soins à Barbey d'Aurevilly et à François Coppee. Il appartint au cénacle littéraire qui se réunissait chez l'éditeur Lemerre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les tumeurs fécales du rectum et du sigmoïde

(Stercoromes et stercolithes),

Par

R. BENSAUDE, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine et J. A. LIÈVRE, Interne des hôpitaux.

Les tumeurs fécales du rectum et du sigmoïde constituent des affections relativement fréquentes qui offrent de réelles difficultés pratiques : d'une part, parce qu'il n'est pas impossible de les confondre avec un cancer procto-sigmoïdien : d'autre part, parce que certaines d'entre elles sont rebelles aux méthodes thérapeutiques courantes.

On sait que, normalement, l'ampoule rectale est vide entre les défécations ; si l'on étudie celles-ci radiologiquement au moyen du repas opaque, on constate que, 24 heures après l'ingestion du repas, la plus grande partie des matières opaques s'accumule dans le côlon pelvien et la partie inférieure de l'ampoule rectale, en une masse compacte en forme de poire.

C'est à ce moment que se produit la défécation, qui amène l'évacuation de la masse pelvirectale (contenue dans l'ampoule rectale et l'S iliaque), et quelquefois aussi d'une partie du contenu du côlon descendant. Ce qui reste des matières opaques après cette première évacuation est éliminé par une seconde évacuation et a disparu totalement 48 heures après l'ingestion du repas d'épreuve.

Dans les constipations banales, le séjour procto-sigmoïdien des fèces est souvent allongé et caractérise un type particulier de constipation fonctionnelle, la stase pelvi-rectale, dyschésie de Hertz ; cette stase est fréquemment associée à un arrêt dans le cæco-ascendant (stase bipolaire (Bensaude et Guénaux). Dans ces cas, le retard de l'évacuation varie ordinairement de vingt-quatre heures à quatre ou cinq jours.

Mais il est des malades chez qui les délais d'évacuation sont beaucoup plus considérables ; tantôt la masse fécale procto-sigmoïdienne tout entière en est l'objet ; il se fait à ce niveau une accumulation considérable de matières, moulées sur l'intestin dilaté, de consistance ordinairement pâteuse ; c'est, à proprement parler, le *stercorome* ou *fécalome*.

Tantôt le défaut d'expulsion ne porte que sur des masses fécales solides, uniques ou multiples, de consistance quasi-pierreuse, de volume généralement modéré ; ce sont les *stercolithes*, qui deviennent de véritables corps étrangers intra-rectaux, et constituent un obstacle plus ou moins important au cours normal des matières fécales.

Malgré des points communs, ces deux types de tumeurs fécales dont les descriptions sont d'ordinaire confondues, comportent une symptomatologie et des traitements nettement différents.

Leur étiologie est souvent faite des mêmes éléments ; on les voit survenir chez de grands constipés habituels, et, particulièrement pour le stercorome, dans le cas d'atonie intestinale intense : c'est pourquoi la fréquence des fécalomes augmente avec l'âge, et est plus considérable dans le sexe féminin. Les ptoses, les adhérences intestinales, interviennent également dans leur production. On les observe encore dans les affections nerveuses entraînant une anesthésie ou une hypoesthésie rectale, tabès, paraplégie, etc..., ainsi que dans l'aliénation mentale. Chez les sujets jeunes, les accumulations fécales reconnaissent ordinairement pour cause des lésions de l'anus, telle qu'une fissure, ou des anomalies de longueur et surtout de volume du sigmoïde et du rectum : mégasigmoïde, mégarectum.

Quant aux accumulations fécales, au-dessus d'une sténose, d'un cancer du sigmoïde, d'un volvulus, nous ne nous en occuperons ici qu'au point de vue différentiel : ces fécalomes « secondaires », dont la distinction peut être délicate, reconnaissent des indications thérapeutiques toutes différentes.

***

Stercorome rectal. — Les troubles qui amènent le plus souvent les malades porteurs d'un stercorome rectal à consulter sont des troubles sphinctériens, et en particulier, du ténesme rectal.

Petit à petit, les selles ont été de plus en plus insuffisantes ; en même temps la défécation devenait douloureuse, laissait une sensation persistante de besoin d'expulsion. Le malade en arrive à se présenter à la selle avec une fréquence sans cesse augmentée, dix, quinze fois par jour : la selle est d'importance minime. Il existe une pesanteur pelvienne permanente, parfois de vives douleurs, irradiant à la fosse iliaque gauche et aux membres inférieurs, retentissant sur la vessie, provoquant dysurie et ténesme vésical.

Cependant l'arrêt des matières n'est pas absolu ; autour du fécalome les matières filtrent en partie ; des fragments se détachent de sa partie inférieure ; des selles morcelées, très peu abondantes, jaunes, molles ou rubannées, quelquefois d'une extrême fétidité, sont émises. Elles peuvent être noyées dans un flux séreux d'hypersécrétion, et cette fausse diarrhée peut faire méconnaître le caractère obstructif du syndrome, qui évoque l'idée d'une recto-colite ou surtout d'un cancer de l'ampoule rectale. Des écoulements de mucus, parfois de sang, voire de séro-pus, s'y ajoutent même dans quelques cas, et complètent alors la ressemblance avec le tableau de ces deux affections.

Ce syndrome fonctionnel peut manquer ; très longtemps le fécalome ne détermine aucun trouble, et c'est par hasard qu'il est découvert au cours d'un examen rectal.

Dans d'autres cas encore, c'est l'arrêt des matières qui a constitué le phénomène initial : la constipation est de plus en plus opiniâtre, purgatifs et lavements sont sans effet ; l'obstruction se complète, la rétention est absolue ; elle dure depuis quelques jours, une semaine, plusieurs semaines parfois, davantage même dans d'assez nombreuses observations. On a été jusqu'à citer des rétentions de plusieurs mois !

Effectivement la tolérance générale à ces occlusions basses est des plus remarquables ; les stercorémies accusées, des obstructions du grêle ne s'observent pas ici ; la rétention stercorale siège en un segment où ne se fait plus d'absorption. Toutefois, à côté de cas où l'état général reste absolument parfait, il en est d'autres où paraissent les signes d'intoxication : teint pâle et terreux, tachycardie, hypotension, asthénie. L'appétit est alors nul, la langue sale, les nausées sont fréquentes.

Bien souvent s'observent une anxiété, une agitation, un nervosisme extrêmes : il y faut faire la juste part de la toxémie et d'une excitation purement psychique.

On conçoit que ces signes éveillent l'idée d'une affection grave du côlon ou du rectum : tantôt, le syndrome obstructif domine, appelant l'hypothèse de sténose colique gauche ou sigmoïdienne, sans doute cancéreuse ; tantôt et plus souvent encore, la fréquence anormale des selles, leur insuffisance, les écoulements pathologiques, le ténesme rectal copient trait pour trait la symptomatologie fonctionnelle du cancer du rectum.

C'est donc généralement dans ces directions qu'on entreprend l'examen physique, qui doit conduire à démontrer la nature réelle de l'affection.

Une autre confusion pourrait être commise ; certains cas peu bruyants feraient parfois porter le diagnostic de constipation simple ou, au contraire, de diarrhée, lorsqu'il existe des selles très fréquentes ; aussi prescrirait-on une thérapeutique par voie buccale, ici de peu d'effet.

C'est pourquoi nous rappellerons l'importance fondamentale du toucher rectal, que tout signe procto-sigmoïdien, toute constipation, toute diarrhée même, doivent faire pratiquer. Cette règle essentielle, à mettre sans cesse en œuvre pour éviter la méconnaissance du cancer du rectum, trouve ici une nouvelle justification.

***

Le toucher rectal est donc pratiqué, et, comme le fécalome occupe généralement l'ampoule rectale, des signes précis sont recueillis. Ils sont particulièrement nets dans le fécalome mou, forme qui détermine le plus souvent du ténesme et fait par suite, songer au cancer.

Le doigt heurte une masse de consistance argileuse qui distend le rectum. Le segment inférieur du boudin fécal est parfois plus dur que le reste de l'accumulation stercorale ; le doigt le dilacère et pénètre dans une zone pâteuse.

La masse fécale peut être uniquement pelvienne ; d'autres fois elle dépasse le pubis, particulièrement en cas de mégasigmoïde, et le palper hypogastrique, combiné au toucher en décubitus dorsal, peut permettre de sentir l'extrémité supérieure du fécalome : tantôt on en accroche le pôle supérieur sphérique ; tantôt on suit le boudin intestinal, plus ou moins volumineux, dans le sigmoïde et le côlon gauche ; il s'y prolonge souvent par une succession de scyballes.

Déjà fort nets, ces signes sont précisés par la rectoscopie : le tube rectoscopique pénètre dans une masse compacte et pâteuse ; malgré l'écouvillonnage, le rectoscope se remplit sans cesse ; le retire-t-on pour le réintroduire, il s'emplit à nouveau et l'on peut d'ailleurs, en répétant ainsi l'intervention, vider partiellement ces fécalomes.

Il est généralement impossible d'apercevoir la muqueuse rectale ; quelquefois on parvient à passer entre paroi et fécalome et on constate alors que, dans la région visible, la muqueuse ne présente pas de lésions.

La radioscopie réserve, dans les cas même où l'obstruction intestinale est très marquée, une constatation paradoxale : il n'y a pas d'obstacle visible. Le lavement opaque (l'examen par repas opaque est absolument insuffisant) emplit facilement une énorme ampoule rectale : le point le plus remarquable réside dans le volume considérable du rectum : mais il n'y a pas d'arrêt, le remplissage du rectum, du sigmoïde et du cadre colique se fait bien, avec une opacité normale, et précise par surcroît les dimensions de l'intestin qui peut présenter, à la suite du mégarectum, un mégasigmoïde ou un mégacôlon total.

Il faut donc songer au fécalome lorsque la radioscopie montre une dilatation recto-sigmoïdienne avec progression parfaite du lavement opaque malgré une obstruction colique accentuée ; cette remarque prend surtout de l'importance lorsque l'examen direct du rectum n'a pas été préalablement pratiqué.

Ainsi, les signes physiques établissent le diagnostic et éliminent l'hypothèse de cancer, à laquelle on avait souvent songé : cependant l'examen de la muqueuse rectale tout entière n'a pu être pratiqué, et on est naturellement conduit à se demander si la seule constatation du fécalome permet d'écarter l'hypothèse du cancer.

Il semble qu'il en soit ainsi dans la pratique, car, dans la majorité des cas, l'ampoule cancéreuse est une ampoule vide et nous n'avons jamais vu la coïncidence d'un fécalome et d'un cancer. Mais parfois des matières fécales adhèrent à une masse cancéreuse, et celle-ci ne peut être constatée au rectoscope avec une parfaite netteté qu'après une détersion complète de l'ampoule.

Quant à l'erreur qui consisterait à prendre, au toucher rectal, un fécalome pour un cancer, elle est difficile à commettre, et les signes différentiels des deux affections sont des plus évidents : le cancer, lésion pariétale fixe, se projetant latéralement dans la lumière rectale, est une masse bourgeonnante, irrégulière, à base dure, saignant au moindre contact ; il s'oppose entièrement à la masse amorphe et pâteuse, occupant toute la lumière rectale, du fécalome mou, de même qu'il se différencie, très facilement des stercolithes que nous allons étudier maintenant.

Nous avons omis volontairement toute allusion aux signes généraux : on peut être amené à faire le diagnostic de cancer chez un individu en parfait état général, tandis qu'au contraire un fécalome ancien déterminera parfois tout l'aspect extérieur d'un cancéreux.

***

Stercolithes procto-sigmoïdiens. — Nous pensons qu'il faut distinguer de l'étude du fécalome mou celle des stercolithes procto-sigmoïdiens.

Les descriptions qui ont été données des fécalomes confondent habituellement ces deux variétés qui se distinguent pourtant par leurs symptômes, les problèmes diagnostiques qu'elles posent, et par leurs traitements. Dans le cas de stercolithe, il ne s'agit plus d'une accumulation de matières, dans un rectum dilaté, mais d'une masse arrondie, plus ou moins régulière, ordinairement très dure, pierreuse même, constituée par des matières compactes et tassées. Le volume en est modéré, bien moindre que celui du stercorome : il a généralement celui d'une noix ou d'un œuf. On a pourtant cité des exemples de fécalome dur très volumineux, enclavé dans le petit bassin qu'ils remplissaient entièrement ; ces cas avaient souvent pour origine le passage dans le tube digestif d'éléments indigestes. C'est surtout au cours de famines, et chez des prisonniers de guerre qu'on a observé ces fécalomes formés en partie de fibres végétales, d'épluchures, etc. En particulier, pendant la famine de Russie de 1918-19, de telles obstructions intestinales ont été fréquentes à la suite d'ingestion de graines d'avoine et firent décrire un véritable « iléus d'avoine ». Dans un cas de Tigis, on découvrit à l'autopsie une masse rectale d'avoine et de matières de 1 kg. 700, alors que la veille de la mort on en avait déjà retiré près de 2 kgs.

Certains médicaments (bismuth, charbon, magnésie, psyllium, graines de moutarde blanche), le baryum employé pour les examens radiologiques ont été également rencontrés dans les coprolithes qu'ils constituaient en totalité ou en partie.

Les signes fonctionnels déterminés par les coprolithes peuvent être analogues à ceux que nous avons décrits dans le stercorome mou ; mais bien souvent ils sont très spéciaux ; les sujets qui en sont porteurs se plaignent d'une sensation de corps étranger intra-rectal, et même de masse mobile dans le rectum ; ils essayent vainement de se soulager par la défécation, qui est d'ordinaire plus ou moins troublée, mais peut être aussi tout à fait normale.

Au toucher rectal, la constatation est parfois évidente : la tumeur fécale, unique ou multiple, se projette directement au centre de la lumière rectale ; on en perçoit les contours arrondis, la surface sphérique souvent grenue et râpeuse ; on la mobilise par rapport à la paroi à laquelle elle n'adhère pas ; le doigt en fait le tour plus ou moins aisément.

Il n'est pas rare d'ailleurs que le malade ait fait lui-même son diagnostic, perçu le corps étranger intra-rectal, ou même constaté l'apparition à l'anus de l'extrémité inférieure du stercolithe.

Mais d'autres fois, le diagnostic est loin d'être facile : le malade se plaint d'une sensation de corps étranger et de gêne de la défécation ; cependant l'examen physique est négatif : il s'agit d'un fécalome de petit volume, très mobile, qui fuit sous le doigt, et reflue dans le sigmoïde. Parfois est perçu un contact éphémère : souvent on ne sent absolument rien, en particulier lorsque l'examen est fait en position genu-pectorale. Il faut au contraire toucher le malade debout, et après la station debout, le faire coucher très lentement. Chez la femme, le stercolithe peut être fixé par le vagin et ainsi saisi. La rectoscopie

dans la position habituelle genu-pectorale est souvent négative parce que, dans cette situation, le stercolithe a disparu dans le sigmoïde : il est indispensable de faire l'examen en position latérale, aussitôt après la station debout, pour découvrir la masse sphérique régulière qui donne au contact du rectoscope une sensation très spéciale de corps solide et dur.

Cette constatation directe permet encore d'éliminer le diagnostic de corps étrangers du rectum, sur l'introduction desquels il peut être difficile d'obtenir des aveux explicites.

La radioscopie ne donne naturellement lieu à aucune constatation positive, son intérêt est de montrer l'absence de lésion tumorale ou sténosante de la paroi intestinale et ce point a une grande importance.

***

L'absence de lésions radiologiques devient un signe capital dans l'étude des *fécalomes sigmoïdiens* qui ne sont pas directement accessibles au toucher rectal.

Il ne s'agit plus ici de stagnation fécale massive procto-sigmoïdienne, ni de stercolithes mobiles, mais de masses fécales immobilisées dans le seul S iliaque, que le doigt ne perçoit pas parce qu'elles sont trop élevées ou parce qu'elles en sont séparées par la plicature recto-sigmoïdienne.

Dans ces derniers cas, assez rares d'ailleurs, le fécalome siégeant dans une anse sigmoïdienne prolabée est perçu comme une tumeur pelvienne extra-rectale et reste séparé du doigt par deux épaisseurs de muqueuse : il peut ainsi prêter à confusion avec n'importe quelle tumeur pelvienne, fibrome pédiculé, kyste de l'ovaire, et surtout néoplasme sigmoïdien. La forme en boudin, parfois la consistance pâteuse, l'association à des scyballes de la fosse iliaque et du flanc plaident en faveur du fécalome sans éliminer la sténose organique de l'intestin.

Il en est souvent de même lorsque la masse fécale haut située est perçue seulement par la palpation abdominale, et le Professeur Carnot a insisté, dans une leçon récente, sur les erreurs dont ces cas étaient parfois l'objet (1). A côté de la suite de scyballes caractéristiques, on peut avoir affaire à une tumeur unique, de consistance ordinairement très dure. Cependant, dans quelques cas, une pression énergique et prolongée parvient à la déformer : le doigt y laisse sa trace et l'on décrit même la sensation caractéristique qu'on aurait parfois en le retirant, donnant l'impression de séparation de deux surfaces humides et adhérentes (signe de Gersuny) ; ce signe est, en fait, des plus rares ; il serait plus facile, d'après R. Finochietto, de percevoir le signe acoustique correspondant, sorte de crépitation humide obtenue en retirant lentement un stéthoscope d'abord énergiquement appliqué.

Une sigmoïdoscopie prudente, redressant par injection d'air le pli recto-sigmoïdien, peut souvent atteindre ces fécalomes haut situés et montrer l'absence de toute sténose au-dessous d'eux.

Toutefois, c'est surtout aux examens radiologiques qu'on s'adressera pour obtenir cette constatation. On voit que la masse est située dans l'intestin, et qu'il n'existe pas d'obstacle à la bouillie barytée : celle-ci vient dessiner les parois intestinales et l'opacité du segment obstrué est d'ordinaire identique à celle des segments voisins. Les aspects radiologiques anormaux ne sont pourtant pas rares, mais ils résident dans les malformations intestinales associées au fécalome (ou qui en sont la cause directe) : mégacôlon, mégasigmoïde, dolichocôlon.

Ainsi, dans ces cas comme dans le fécalome de l'ampoule rectale, il est facile d'éviter de grossières confusions — telles que de prendre un fécalome pour une tumeur utéro-annexielle —, et il est d'autre part des doutes légitimes au seul examen clinique : c'est en l'occurence le diagnostic du cancer sigmoïdien, et accessoirement, celui du volvulus chronique du sigmoïde. Le cancer du sigmoïde est en effet un cancer peu volumineux, essentiellement sténosant, et l'accumulation qui se fait au-dessus de lui donne tous les signes positifs que l'on peut décrire dans les fécalomes. Il faut donc toujours songer au cancer dans l'obstruction colique gauche, et particulièrement si la constipation est d'installation récente chez un individu jusque-là bien réglé. De ce problème précis, il sera toujours possible de parvenir au diagnostic de quasi-certitude, par la mise en œuvre systématique de tous nos moyens d'exploration. Sans doute, la recherche du sang dans les selles peut être négative dans le cancer en virole du sigmoïde, la sigmoïdoscopie peut ne pas progresser assez loin, mais la radioscopie montrera toujours la sténose ou l'anomalie sigmoïdienne.

(1) Paul CARNOT. — Les stercoromes. *Paris Médical*, 24 novembre 1928, p. 443.

Traitement.

Le stercorome est une affection locale, qui réclame un traitement local.

Le traiter par les purgatifs violents est illogique, généralement inefficace, parfois dangereux. On a vu ce traitement déterminer la rupture ou la perforation intestinale, ou compléter une obstruction partielle (Yeomans). De même, il est généralement préférable d'éviter les divers excitants des fibres lisses ; mais, associés à la dilacération du fécalome, ils peuvent aider utilement à son évacuation. C'est ainsi, en particulier, qu'on a employé l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse en injections (Carnot).

Cependant il peut être bon de faire prendre par voie buccale des médicaments huileux.

L'huile de paraffine, en prises répétées quotidiennes ou bi-quotidiennes, ramollit la masse fécale et lubrifie le conduit intestinal ; l'huile de ricin même peut être précieuse, à condition de proscrire les doses massives, au profit des petites doses répétées (une cuiller à café chaque jour).

Les traitements les plus rationnels agissent directement sur la masse intra-rectale.

Les lavements viennent souvent à bout des fécalomes de consistance molle ; cependant lorsque le malade vient consulter, il a pris d'ordinaire, de son propre chef, des lavements d'eau chaude qui ont été inefficaces ; répétés à maintes reprises, ces irrigations ont pu amener une vive irritation colique.

Il faut généralement leur substituer le lavement d'huile, employé sous deux formes : petit lavement de 150 ou 200 grammes, à prendre à la seringue, à garder toute la nuit ; grand lavement évacuateur, de trois quarts de litre ou davantage ; il faut parfois en augmenter considérablement la quantité dans le cas de mégacôlon.

L'efficacité du lavement évacuateur sera augmentée si on le fait prendre en position genu-pectorale ; on peut aussi le faire garder quelques heures, ce que facilite le decubitus dorsal avec surélévation des pieds.

Souvent, au bout de trois ou quatre jours de ce simple traitement, se produit une débâcle, et l'évacuation d'une quantité considérable de matières.

En cas d'échec, d'autres injections rectales peuvent être utilisées. Il ne faut pas trop compter ici sur le lavement de bile, surtout efficace pour déclancher un réflexe évacuateur des segments intestinaux sus-jacents. L'eau savonneuse est souvent utile, car elle exerce une action dissolvante sur les matières fécales ; on peut encore injecter, au contact de la masse stercorale, une dilution à 10 ou 25 % d'eau oxygénée, qui dilacère le fécalome par production gazeuse.

Les mélanges : eau de savon, huile, glycérine ; huile, bile, eau ; huile-eau de chaux, etc., ont été également recommandés.

Lorsque le succès n'a pas été obtenu par ces moyens l'évacuation au doigt est nécessaire ; elle est quelquefois

facilitée par l'atonie sphinctérienne ; lorsqu'une partie du fécalome a été évacuée, le reste vient ordinairement sans difficulté. Il importe d'ailleurs de ne pas vider d'un seul coup le rectum des sujets âgés et fatigués, et, chaque jour, l'infirmière pratiquera l'évacuation d'une fraction du fécalome.

Il est des cas qui résistent à toutes ces thérapeutiques et deux ordres de moyens s'offrent alors : l'évacuation directe après dilatation sphinctérienne, et l'évacuation sous anuscopie ou rectoscopie. La dilatation est assez souvent employée, sous anesthésie générale ou épidurale ; elle permet l'introduction de la main et l'évacuation facile du rectum ; mais, chez des gens âgés, elle offre le sérieux inconvénient d'être parfois suivie de troubles sphinctériens, en particulier d'incontinence partielle des matières fécales, généralement passagère, mais dans quelques cas très persistante. Aussi est-il préférable de s'adresser à l'évacuation à la cuiller ou à la curette mousse, introduite par un anuscope. La cuiller est le meilleur instrument, la curette doit être réservée aux fécalomes durs, et la curette tranchante doit être proscrite, de crainte de léser les parois du rectum. Si le fécalome est haut situé, le rectoscope est utilisé et un courant d'eau chaude aide à l'évacuation des matières. E. Finochietto a proposé d'utiliser le rectoscope comme aspirateur, en amenant au contact de la masse fécale l'extrémité d'un rectoscope géant (34 cm. de long, 4 cm. de diamètre), et en retirant progressivement le mandrin étanche. En fait l'introduction de ce rectoscope nécessitant une anesthésie et une dilatation sphinctériennes, les manœuvres manuelles nous semblent d'une pratique plus simple et aussi efficace.

Une difficulté se présente encore, lorsque, le rectum ayant été vidé, la rétention fécale siège sur le sigmoïde et est séparée du rectoscope par la plicature recto-sigmoïdienne ; les lavements, le massage et la malaxation très prudente pourront aider à leur évacuation ; on peut également redresser prudemment au rectoscope la courbe sigmoïdienne, par progression sous le contrôle de la vue.

***

L'évacuation des stercolithes se heurte souvent à des difficultés plus considérables que celle de l'accumulation fécale, à cause de leur dureté et de leur mobilité.

Les premiers essais doivent encore recourir aux huiles et aux injections évacuantes. En cas d'insuccès, il faut agir directement sur le stercolithe, le fragmenter au doigt pour en évacuer les morceaux ; c'est là une tâche souvent difficile, parce que le stercolithe fuit sous le doigt latéralement et remonte dans le sigmoïde ; on peut le fixer, chez la femme, au moyen de deux doigts introduits dans le vagin. Souvent la tumeur fécale est très dure et ne peut être brisée ; il faut l'attaquer avec des instruments rigides ; mais il importe de ne le faire que sous le contrôle de la vue, et, avec beaucoup de prudence, au moyen d'une étroite curette mousse introduite par l'anuscope.

Si le fécalome est haut situé, c'est avec le rectoscope qu'il faudra arriver à son contact immédiat ; la difficulté réside souvent dans le fait que le stercolithe fuit devant l'instrument ; nous nous sommes servis, en cette occurrence de la pince de Brunnings à griffes (pour le fixer), et d'un lithotriteur de Guyon à branches droites.

Les manœuvres intra-anales que l'on est ainsi forcé de répéter sont souvent douloureuses, et il est bon de faire une anesthésie locale, par exemple par simple application sur l'anus, pendant quelques minutes, d'un tampon de cocaïne.

Ainsi toutes les masses fécales du rectum et du sigmoïde doivent être évacuées par les voies naturelles. On a pourtant songé, dans les cas rebelles de fécalomes abdominaux, à l'intervention chirurgicale, et le Prof. Carnot a cité récemment plusieurs exemples d'entérotomie pour extirpation de fécalomes haut situés. Comme il le fait remarquer, il s'agit là d'opérations toujours périlleuses.

Nous n'entendons parler ici que du traitement immédiat du syndrome obstructif, et nullement de la chirurgie de l'affection causale ; on connaît les tentatives chirurgicales diverses qui ont été faites dans le traitement de la constipation, et surtout les méthodes destinées à supprimer ou à pallier le dolichocôlon et le mégacôlon. Ces dernières méthodes sont évidemment les plus radicales ; nous ferons cependant observer que nous n'avons eu affaire qu'exceptionnellement à des récidives de fécalome ; des soins attentifs, une bonne hygiène, des défécations régulières, les médicaments huileux et les évacuants en assurent en général une prophylaxie satisfaisante.

Albuminuries fonctionnelles :

leur classification et leur origine rénale et non rénale

Par M. le Professeur **MERKLEN**

La question des albuminuries fonctionnelles est une de celles qui prêtent encore beaucoup à contestation. Les difficultés portent surtout, semble-t-il, sur deux points : la classification desdites albuminuries ; leur origine rénale ou non rénale.

***

1° *Classification.* — Mieux vaudrait dire énumération. Il fut une époque où les choses se présentaient avec une certaine simplicité ; on supposait qu'en décrivant les albuminuries orthostatiques, cycliques et digestives, on avait à peu près donné le schéma des variétés les plus habituelles. Sans doute en était-il qui ne rentraient pas dans ce cadre, alors que d'autres se réclamaient à la fois de deux des groupements précédents : ainsi les albuminuries consécutives aux repas durant l'orthostatisme, etc. Peu à peu la notion d'albuminuries associées a pris corps, pour aller ensuite encore s'élargissant. La vérité clinique y gagnait ce qu'y perdaient les descriptions didactiques. Gillet disait avec grande raison il y a déjà plusieurs années : « Toutes les combinaisons paraissent du reste possibles ».

Cependant nous apprenions à connaître en outre de nouvelles variétés d'albuminuries fonctionnelles : clinostatiques, matutinales, lordotiques, etc. Les plus suggestives sont peut-être celles que Rathery (1) a décrites sous le terme d'albuminuries intermittentes irrégulières ; leur existence a été maintes fois vérifiée depuis lors, et divers auteurs les considèrent même comme parmi les plus fréquentes. Elles apparaissent à des heures changeantes, sans moment fixe dans le nycthémère ; elles se dessinent sans causes appréciables ou après les repas, la fatigue, etc., ces causes étant elles-mêmes variables selon les sujets ou chez un même sujet. Elles offrent l'intérêt primordial de prouver que les facteurs jusqu'alors reconnus pour générateurs d'albuminuries fonctionnelles ne représentent qu'un côté du problème, de prime importance à coup sûr, mais insuffisant pour l'explication de tous les cas observés.

Les choses en sont là pour l'instant. Elles peuvent se résumer : association courante de divers éléments étiologiques chez un même malade, multiplication des variétés d'albuminuries fonctionnelles, absence de rythme réglé au cours de certaines d'entre elles.

Plusieurs auteurs ont fait remarquer que l'on prend parfois pour une albuminurie fonctionnelle une albuminurie

(1) RATHERY. — Les albuminuries intermittentes irrégulières (*Paris médical*, 1912, t. V, p. 621). — MOUGENC DE SAINT-AVID : Thèse Paris, 1912-13.

venue des voies génitales. L'observation de Dufour et Muller (1) est particulièrement caractéristique ; ces médecins ont rencontré un soi-disant cas d'albuminurie clinostatique qu'ils ont pu établir n'être que la résultante de manœuvres de masturbation.

Cette origine génitale nous paraît encore plus courante qu'on ne le suppose d'ordinaire. Chez les filles, personne n'ignore avec quelle facilité les sécrétions vaginales se mélangent à l'urine lors de son émission. Chez les garçons, il convient de faire une part fort appréciable à l'onanisme ; de plus, après la puberté, chez les adolescents encore ignorants du coït, le passage du bol fécal peut presser sur la prostate et faire sourdre quelques gouttes de liquide.

Deux moyens aisés à mettre en œuvre évitent les erreurs : ou bien sonder la vessie, ou bien rechercher par centrifugation les spermatozoïdes dans l'urine albumineuse. Il nous est arrivé par ce dernier procédé de comprendre des albuminuries à propos desquelles on avait émis toute sorte d'hypothèses. Actuellement, en matière d'albuminuries fonctionnelles, nous croyons qu'avant de conclure il faut avoir bien soin de s'assurer que les urines n'ont pas été émises spontanément ou qu'elles ont subi l'épreuve de la centrifugation. Ce faisant, des points obscurs trouveront leur éclaircissement.

***

2° *Origine rénale ou non rénale.* — C'est là le point névralgique, et personne encore n'a réussi à le guérir. Aussi bien ne l'a-t-on pas toujours traité comme il l'eût fallu, croyons-nous, et a-t-on eu le tort de rester dans un dilemme insoluble parce que mal posé.

Origine rénale, disent les uns, sur la foi de tels ou tels signes d'insuffisance ; d'où certitude que les reins sont le siège de minimes altérations ou tout au moins d'insuffisance fonctionnelle.

Pas d'origine rénale, répondent les autres, invoquant les cas à épreuves négatives et aussi ce fait essentiel que les albuminuries fonctionnelles guérissent en règle et ne tombent pas dans l'urémie.

Il serait long de reproduire toutes les observations parues en faveur de l'une ou l'autre thèse. Elles sont rappelées au surplus dans la plupart des travaux d'ensemble relatifs aux albuminuries fonctionnelles. Beaucoup d'entre elles ont cette particularité de ne guère valoir chacune que pour elle-même, sans autoriser que l'on généralise aux faits analogues. Rien de surprenant, dans ces conditions, que les deux partis continuent à coucher sur leurs positions et que les articles écrits aujourd'hui sur la pathogénie des albuminuries en cause ne diffèrent pas beaucoup de ceux publiés il y a vingt ans.

Aussi la logique est-elle de conclure à la possibilité de deux formes d'albuminuries fonctionnelles, celles avec et celles sans atteinte rénale. Il va de soi qu'une telle solution sent le provisoire, ne serait-ce qu'à cause de la grosse objection qui surgit : comment justifier que les deux formes présentent la même bénignité pronostique ?

Certaines observations portent en soi leurs contradictions. On n'a pas toujours l'heureuse fortune de tomber sur des faits d'albuminurie orthostatique à analyse aussi précise que celui de Widal, Lemierre et A. Weill (2), qui affirme le ralentissement orthostatique de l'élimination

(1) H. Dufour et Muller. — Sur une singulière albuminurie clinostatique (*Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 20 mai 1913).

(2) Widal, Lemierre et A. Weill. — Etude des échanges urinaires et particulièrement de l'excrétion uréique dans un cas d'albuminurie orthostatique. (*Journal d'Urologie*, t. I, n° 1, 15 janvier 1912.)

uréique : constante d'Ambard à 0.084 et 0.087 dans l'horizontalité, à 0,12 et 0,216 dans la verticalité, avec albuminuries correspondantes de 0,20 cgr. et 1 gr. ; la constante s'élevait avec l'albuminurie.

D'autres cas se présentent de telle façon qu'on doit se borner à enregistrer les constatations sans réussir à en trouver le pourquoi. Aubertin (obs. IV de son mémoire) (1) cite une albuminurie orthostatique où, avec un même régime, dans l'horizontalité l'urée sanguine était de 0,69 cgr. et la constante de 0,20 ; dans la verticalité l'urée de 0,51 cgr. et la constante de 0,12. Donc excrétion uréique meilleure lors de la station debout, à l'opposé de ce qu'ont noté Widal et ses collaborateurs, à l'opposé aussi de ce qu'il était logique d'escompter.

Lian (2), étudiant huit adolescents albuminuriques fonctionnels, en trouve quatre avec urée et constante normales, quatre avec ces valeurs un peu élevées. Or le seul fait où l'albuminurie était très importante se rapporte au groupe des cas normaux, en contraste avec ce l'on aurait été tenté de présumer.

Ces données suffisent à montrer avec quelle prudence doivent être proposées les déductions pathogéniques relatives aux albuminuries fonctionnelles et *combien il est illogique de faire pivoter l'histoire de ces syndromes autour de leur origine rénale ou non rénale.* Il y a longtemps qu'Achard et Loeper estimaient que les albuminuries orthostatiques avec ou sans signes rénaux ne sauraient être complètement séparées les unes des autres (3). Et tout récemment Achard écrivait avec justesse : « La discussion (entre néphrite et non néphrite) paraît un peu oiseuse, car la limite entre ce qu'il faut appeler lésion et troubles fonctionnels est imprécise » (4).

Le point de vue véritable nous paraît avoir été abordé par le professeur Hutinel (5), qui distingue le *facteur rénal* et les *facteurs extra-rénaux.* Certains auteurs, tel Sérane, se sont prononcés dans le même sens. C'est sous cet angle que les choses doivent en effet s'envisager.

Le *facteur rénal* se démontre par les nombreuses observations où le fonctionnement des reins a été reconnu plus ou moins troublé : éliminations provoquées retardées ou prolongées, rétention de chlorures, azotémie, constante au-dessus de la normale. D'ailleurs, la seule albuminurie oblige bien à l'admettre, à moins de n'y voir qu'un phénomène passif et mal conciliable avec nos idées de pathologie générale.

Bien plus, s'en refère-t-on à la doctrine le plus souvent professée par les partisans de l'origine non rénale, celle qui voit dans l'albuminurie la résultante d'une stase, force est de remarquer que les reins n'y sont pas indemnes, en dépit de l'opinion courante ; un rein en stase n'est pas un rein normal, dussent toutes les investigations biologiques dire le contraire. En avançant que l'albumine orthostatique traduit l'effet d'un ralentissement circulatoire dans des reins sains, les auteurs ont la plupart trop oublié que par là-même, durant leur orthostatisme, les reins n'ont plus droit à être regardés comme reins de fonctionnement régulier. Il nous semble qu'à l'inverse de leur pensée ils ont fourni un bon argument à l'existence d'un élément rénal dans les albu-

(1) Aubertin. — La constante uréo-sécrétoire dans l'albuminurie orthostatique (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 20 avril 1923).

(2) Lian. — De l'atteinte rénale et du régime alimentaire dans les albuminuries des adolescents (XXIVe Congrès français d'Urologie, Paris, octobre 1924 et *Revue médicale française*, novembre 1924).

(3) Achard et Loeper. — (*Bull. et Mém. de la Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, 22 juin 1900 et 14 juin 1901).

(4) Achard. — Albuminurie orthostatique (*Bulletin médical*, 12 juin 1929, p. 671).

(5) Hutinel. — Les albuminuries intermittentes (*Progrès médical*, 10 janvier 1914).



minuries fonctionnelles. S'en tient-on à l'élimination glomérulo-tubulaire, on peut à coup sûr s'inscrire en faux contre une telle assertion. Mais l'erreur est précisément de ne s'en tenir qu'à cette élimination et d'oublier, quoique Corteoux l'ait prouvé par son expérience classique de pose de fil sans striction sur la veine rénale, que les reins sont capables de passer à l'état pathologique sous des causes minimes, avant que leurs épithéliums ne deviennent défaillants.

A Achard et Demanche nous devons de savoir que durant le passage de la position couchée à la position debout le plasma sanguin se concentre en protéines, et cela chez le sujet normal comme chez l'albuminurique orthostatique. Mais chez le premier cette modification humorale dure moins que chez le second, semble-t-il, par suite de la stase rénale. Ce qui tendrait à démontrer que la simple stase est déjà génératrice de retentissements morbides.

Les *facteurs extra-rénaux* sont fort nombreux.

Parmi eux se range en première ligne l'*orthostatisme*, dont l'action a été très étudiée et a longtemps synthétisé leplus sûr de nos connaissances sur les albuminuries fonctionnelles. Depuis lors, cet orthostatisme n'a rien perdu de sa valeur ; mais on a vu que maintes fois il n'intervient pas seul et a besoin du secours d'un facteur associé. De plus, est apparu que le passage du décubitus à la station debout n'a pas le privilège de créer l'albuminurie. Celle-ci peut être la conséquence d'autres changements de position, si bien que s'est édifié le chapitre des albuminuries de posture, terme qui date de Stirling (1887-1888) et qui a été repris ces derniers temps après avoir été quelque peu délaissé ; il a l'avantage de mettre en relief l'importance du côté purement mécanique dans la genèse des albuminuries. Les plus fameuses des albuminuries de posture sont, sans doute, les lordotiques, grâce aux multiples recherches qu'elles ont inspirées ; si leurs protagonistes ont eu le tort de consentir à la lordose un rôle excessif, ils ont toutefois dépisté un facteur extra-rénal dont l'intérêt ne saurait se méconnaître.

L'orthostatisme agit en créant de la stase rénale ; de même en est-il sans doute des autres attitudes. Il la crée d'autant plus aisément que l'équlibre circulatoire est plus sujet à fléchissements. Le facteur *vasculaire* se dessine ainsi comme un facteur extra-rénal, et même de grande importance.

Des diverses pathogénies des albuminuries fonctionnelles l'atonie et l'ataxie cardio-vasculaires de Pierre Merklen est l'une qui a le mieux résisté au temps. Nombreux sont les auteurs qui l'ont défendue. La clinique apprend l'existence d'une baisse de la tension dans la station debout ; les battements du cœur augmentent, et le sang stagne davantage aux extrémités en cyanose (Guédeney). Nobécourt (1) voit la tachycardie orthostatique, toujours plus marquée dans le jeune âge que dans l'âge adulte, s'exagérer encore chez les enfants atteints d'albuminurie orthostatique ; il note chez ces mêmes sujets de l'arythmie respiratoire, mais seulement dans le décubitus dorsal. Cottet constate que l'ingestion d'eau n'engendre pas de polyurie en position couchée chez les albuminuriques orthostatiques, en quoi ils se rapprochent des cardiaques. Santucci relève chez la plupart d'entre eux une hypertension veineuse périphérique, qu'il suppose exister aussi dans la circulation profonde. (*La Riforma medical*, T. XLV, n° 2, 12 janvier 1929.)

Certains *troubles de la nutrition* constituent un autre groupe de facteurs extra-rénaux. Les plus apparents sont ceux qui président à la maladie de Pavy-Teissier ; ils s'inscrivent dans les excrétions de matières colorantes, d'urates, etc., qui vont de pair avec l'albuminurie ; ils s'affirment par l'habitus général du jeune sujet et par ses antécédents. Dans les autres formes d'albuminuries fonctionnelles, on relève volontiers des états dystrophiques ; ils cachent des altérations nutritives assez accusées pour que nombre de cliniciens ne voient dans l'albuminurie que le symptôme le plus important d'un syndrome général dominant toute la situation.

Les facteurs extra-rénaux d'*origine digestive* se classent en deux catégories : celle qui englobe les anomalies de fonctionnement du tractus digestif et des glandes annexes, estomac, intestin, foie ou pancréas méritant d'être incriminés selon les circonstances ; celle qui a trait aux ingestions alimentaires nocives. On a affaire en l'espèce à des phénomènes disparates. Nul doute, par exemple, que certaines albuminuries dites alimentaires ne soient que l'expression d'une sensibilité individuelle à des ingesta déterminés ; elles constituent une forme toute spéciale qui nécessite un chapitre à part et s'oppose aux albuminuries où l'aliment agit par un processus plus chimique que physiologique.

Au cours des albuminuries par troubles des fonctions des organes digestifs, les facteurs extra-rénaux ne sont pas en général bien connus dans leur essence. Néanmoins il en est de fort simples, témoin la disparition de l'albuminurie par relèvement de l'estomac dont Leven a prouvé la réalité. Bien que digestif, le facteur extra-rénal n'est ici que d'ordre mécanique.

On n'imaginait pas jadis que les albuminuries digestives pussent être en rapport avec un état rénal pathologique, et de toutes les albuminuries fonctionnelles elles étaient celles à propos de qui cette relation se discutait au minimum, Cl. Bernard, Lecorché et Talamon avaient enseigné que les albumines étrangères sont éliminées par des reins sains, au même titre que toute autre substance étrangère. Plus tard Castaigne et Chiray usèrent de l'injection d'ovalbumine pour dépister la débilité rénale, premier pas vers l'idée que les reins ne sont pas pleinement indemnes en cas d'albuminuries digestives. Puis Linossier et Lemoine proclamèrent l'existence, au cours des albuminuries digestives, de néphrotoxines de provenance gastro-intestinale, l'albuminurie ne se manifestant qu'après lésion des reins par lesdites néphrotoxines. De telle sorte que l'albuminurie digestive devenait pour eux une albuminurie rénale et que, sur ce point comme sur les autres, la discussion de l'origine rénale ou non rénale des albuminuries fonctionnelles était ouverte. Garnier et Schulmann sont allés jusqu'à rapprocher l'action toxique de l'ovalbumine de celle du nitrate d'urane.

Il est encore d'autres facteurs extra-rénaux. L'*exercice* et la *fatigue* sont parmi les plus anciennement décrits, incriminées chez les soldats après des marches par les premiers auteurs qui, il y a une cinquantaine d'années, ont observé les albuminuries fonctionnelles. Choses curieuses, tel exercice créé de l'albuminurie chez un sujet donné et pas chez tel autre, ou un exercice est nocif pour un individu qui en supporte bien un autre.

L'*émotion* a pu être notée d'autre part comme facteur extra-rénal, — et la liste pourrait encore s'allonger.

Il est enfin un ensemble de facteurs extra-rénaux formant un bloc important, mais encore insuffisamment dissocié et connu. On a essayé d'en donner quelque idée en créant le mot, qui du reste n'a pas fait fortune, de *défenses prérénales*. Il n'est peut-être pas plus mauvais qu'un autre, mais se confine trop dans la théorie. Pour que les urines arrivent normales aux reins, elles doivent représenter la somme des déchets ayant passé par un métabolisme régulier. La déficience de l'un des organes participant à ce métabolisme — et autant dire beaucoup d'organes peuvent être en cause

(1) Nobécourt. — Les dilatations et hypertrophies du cœur ; les troubles du rythme cardiaque chez les enfants (*Journal de médecine de Paris*, 22 novembre 1913.)

— aboutit à des déchets et à des constituants urinaires anormaux, contre lesquels les reins ne sont pas défendus. En bon français, cela signifie que *beaucoup de troubles métaboliques* ont qualité pour devenir facteurs extra-rénaux.

Parmi les phénomènes de cet ordre retenons l'*oligurie orthostatique*, car elle montre au mieux les tendances qui se sont toujous combattues sur le terrain des albuminuries fonctionnelles Vaquez y voit un facteur extra-rénal dans le sens que nous venons d'indiquer ; Linossier et Lemoine y voient déjà un signe de déficience rénale, signe précoce qui se manifesterait avant l'albuminurie. Tout le problème éclate dans cette seule antithèse.

Si sont nombreux dans la genèse des albuminuries fonctinonnelles les facteurs extra-rénaux, il en est un qui mérite une mention spéciale, parce que essentiel et même fondamental. Nous voulons parler de la *croissance*. Facteur d'une complexité évidente, la croissance comporte la mise en œuvre de multiple s éléments, dont chacun en fait est un facteur extra-rénal susceptible de marquer son intervention personnelle. On pourrait notamment faire appel aux diverses endocrines, qui, envisagées de façon raisonnable, ont tous droits d'être invoquées. Uyeda a essayé de définir leur rôle ; mais la tâche est délicate, Jean Girard leur attribue avec assez de logique la disparition des albuminuries fonctionnelles sous l'effet de la grossesse. Springer incrimine par ailleurs les déchets de la suractivité cellulaire propre à la croissance ; leur élimination rénale engendre l'albuminurie, opinion qui mérite d'être étudiée (1).

Quoi qu'il en soit, les nombreux éléments dont l'harmonieuse activité permet le développement de l'individu ne sont pas assez précisés pour que nous osions indiquer ici la croissance autrement que comme phénomène global.

Or, les albuminuries fonctionnelles sont toutes des états liés à la croissance post-pubérale, si bien que le terme d'albuminurie de croissance n'a rien d'assez explicite ; elles cèdent d'elles-mêmes le jour où la poussée est terminée. Nobécourt (2) distingue chez les jeunes albuminuriques les enfants à croissance régulière, ceux à croissance retardée, ceux à croissance exagérée, ce qui revient à dire que les albuminuries fonctionnelles peuvent accompagner des croissances d'aspect normal et anormal. Parmi celles-ci, les croissances exagérées et trop rapides des enfants qui grandissent surtout par les membres inférieurs, qui sont scoliotiques, lordotiques, maigres, fatigables, asthéniques, ont permis à Hutinel de décrire ce qu'il a appelé la *dystrophie des adolescents*. Ainsi, en parlant de croissance, sommes-nous ramenés aux troubles de la nutrition, que nous invoquions plus haut. Si bien que, puisque le premier rang revient à la croissance parmi les facteurs extra-rénaux, c'est en réalité aux *troubles du métabolisme propres à la croissance*, à des troubles d'évolution, que cette place prépondérante est dévolue.

***

Les albuminuries fonctionnelles ont pour origine première l'action des facteurs extra-rénaux sur les reins ; ceux-ci répondent à la sollicitation en intervenant à leur tour par déclanchement du facteur rénal. Le schéma le plus simple est le suivant : croissance et orthostatisme, facteurs extrarénaux, modifiant la circulation des reins, facteur rénal, pour élaborer l'albuminurie.

(1) Springer. — Mécanisme et traitement des albuminuries orthostatiques (*Journal des Praticiens*, 29 octobre 1910, et Congrès français de médecine, XI[e] session, Paris, 1910. — Albuminurie physiologique et orthostatique (*Presse médicale*, 29 juillet 1911).

(2) Nobécourt. — *La Pédiatrie pratique*, 5 et 15 novembre 1922 et *Clinique médicale des Enfants*, affections de l'appareil urinaire, Paris, 1927.

Ainsi tombe l'opposition entre la théorie rénale et les autres. L'*albuminurie fonctionnelles n'est réalisable que par la collaboration d'éléments rénaux et extra-rénaux dont aucun n'agit à titre exclusif.*

Dans les cas où la réaction rénale demeure minime, elle ne se manifeste que par de l'albuminurie. Songeons, en effet, que cette dernière est un signe d'une extrême sensibilité ; c'est en laissant transsuder l'albumine du sérum que les reins ont coutume de commencer par traduire leur souffrance, et ils la traduisent souvent à la moindre perturbation.

Les choses en restent-elles là, on a affaire à l'albuminurie fonctionnelle isolée , pure, où personne ne trouve à parler de néphrite.

Que la réaction rénale dépasse cette mesure, l'épithélium glomérulo-tubulaire cède davantage. A l'albuminurie s'ajoutent tels ou tels des troubles qui spécifient le syndrome de l'insuffisance rénale : urée partiellement retenue et mal sécrétée, diminution de la concentration uréique de l'urine, matières colorantes éliminées avec retard, etc. ; les partisans de la théorie rénale ont en mains les arguments nécessaires à leur thèse.

En réalité le tout n'est qu'une *question de degré*. La nature, qui ne fait pas de sauts, ignore les doctrines. Entre les cas où l'albuminurie existe seule et ceux à signes discrets ou nets d'insuffisance rénale il n'y a pas de différence foncière, car le processus général reste identique ; celui-ci ne fait que se développer plus ou moins.

Ne nous étonnons pas que les auteurs aient observé des résultats variables selon leurs malades. Mais insistons sur ce que ces différences ne sont pas contradictoires.

Ne nous étonnons pas non plus que les signes dits d'insuffisance aient souvent été donnés comme atténués. Mais insistons sur ce point que les recherches devraient être être réitérées dans les mêmes conditions chez un même sujet, car rien ne dit que les réactions des reins, de degrés dissemblables selon les individus, persistent toujours chez un malade à un taux identique.

On peut somme toute définir les albuminuries fonctionnelles comme *des réactions rénales univoques dans leur formule générale, mais variables dans leurs degrés, à des facteurs extra-rénaux très divers.*

Des théoriciens de la maladie lesquels sont les plus près de la vérité ? A coup sûr les non-rénaux. Leur avantage provient de ce qu'ils observent surtout la clinique et ne se laissent pas trop impressionner par les résultats de telles épreuves biologiques. Ils voient avant tout que la maladie non seulement n'aboutit pas à la néphrite et à l'urémie, mais encore qu'elle guérit toujours ; ils soulignent qu'elle guérit par une thérapeutique à l'opposé de la thérapeutique des néphrites. La contradiction est grande avec tout ce que nous savons des lésions glomérulo-tubulaires.

Les partisans de la théorie rénale ont le tort de se baser sur les signes possibles de défaillance de la glande pour conclure que les reins sont à l'origine de la maladie. Ils raisonnent comme devant une néphrite scarlatineuse. Ils ne considèrent pas que le *primum movens* est hors des reins et non dans les reins. Les déficiences rénales sont des éléments seconds parce que succédant à des facteurs extra-rénaux, secondaires parce qu'incapables d'assombrir le pronostic. Mais les rénaux reprennent un avantage appréciable en démontrant à leurs adversaires que l'albuminurie ne constitue qu'une donnée du problème et que les reins sont susceptibles de présenter des troubles fonctionnels plus étendus.

Certains d'entre eux en déduisent qu'il y a bien *néphrite*. Non : les cellules rénales ne sont pas anatomiquement altérées. Alors dira-t-on *néphrite fonctionnelle* ? Le terme est discutable, précisément à cause de la note lésionnelle

qu'il implique malgré tout. Plutôt en rester à celui d'*albuminurie fonctionnelle*, consacré par l'usage, étant entendu que les troubles de la fonction peuvent dépasser et dépassent souvent la simple albuminurie.

***

Les albuminuries fonctionnelles méritent d'être un sujet de réflexion pour tout médecin qui s'occupe de pathologie rénale.

Elles enseignent, entre autres, que certains tests de déficience rénale peuvent être identiques au cours de ces albuminuries à ce qu'ils sont dans les néphrites ; ils peuvent même paraître plus inquiétants dans celles-là que dans celles-ci. Ainsi des scléroses rénales progressent jusqu'à la mort avec des chiffres d'albuminurie minimes, 0,30 à 0,50 cgr., alors que l'albumine fonctionnelle est souvent assez haute, 1 gr. et davantage. Widal et ses collaborateurs ont relevé une constante de 0.216 durant l'orthostatisme fonctionnel, chiffre que de loin n'atteignent pas toujours les néphrites les plus graves. Et cependant, comme le disent ces auteurs, il ne s'agit dans la première alternative que d'une sorte de frontière entre l'état de santé et l'état de maladie.

Il résulte que les tests ne doivent pas être envisagés en soi, mais bien en rapport avec les conditions où ils se manifestent et évoluent. Ils ne valent que par confrontation avec la clinique.

Une fois de plus, apparaît que l'intensité des tests a moins d'importance que leur durée. On connaît des cas de néphrites aiguës avec des chiffres d'urée très élevés qui cèdent en quelques jours, aussitôt la poussée inflammatoire terminée. Il est intéressant de remarquer que, toutes proportions gardées, il suffit parfois du simple orthostatisme pour créer de même une diminution passagère du pouvoir fonctionnel de la cellule rénale.

La clinique impose une distinction entre les maladies des glandes rénales, type néphrite, et les réactions de ces glandes à des agents qui leur sont extérieurs, type albuminurie fonctionnelle. Sans doute la néphrite est-elle commandée souvent aussi par des facteurs extra-rénaux ; mais, commandée ou non, elle finit par devenir une entité anatomo-clinique autonome. Les réactions rénales s'en différencient en ce qu'elles n'aboutissent pas à la lésion et sont, par suite, destinées à s'arrêter une fois les causes extra-rénales suspendues. La croissance et les autres facteurs extra-rénaux de l'adolescence troublent plus ou moins profondément les reins, mais n'ont pas le pouvoir de les altérer. Là réside l'originalité des divers syndromes curables groupés sous l'étiquette globale d'albuminuries fonctionnelles, et là est leur lien commun.

***

Il est classique d'écrire que le régime des albuminuriques fonctionnels doit être reconstituant et ne pas comporter les restrictions habituelles aux néphrites. Les défenseurs de l'origine rénale de la maladie professent eux-mêmes cette opinion, démontrant ainsi que, malgré leur doctrine, ils regardent les syndromes fonctionnels comme différents des néphrites. Lian (*loco citato*) est un des rares auteurs qui recommande éventuellement le régime des néphrites.

En fait, il nous paraît logique de tenir compte de l'état rénal de chaque malade. Sans aller jusqu'au rigorisme nécessaire dans les néphrites, il convient cependant d'user, chez un enfant à épreuves déficientes, d'une certaine prudence inutile chez un albuminurique simple. On prescrira par exemple la viande et les matières azotées avec plus de largesse chez ce dernier que chez tel autre à sécrétion uréique troublée. Quoique fassent défaut toutes lésions, la sagesse commande de ménager des reins à tests d'insuffisance. D'où l'obligation de rechercher ceux-ci et, croyons-nous, de renouveler les recherches à intervalles, car la situation est sujette à variations. Ainsi le malade sera mieux examiné et suivi ; ainsi sera-t-il traité de façon judicieuse.

ACTUALITÉS

Le 13e Congrès International de Physiologie

HARVARD UNIVERSITY (AOUT 1919),

Par Ch. RICHET, fils.

IMPRESSIONS DÉDIÉES A NOS AMIS D'AMÉRIQUE.

Nous publions à nouveau l'article de M. Charles Richet fils, paru dans notre numéro du 5 octobre 1929 et que des transpositions de textes, qui n'avaient pu être corrigées par suite d'un retard de poste, rendaient peu intelligible.

Ce fut le très grand succès.

Grâce à la générosité de la C. G. transatlantique, et d'un certain nombre d'industriels de produits thérapeutiques, le voyage sur la « *France* » de la délégation française, 60 à 70 personnes en comptant les retardataires, s'effectua dans les meilleures conditions : séjour à New-York ou voyage à Philadelphie et à Washington. Enfin arrivée à Harvard.

On vante de par le monde l'organisation américaine : elle eut le loisir de se manifester.

L'an dernier, on croyait devoir être 300. Il y a six mois on admit qu'on serait 800. En mai 1929 on devait être 1.200. De fait, on fut plus de 1.600 délégués. 36 nations y furent représentées.

Pourtant Edwin Cohn, l'âme du Congrès, avec son intelligence souriante et son tact parfait, avait tout organisé, montrant ainsi que la chimie biologique mène à tout, même à loger dans les « dormitories » 1.600 personnes, à être le grand maître des autobus, à devenir un ordonnateur des fêtes de jour comme de nuit et à improviser un petit dîner qui réunissait dans sa charmante intimité à peine moins de 1.500 convives. Le tout était combiné à des promenades dans la si prenante campagne de New-England.

On eut la pudeur de travailler. 800 communications, 200 démontrations, constituent un tableau de chasse complet.

On apprit beaucoup de choses à Harvard aussi bien qu'au remarquable laboratoire de biologie marine à Woods Hole. En particulier Chambers nous montra sa méthode d'injections dans les cellules isolées, méthode qui permet d'étudier le pH. cellulaire, méthode qui, riche en résultats futurs, est un triomphe de la technique microscopique.

Mais puisque j'ai appelé ce modeste article : impressions ; donnons l'impression générale. C'est celle d'un formidable travail mis en mouvement par une puissante *intelligence collective*.

Evidemment, les savants ne sont pas des termites et pourtant (qu'ils m'en excusent) leur œuvre sociale, si on pouvait se placer très haut, donnerait, ce me semble, dans le domaine intellectuel l'impression d'une gigantesque termitière dont un but unique règlerait le travail. Une comparaison... moins zoologique et peut-être plus appropriée serait à formuler. La guerre, a-t-on dit a été gagnée par le modeste fantassin de seconde classe. Je me demande si la science actuelle n'est pas en grande partie une conquête

faite par le modeste savant de seconde classe (en réalité anonyme) qui consacre son existence à apporter quelques faits précis bien observés.

Sa ténacité permet aux grands chefs de diriger le mouvement décisif.

Mais sans cette cohorte de travailleurs, les grands chefs ne pourraient que peu de choses, et peut-être devrait-on dans le temple de la science élever une statue au « Savant inconnu ».

Déux cents laboratoires de biologie aboutissent en un an de travail à la production de 20.000 faits. L'importance de dix d'entre eux sera sanctionnée par le temps et peut-être y en aura-t-il un qui sera générateur d'une grande *idée-force* de la biologie.

Krogh dans son discours d'ouverture montrait que le nombre de publications dans le domaine physiologique avait quintuplé en 25 ans, passant de 3.800 en 1901, à 18.000 en 1926.

N'y a-t-il pas là les signes d'une énergie régulièrement accélératrice dans ce chimiotactisme positif qui attire l'homme vers la vérité. Mouvement admirable, soit, mais bien décevant. Il est absolument impossible à un savant de se tenir au courant de la bibliographie biologique sauf s'il y consacre toute son activité mais alors il n'est plus un savant. D'autre part, n'est-il pas désespérant de résumer en une courte note, six mois de travail en sachant que, en moyenne, on n'a contribué que pour 0.01 % à l'avancement scientifique, puisque 20.000 travaux sont publiés actuellement. Heureusement chacun des chercheurs, et cela est bien, a la conviction intime que son travail est celui des autres ne sont pas de la même classe.

Canon, Bottazzi, Hill, Franck, Gley, Fredericq donnèrent une véritable âme au congrès.

Dans ce congrès la langue, c'est-à-dire la pensée française, tint une place honorable et nous savons un gré particulier entre autres à nos amis de Pologne avec Parnas, d'Espagne, avec Pi Suñer, du Sud Amérique, avec Benatti, de Roumanie, avec Nitzescu, de Russie, avec Lina Stern, d'avoir, utilisé notre langue. Une ombre au tableau pourtant. Quelques-uns de nos amis belges supposant, sans doute, faire œuvre de courtoisie et de gratitude à l'égard de nos hôtes, présentèrent leurs travaux en anglais. De l'avis général, ce geste ne fut pas heureux. Eussent-ils donc déchu en imitant l'exemple des grands Fredericq et Nolf leurs chefs de file ?

Mais dans un congrès, discours, communications, démonstrations même sont peu de choses. Ce qui importe davantage ce sont les échanges d'idées, les conversations d'homme de scienee à homme de science.

A-t-on une passion cachée pour les capillaires ? Allons voir Krogh. Préfère-t-on la chronaxie ? Lapicque et Bourguignon sont là. Avec Cohn, discutons la solubilité des protéiques, et avec Pawlow des réflexes conditionnels. Un peu de métabolisme basal avec Benedict et Carpentier ; et beaucoup de sympathectomie avec Cannon (1). Enfin pour étudier la physiologie alimentaire allons déjeuner à côté de Lusk.

Est-il possible à nous qui ne fîmes que traverser Harvard et Woods-Hole de préciser la façon dont les Américains y travaillent ? Certes non. Cependant, ainsi que Gley dans son discours l'indiquait lorsque les puritains sous la conduite de Wynthrop avaient en 1630 fondé Boston, ils avaient avec leurs dieux lares emporté deux qualités : l'intelligence et la patience.

A la science leurs descendants ont appliqué ces deux qualités avec leur sens de la méthode et leur faculté d'organisation. Puis aidés par de généreux donateurs (la générosité (2) est encore une des gloires des E. U et non des moindres), ils ont réussi à avoir de parfaits laboratoires et où l'on travaille. Le congrès vient de mettre en relief leurs résultats.

(1) Signalons les admirables travaux de cet auteur sur la sympathectomie avec une survie indéfinie des animaux.

(2) Autre qualité : l'hospitalité, cette vertu que nous croyons française et que nous ne savons pas pratiquer.

On a volontiers tendance dans un congrès international à opposer les savants des divers pays.

Comparons si l'on veut, n'opposons pas la Science Américaine et la Science Européenne. On n'oppose pas deux forces qui concourent au même but.

Réunissons-les plutôt : ce fut l'œuvre du congrès, ce sera également celle des futurs congrès internationaux.

VI[e] CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE (1)

tenu à Paris, du 30 septembre au 2 octobre 1929

par le Docteur R. PIERRET (La Bourboule)

NOBÉCOURT et BOULANGER-PILET (Paris). — **Rapport sur : la mort subite chez le nourrisson.** (*Discussion*).

H. LEMAIRE (Paris). — Certains auteurs ont mis sur le compte de l'hypervagotonie la mort subite par syncope dans l'hypertrophie du thymus. Assurément la prédominance du vague chez le nourrisson à l'âge où le thymus est en plein développement semble à première vue justifier cette hypothèse. Mais cependant il est difficile d'admettre qu'il existe des rapports étroits et de cause à effet entre l'hypertrophie du thymus et la mort par syncope due à la prédominance du nerf vague. L'auteur en effet, n'a jamais constaté, même à l'examen radiologique, d'hypertrophie du thymus chez les nourrissons qui avaient présenté des accidents graves attribués généralement à l'hypervagotonie, si bien qu'il ne peut guère admettre que des rapports très indirects entre les deux ordres de phénomènes.

HALLÉ (Paris). — Rappelle l'importance du facteur héréditaire qui est indéniable ; dans certaines familles on a l'habitude pour ainsi dire de mourir subitement et l'on n'a encore trouvé aucune explication satisfaisante à ce sujet. L'auteur montre que dans l'eczéma on peut observer des cas de mort subite, même en ville, alors que l'on n'a fait aucun traitement intempestif, mais on note presque toujours à ce moment une disparition insolite de l'eczéma. Ces faits se rencontrent surtout dans le type clinique de l'eczémateux floride et surtout nerveux. D'ailleurs chez ces malades quand ils font la moindre affection intercurrente l'eczéma disparaît et sa réapparition signe la guérison.

On peut distinguer plusieurs ordres de faits :

1° Mort à l'occasion d'une maladie intercurrente ;

2° Mort du fait de l'eczéma. Hallé rappelle qu'il a observé des cas où quelques minutes après la mort il a trouvé du streptocoque dans le sang du cœur, ces faits sont en faveur de la théorie infectieuse d'Hutinel ;

3° Mort où l'on ne trouve aucune cause susceptible de l'expliquer. Quoi qu'il en soit, il découle de ces observations qu'il ne faut pas soumettre les eczémateux à un traitement intensif. Tout bien pesé, il y a des cas où la mort ne s'explique pas.

SCHREIBER (Paris). — Il faut différencier les morts subites observées à l'hôpital, c'est-à-dire dans le milieu hospitalier, et les morts brusquées du fait d'un traitement inadéquat. Il a vu un cas de mort chez un nourrisson eczémateux qui s'améliorait lentement sous l'influence du coaltar et que l'on mis brusquement à un traitement trop énergique. L'A. insiste sur la nécessité de ne pas séparer le nourrisson de sa mère ou de sa nourrice ou tout au moins d'une personne de l'entourage.

GAUTIER (Genève). — Il estime que les rapporteurs ont raison de séparer entièrement les cas de mort subite de ceux avec mort rapide quand ils se produisent chez des enfants dont l'autopsie montre l'existence d'un état thymico-lymphatique.

Du reste cet état n'explique pas tout dans la mort des enfants. La compression d'organes importants par un gros thymus est un fait absolument exceptionnel. La mort semble, si l'on examine les choses de près, être avant tout une mort cardiaque, mort assez pareille à celle qui se produit dans les grandes bradycardies du type Stokes-Adams. Une exploration complète du système circulatoire de tous les sujets suspects d'être porteurs d'un gros thymus serait du plus haut intérêt mais elle se heurte à des difficultés multiples. L'étude électrocardiographique serait entre autres à poursuivre méthodiquement et pourrait peut-être fournir des données intéressantes comme un cas observé récemment semble le montrer.

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 45 et 46, du 2 et 9 novembre 1929.

En outre, du point de vue médico-légal, la mort dite thymique peut dans certains cas présenter des difficultés considérables, comme le montre un fait observé jadis où une diphtérie a pu être soupçonnée alors que seule une mort thymique était en cause, l'idée d'une diphtérie ayant pris corps du fait qu'elle existait chez un autre enfant chez le même nourricier, le gros thymus put être démontré par l'autopsie.

WEILL-HALLÉ (Paris). — A vu trois cas de mort rapide inexpliquée, ces trois cas concernaient des hérédosyphilitiques non traités.

E. LESNÉ et R. WAITZ. — La mort subite dans la diphtérie du nourrisson. L. et W. ont observé deux cas typiques de mort subite, totalement inattendue, chez des nourrissons qui ne présentaient aucun symptôme de diphtérie avérée ou fruste. Seul l'ensemencement de la gorge pratiqué systématiquement à la crèche de l'hôpital Trousseau décela la présence de bacilles diphtériques moyens dans le rhino-pharynx.

Sans cette notion de l'infection diphtérique, la cause de ces morts subites serait restée totalement inconnue, d'autant plus qu'à l'autopsie on ne trouva rien de net.

L. et W. demandent en outre que l'on remplace toujours le terme de « porteur de germes » chez le nourrisson par celui de « diphtérie cryptogénétique ».

ROHMER (Strasbourg). — Ne pense pas que la pathogénie des morts subites soit encore bien élucidée. Il rappelle certains cas de Canuyt qu'il a vus avec ce dernier. Il a l'impression qu'il s'agit d'une infection car dans certains de ces cas de mort rapide, avec pâleur et hyperthermie qui n'ont pas succombé, il a vu apparaître ensuite une pyélonéphrite ou une bronchopneumonie dont la nature infectieuse ne faisait aucun doute. D'ailleurs il insiste sur la nécessité dans tous les cas de mort subite d'observer les vaisseaux ombilicaux au niveau desquels il a dans ces cas souvent observé des signes d'infection.

PÉCHÈRE (Bruxelles). — Il se réjouit de ce que l'on ait mis à l'ordre du jour des questions obscures ; il a en cours de publication lui-même un travail sur cette question et ses propres conclusions confirment celles de Rocher. La mort subite est surtout un phénomène bulbaire comme tendent à le montrer l'existence de l'hyperthermie, de la tachycardie, de la sudation exagérée (si l'enfant ne meurt pas immédiatement) de l'agitation. La thérapeutique employée est également en faveur de cette hypothèse : nécessité d'opérer dans le calme, de donner l'anesthésique de manière correcte et surtout très progressive, il est très important pour éviter le choc psychique de ne pas séparer l'enfant de sa mère. Il s'agit d'une mort par réflexe bulbaire à point de d. part variable, une infection, une intoxication, une lésion des endocrines,... et agissant sur un sujet spécial, le nourrisson, qui est surtout un être bulbaire. Donc dans les cas de mort subite que l'on observera, il faudra faire un examen minutieux du bulbe et des endocrines.

LEREBOULLET (Paris). — A vu cinq cas d'accidents chez des eczémateux, dont trois mortels. Dans la mort subite il faut distinguer deux grandes catégories de faits, l'une où à l'autopsie on trouve une ou des lésions, l'autre où l'on ne trouve absolument rien. C'est le cas des eczémateux où l'auteur fait intervenir pour expliquer la mort le mécanisme du choc protéinique. Sur les cas observés par lui, l'un surtout l'a frappé, car il s'agissait d'un nourrisson, entré avec sa mère, et vivant habituellement dans un milieu dépourvu de toute hygiène et mort six jours après son entrée à l'hôpital où il était dans un milieu relativement plus confortable. Le facteur « milieu hospitalier » est donc certainement intervenu. Il faut remarquer que l'aération est assez mal assurée, le chauffage trop poussé au calorifère à 27° ; mais l'auteur insiste surtout sur le rôle joué, dans une salle d'hôpital, par l'air ambiant chargé de poussières qui contiennent, comme on l'a démontré autrefois, des microbes divers, surtout des saprophytes non virulents, mais qui existent en quantités considérables réalisant un spray microbien se déposant dans les fosses nasales. Cette poussière de microbes, chez un enfant sensible de par son eczéma peut jouer un rôle dans l'apparition d'un choc protéinique.

Aussi faut-il préconiser l'aération méthodique des services hospitaliers (aucun cas de mort de ce genre dans le service de J. Renault jouissant d'une ventilation spéciale), il faut assurer une humidification suffisante dans les salles surchauffées et trop séchées par les calorifères à air chaud.

BARBIER (Paris). — Relate quelques cas de mort subite observés par lui, soit dans la diphtérie lors d'un premier essai de tubage, soit même au cours d'un simple examen de gorge, et dans les affections des voies respiratoires ou après une ponction pleurale.

E. APERT (Paris). — Il défend des idées personnelles, en particulier il ne croit pas à la mort thymique qui pour lui est un mythe. Un gros thymus n'est pas pathologique mais physiologique, ce qui est pathologique, ce n'est pas le gros mais le petit thymus. D'ailleurs c'est un organe susceptible de variations très rapides comme l'a montré déjà Tolly ; on peut le décrire comme l' « organe accordéon ». D'ailleurs même à la radio il est difficile de faire le diagnostic d'un gros thymus. Il ne croit pas à la compression par un gros thymus ni au rôle toxique joué par ce dernier en pareil cas.

TAILLENS (Lausanne). — Constate qu'il y a des divergences de vues chez les chirurgiens, donc la question reste obscure. La mort subite, vraiment subite, ne peut guère s'expliquer autrement que par un phénomène bulbaire, mais pourquoi ce déclanchement se produit-il ? A cause d'un système nerveux labile ? Cela semble possible chez certains enfants particulièrement sensibles. En réalité nous n'en savons rien. Dans l'eczéma l'auteur fait remarquer que les morts subites s'observent surtout dans les eczémas suintants humides et que l'on empêche de suinter au moyen d'un traitement intensif. Dans ces cas l'hyperthermie subite et croissante évoque l'idée d'une infection suraiguë, dont il faut tenir compte à côté du choc bulbaire chez un nourrisson qui est essentiellement un être instable, notamment au point de vue thymique ou vagotonique. La fermeture de l'émonctoire cutané et l'intoxication qui peut en résulter à la suite de l'arrêt d'un suintement joue aussi certainement un rôle.

NOBÉCOURT (Paris). — Répond aux différents auteurs ayant participé à la discussion ; il constate la plus grande fréquence de la mort subite chez le nourrisson surtout dans les premiers mois de la vie. On doit certainement invoquer une fragilité bulbaire, spéciale à la première enfance. Lemaire a émis l'hypothèse du rôle de la vagotonie et dans quelques cas même (Hallé) dans cette fragilité intervient un élément héréditaire comme semble le prouver l'existence de familles à mort subite.

Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur le rôle du thymus. Sans doute il y a des cas où l'autopsie montre de manière indéniable une compression des voies aériennes qui explique la mort, mais pas la mort subite. Mais ces faits de compression n'élucident pas le problème ; dans la majorité des cas on trouve un cœur inhibé, type de la mort par syncope et dans ces cas le problème de la mort subite reste entier. La conception de l'état thymico-lymphatique, état très banal, n'explique rien. Somme toute, le thymus ne paraît pas avoir un rôle de tout premier plan dans la pathogénie de la mort subite.

M. ROCAZ (Bordeaux). — **Rapport sur les ictères du nouveau-né.**

Tous les pédiatres distinguent, chez le nouveau-né, l'ictère idiopathique des ictères pathologiques.

ICTÈRE IDIOPATHIQHE. — L'ictère idiopathique des nouveau-nés, auquel on donne encore le nom d'ictère simple, ou d'ictère bénin, ou d'ictère commun, s'observe chez un grand nombre de nourrissons ; les statistiques prouvent qu'en tenant compte des formes légères, 80 % des enfants en sont atteints. Toutefois il semble que, dans ces derniers temps, cet ictère soit un peu moins fréquent qu'autrefois ; les progrès faits dans l'hygiène prénatale et post-natale paraissent en effet en avoir diminué un peu le nombre.

On reconnaît à cet ictère des causes prédisposantes ; il est plus fréquent, et surtout plus intense, chez les prématurés, chez les enfants atteints de débilité congénitale, chez les jumeaux ; l'influence du poids est indéniable ; chez les sujets pesant, à la naissance, moins de 1.700 grammes, la proportion d'ictériques est de 100 % ; chez ceux pesant plus de 3 kgr. 620 elle n'est plus que de 36 %. Le froid prédispose à l'ictère, qui est plus fréquent en hiver qu'en été. On a également signalé la fréquence de l'ictère chez les enfants dont la mère avait été chloroformée pendant l'accouchement, chez les nourrissons nés après un accouchement laborieux et chez les enfants porteurs d'un épanchement sanguin, particulièrement de céphalo-hématome. On a également insisté sur le rôle joué par la ligature tardive du cordon, qui augmente dans des proportions appréciables la masse sanguine du nouveau-né.

En revanche, les recherches des mêmes auteurs prouvent qu'on trouve dans le sérum sanguin de tous les enfants nouveau-nés une proportion de bilirubine toujours élevée, un peu plus forte chez les ictériques. Tout nouveau-né présente une bilirubinémie supérieure à celle de sa mère ; or la teneur en bilirubine du sang de la femme gravide est supérieure à celle de la femme non gravide. Il n'y a donc, entre le nouveau-né ictérique et le nouveau-né non ictérique, qu'une question de degré dane

cette hyperbilirubinémie, si bien que l'on peut considérer tout nouveau-né comme un « ictérique latent ». Aussi, est-ce bien à juste titre que l'on donne à l'ictère idiopathique du nouveau-né le nom d'ictère physiologique.

Une autre particularité importante de l'étude du sang du nouveau-né, c'est la polyglobulie au moment de la naissance. tous les auteurs l'ont constatée ; on trouve comme moyenne des nombreuses numérations pratiquées (Mlle Fiot) le chiffre de 6.200.000 ; à partir du second jour, ce chiffre diminue pour revenir à 5.000.000 en une semaine environ. Cette polyglobulie est en rapport avec les conditions dans lesquelles le fœtus puise son oxygène aux dépens de l'oxygène contenu dans le sang maternel ; c'est une hyperglobulie compensatrice qui devient inutile après la naissance ; le nombre des hématies diminue brusquement alors.

Parmi les particularités présentées par ces hématies, il faut citer en particulier leur teneur anormale en hématies granuleuses.

La résistance globulaire chez le nouveau-né ictérique, ou non. a suscité de multiples recherches dans le but d'y trouver la preuve ou l'infirmation de sa nature hémolytique. Les études les plus récentes sur cette résistance portant sur le sang du cordon du nouveau-né pendant le premier jour et sur le sang du nouveau-né du second au septième jour, semblent démontrer cependant qu'il existe dans le sang du nouveau-né une résistance minima nettement et constamment diminuée, la résistance minima étant au minimum à la naissance pour augmenter très rapidement et atteindre la normale vers le troisième jour ; que la résistance maxima reste beaucoup plus longtemps supérieure à la normale ; qu'on ne note pas de rapport entre le minimum de résistance globulaire et la prédisposition à l'ictère (Mlle Fiot).

Ces faits montrent simplement qu'il y a dans le sang de l'enfant, particulièrement au moment de la naissance, des globules rouges de résistance très différente. En réalité ce qui importe le plus dans l'étude de l'hémolyse du sang du nouveau-né et de ses rapports avec l'ictère, c'est bien moins l'appréciation des moments où elle commence et où elle finit que la mesure du degré de cette hémolyse et la brusque diminution du nombre des hématies dans les premiers jours après la naissance nous en montre l'importance.

La pathogénie de l'ictère des nouveau-nés a donné naissance aux hypothèses les plus variées ; elle a naturellement subi les fluctuations de nos idées sur la physiologie de la fonction biliaire, aussi certaines de ces théories n'ont-elles plus actuellement qu'un intérêt historique.

En France, tout au moins, on rejette d'une façon absolue l'ancienne théorie mécanique, qui mettait en cause une oblitération des voies biliaires, soit par la desquamation de leur épithélium, soit par un excès de viscosité de la bile ; la théorie infectieuse rattachant l'ictère des nouveau-nés soit à une infection digestive, soit à une légère septicémie ; la théorie de la résorption du méconium, que rendrait facile la persistance du canal d'Arantius, mais inadmissible par ce fait que, le méconium étant acide, les pigments biliaires sont insolubles dans ce milieu et par conséquent inabsorbables ; la théorie de l'hémolyse maternelle, qui admet que l'ictère est la conséquence de la destruction du sang maternel et plus particulièrement du sang qui se trouve dans les espaces intervilleux du placenta, etc., etc.

Cet ictère est toujours précédé par une érythrodermie très accentuée. Cette érythrodermie, normale chez le nouveau-né, est particulièrement intense chez les sujets qui deviennent ictériques, d'où le nom d'érythrodermie ictérogène qui lui a été donnée (Moussous). Qu'elle soit due à une vasodilatation des capillaires produite par la brusque diminution de la pression des téguments après la naissance, ou à une sorte d'irritation de la peau par l'air ambiant, qu'elle ait pour cause la polyglobulie qui l'accompagne toujours, ou encore la présence d'hémoglobine dissoute dans le sérum sanguin, cette érythrodermie donne à l'ictère du nouveau-né, à son début, une physionomie très spéciale. Le mélange de la couleur rouge de l'érythrodermie avec la couleur jaune de l'ictère confère aux téguments, dans les deux ou trois premiers jours, une coloration spéciale de teinte orangée. Pour bien se rendre compte de l'existence de l'ictère, il est alors parfois nécessaire d'exercer sur la peau une pression qui en chasse le sang fait apparaître une coloration jaune. Celle-ci devient du reste de plus en plus nette à mesure que l'érythrodermie disparaît.

L'ictère débute toujours par la face ; de là il gagne la partie supérieure du tronc ; dans les cas les plus atténués il peut rester limité à ces régions, mais souvent il gagne peu à peu le reste du corps. Quant aux conjonctives, leur coloration dépend de l'intensité de l'ictère.

Tous les cliniciens ont noté la coexistence fréquente de l'ictère avec l'œdème ; le plus souvent il s'agit d'un œdème localisé à la région pubienne, mais assez souvent cet œdème s'étend, atteint les paupières et la face dorsale des mains et des pieds ; chez les enfants débiles, surtout en hiver, l'ictère peut coïncider avec le sclérème.

La marche de l'ictère est presque invariable ; érythrodermie le premier jour de la vie, coloration orangée le deuxième et le troisième jour, puis teinte jaune atteignant son maximum vers le quatrième jour ; dans les cas légers l'ictère disparaît en cinq, ou six jours : dans les cas intenses, la durée peut être doublée mais l'ictère idiopathique des nouveau-nés ne dure jamais plus de deux semaines.

Cet ictère ne s'accompagne jamais d'aucun phénomène général ; il est cependant à remarquer que, chez les enfants fortement ictériques, la croissance pondérale est retardée. Les selles ne sont jamais décolorées ; elles présentent même chez les enfants fortement ictériques une teinte jaune verdâtre accentuée.

L'étude des urines et du sang des enfants atteints d'ictère idiopathique présente un intérêt capital. C'est, en effet, sur cette étude que reposent les différentes théories pathologiques de cette affection. Malheureusement, malgré les différents travaux parus sur la question, il reste encore bien des points obscurs à éclaircir.

Tout d'abord, il est un fait certain, c'est que les modifications des urines et du sang du nouveau-né ictérique ne peuvent avoir d'intérêt qu'à la condition d'être comparées à celles de ces humeurs chez le nouveau-né normal.

La recherche des pigments biliaires dans les urines a donné lieu à des résultats tout à fait contradictoires provenant des différences de technique employée. Actuellement, grâce surtout aux recherches faites en France par M. Lereboullet et ses collaborateurs, par MM. Cathala et Daunay, par M. Hallez et par Mme Berchon, on peut affirmer que, s'il est possible de trouver dans l'urine des nouveau-nés, ictériques ou non ictériques, des traces de bilirubine, d'urobiline ou de sels biliaires, ces substances ne s'y montrent que d'une façon inconstante et à des doses si minimes qu'on doit considérer l'ictère idiopathique du nouveau-né comme un ictère acholurique.

De plus en plus, on considère l'ictère idiopathique du nouveau-né comme un ictère hémolytique ; l'acholurie, l'abondance des hématies granuleuses, les modifications de la résistance globulaire et surtout la brusque diminution du nombre des globules rouges dans le sang du nouveau-né sont des arguments incontestables en faveur de cette théorie. Il faut y ajouter, comme autre argument, la nature de la réaction de Van den Bergh en face de la bilirubine du sérum sanguin, qui est toujours retardée ou indirecte, comme dans les ictères hémolytiques avérés. En résumé, polyglobulie initiale, destruction rapide d'un grand nombre de globules rouges, mise en liberté d'hémoglobine se transformant en pigments biliaires qui s'accumulent dans le sérum, telles sont les causes primordiales de la bilirubinémie du nouveau-né.

L'intensité de l'ictère que peut engendrer cette bilirubinémie est sous la dépendance de la rapidité de l'élimination de ces pigments qui dépend elle-même de la valeur fonctionnelle du foie. L'étude de cette valeur fonctionnelle, par les divers tests classiques, ne donne chez le nourrisson que des résultats assez vagues. Il est cependant logique de penser que le foie du nouveau-né, comme presque tous ses organes, ne s'adapte pas immédiatement à ses nouvelles fonctions ; cette adaptation est naturellement plus difficile chez l'enfant prématuré qui, on le sait, n'échappe presque jamais à l'ictère.

Ainsi se constitue la théorie mixte (hémolytique et hépatique) de l'ictère idiopathique, en considérant naturellement l'hémolyse comme le phénomène initial et principal.

A l'inadaptation fonctionnelle du foie s'ajoute, d'après M. Lereboullet, une autre cause de rétention des pigments dans le sérum ; la brusque suppression de la circulation fœto-placentaire au moment de la naissance, qui supprime une voie importante d'élimination des pigments biliaires, déversés, avant la naissance par le fœtus dans le sang maternel.

Ictères pathologiques. — Les ictères pathologiques constituent un des chapitres les plus vastes de la médecine des nouveau-nés.

Un premier groupe, bien différencié, comprend les *ictères par rétention.*

La cause de beaucoup la plus fréquente des ictères par rétention, chez le nouveau-né, ce sont les lésions congénitales des voies biliaires, affection assez rare, mais dont on compte actuellement dans la littérature médicale près de deux cents cas. Au point de vue clinique, cet ictère présente les caractères les plus nets de l'ictère par rétention : coloration jaune de la peau apparaissant quelques jours après la naissance, et présentant une accentuation progressive : la couleur, d'abord franchement

citron, ne tarde pas à prendre une teinte safran ou jaune verdâtre. Les selles sont toujours décolorées, sauf dans le cas assez fréquent où elles contiennent du sang ; les urines, couleur acajou, renferment une grande quantité de pigments et de sels biliaires. Le foie est gros, même à la naissance, et l'hépatomégalie augmente progressivement, le foie pouvant descendre jusqu'à la crête iliaque. Dans la moitié des cas, la rate est notablement hypertrophiée. Le plus souvent il existe des vomissements. Très rapidement, le nouveau-né atteint d'ictère par rétention maigrit et se cachectise. La mort survient soit à la suite de cette cachexie, soit à la suite de complications hémorragiques ou nerveuses. L'hématémèse, le melæna, le purpura, sont, en effet, fréquents à la fin de la maladie. A cette époque, on peut voir survenir des convulsions ou le coma. La durée de la survie est très variable ; en général les enfants ne vivent pas plus de quelques semaines ; dans quelques cas rares on a pu noter des survies de cinq mois et demi, sept mois et même dix mois.

Plusieurs auteurs ont étudié la digestion des graisses chez les nouveau-nés porteurs d'ictères par rétention. Les résultats trouvés sont un peu différents les uns des autres, toutefois chez certains sujets, on a pu malgré une rétention totale, trouver une utilisation des graisses de 80 %. Ce chiffre est particulièrement intéressant puisqu'il montre qu'une absence totale de bile dans l'intestin n'est pas incompatible chez le nourrisson avec une digestion des graisses relativement satisfaisante.

Au point de vue anatomique, les lésions trouvées à l'autopsie peuvent se résumer en deux groupes : absence d'une partie ou de la totalité des voies biliaires extra-hépatiques, ou bien transformation des voies biliaires en un cordon plein scléreux. Ces anomalies sont considérées par certains auteurs comme le résultat d'une angiocholite fœtale. Pour d'autres, et c'est l'opinion la plus actuellement admise, comme des anomalies de développement. Le rôle de la syphilis dans la circonstance paraît indéniable.

La thérapeutique, exclusivement chirurgicale, est presque toujours impuissante en pareil cas.

Ictères infectieux. — Le chapitre des ictères infectieux du nouveau-né est assez confus. On a décrit sous ce nom une série de maladies dont on a voulu faire de véritables entités morbides et qui ne sont en réalité que des variétés cliniques d'un seul processus pathologique ; la septicémie du nouveau-né. L'ictère n'est qu'un symptôme de cette septicémie, mais suivant qu'il s'associe à tel ou tel syndrome de cette septicémie, il se présente sous des physionomies très différentes.

Ces états septicémiques du nouveau-né s'observent soit sous forme de petites épidémies sévissant dans les maternités, soit sous forme de cas isolés. On sait avec quelle facilité le nouveau-né devient la proie des microbes et comme il sait mal se défendre contre eux. Les portes d'entrée les plus fréquentes de l'infection septicémique ictérogène sont, par ordre de fréquence approximatif, la plaie ombilicale au moment de l'élimination du cordon, l'intestin, les voies respiratoires infectées s'ouvrant pendant l'accouchement, la peau, les muqueuses, et particulièrement la muqueuse buccale.

Existe-t-il des infections fœtales que le nouveau-né porte en naissant ? La chose ne paraît pas douteuse mais elle est extrêmement rare, sauf en ce qui concerne la syphilis qui doit être étudiée spécialement.

Quant aux agents de cette infection, ils sont très variables : streptocoque, staphylocoque, colibacille, pneumocoque, gonocoque, pneumobacille, bacille typhique et paratyphique, proteus, pyocyanique, etc. Il semble bien d'ailleurs que les variétés microbiennes n'aient aucune importance sur la gravité et la forme clinique de l'infection.

Les septicémies du nouveau-né peuvent devenir ictérogènes par deux processus, qui s'associent d'ailleurs souvent l'un à l'autre : hépatite toxi-infectieuse, dont l'existence est démontrée par l'anatomie pathologique et hémolyse, démontrée par la quantité importante d'hémoglobine et de méthémoglobine contenue dans le sérum et les urines.

Au point de vue clinique, on peut décrire une forme bénigne, caractérisée par un ictère de coloration moyenne, apparaissant dans les premiers jours après la naissance, des vomissements, des selles diarrhéiques très colorées, des urines foncées avec pigments biliaires normaux et modifiés, un foie un peu gros et une rate presque toujours hypertrophiee. La température souvent élevée dans les premiers jours de la maladie, baisse quelquefois au-dessous de la normale dans les jours qui suivent. Après une à deux semaines de durée, l'enfant guérit.

Le diagnostic entre l'ictère infectieux bénin et l'ictère idiopathique n'est pas toujours facile ; il se basera sur la coloration de la peau plus marquée et frappant d'emblée tout le tégument, l'hypertrophie de la rate, la coloration des urines et la durée plus prolongée de l'ictère ; tout ictère durant plus de deux semaines doit être, en effet, considéré comme un ictère physiologique.

Dans les formes graves, l'ictère apparaît de bonne heure, prend rapidement une teinte foncée, en même temps que la peau offre une teinte cyanotique, surtout accusée aux mains, aux pieds et aux parties saillantes de la face. Le mélange de cette teinte violacée à la teinte ictérique donne à la peau une nuance bronzée tout à fait caractéristique. Les selles restent toujours colorées ainsi que les urines. Il existe souvent de la diarrhée et des vomissements.

L'état général est fortement touché ; à mesure que la maladie évolue, le cœur fléchit, en même temps que survient une dyspnée toxique.

Mais le symptôme le plus important de cet ictère infectieux grave, c'est la coexistence d'hémorragies : hémorragies cutanées, ombilicales, gastriques, intestinales, nasales, etc. Le syndrome hémorragique peut tenir la première place dans le syndrome septicémique, ce qui a pu faire créer par les Américains « l'hémorragic disease of the new-born ».

Le pronostic est des plus sévères, la mort est la terminaison habituelle et peut survenir en deux ou trois jours.

On a décrit des formes spéciales de cette septicémie ictérogène des nouveau-nés : la maladie de Buhl, caractérisée par une dégénérescence graisseuse touchant un grand nombre d'organes ; l'ictère bronzé hématurique des nouveau-nés de Pollak, Laroyenne et Charrin, Parrot, Bigelow et Winckel, observé par ces divers auteurs sous forme de petites épidémies et caractérisé par deux phénomènes constants : l'intensité de la cyanose et l'hématurie ; l'ictère grave familial décrit à l'étranger mais dont on ne connaît aucune observation en France, caractérisé par l'apparition d'un ictère chez plusieurs nouveau-nés de la même famille et se terminant par la mort vers le dixième jour après l'apparition d'hémorragies multiples et de convulsions ; chez certains de ces sujets, on trouve à l'autopsie une coloration jaune intense des noyaux gris du cerveau, avec nécrose des cellules nerveuses, ce qui a fait donner à la maladie le nom d'ictère nucléaire (Kernicterus).

L'ictère syphilitique mérite un chapitre spécial dans l'histoire de l'ictère des nouveau-nés. Dans tous les ictères du nouveau-né, la syphilis paraît jouer un rôle indéniable : dans l'ictère physiologique, ce sont les débiles et les prématurés, presque toujours hérédo-syphilitiques qui sont le plus atteints ; dans l'ictère par rétention, le rôle de la syphilis dans les malformations biliaires s'avère peu à peu ; enfin la syphilis peut provoquer chez le nouveau-né un ictère ayant tous les caractères de l'ictère infectieux.

Dans les formes légères, le tableau clinique est, au début, celui d'un ictère physiologique un peu intense, mais au moment où l'ictère physiologique décroît d'ordinaire, l'ictère syphilitique subsiste ou même s'accentue. La nature syphilitique de l'affection peut être démontrée par l'existence concomitante de lésions spécifiques au niveau de la peau ou du coryza, mais c'est l'exception ; la plupart du temps, on sera mis sur la voie du diagnostic par l'hypertrophie de la rate, dont la valeur séméiologique est incontestable.

Les formes sévères rappellent les formes graves de la septicémie ictérogène décrite plus haut : ictère foncé, avec ou sans cyanse, hémorragies auxquelles s'ajoute un symptôme un peu spécial, l'anémie parfois très intense.

Le rôle de la syphilis dans l'ictère des nouveau-nés paraît donc beaucoup plus important qu'on ne l'a supposé jusqu'ici. L'auteur insiste sur la nécessité de poursuivre une enquête approfondie des antécédents familiaux ne se bornant pas au Bordet-Wassermann fait à la mère, qui est souvent négatif malgré l'existence de cette maladie.

Un traitement spécifique bien conduit, dans lequel les arsénobenzènes ne seront donnés qu'avec prudence, permet le plus souvent la guérison de ces ictères syphilitiques.

Enfin, l'auteur signale la coexistence chez le même sujet de la syphilis et d'une septicémie d'autre nature, ce qui nécessite l'adjonction au traitement syphilitique de toutes les médications anti-septicémiques au premier rang desquelles il faut placer la transfusion sanguine.

Lereboullet (Paris). — Rappelle ses travaux antérieurs sur l'ictère simple du nouveau-né et souligne l'accord entre ses résultats et ceux rapportés par M. Rocaz et ses élèves, Mme Berchon et Mme Fiot. Il expose rapidement la conception qu'il a proposée pour expliquer cet ictère physiologique : elle est basée à la fois sur la constance de la cholémie chez le nouveau-né et sur l'hyperglobulie des premiers jours après la naissance. Il rappelle que la cholémie fœtale semble avoir une voie d'élimination, tout au moins partielle, par la circulation ombilico-placentaire, élimination dont témoigne la cholémie du sang du cordon. Il en résulte une sorte d'ictère par obstruction tem-

poraire, facilité par l'inadaptation du foie et des reins à leur fonction dans les premiers jours de la naissance. Cet ictère et la cholémie qu'il traduit sont rendus plus intenses par l'hyperglobulie et la destruction globulaire qui la suit. Quel que soit le mécanisme intime de l'érythrolyse et de l'hypercholémie secondaire, celle-ci est un fait certain et son intensité contraste avec l'acholurie habituelle. Progressivement l'élimination de la bile vers l'intestin s'établit normalement ; la destruction globulaire cesse et l'ictère disparaît. Il n'est pas besoin d'invoquer un processus pathologique, si léger soit-il, à son origine et les constatations faites récemment complètent heureusement et expliquent celles faites autrefois.

Lereboullet, Gournay et Detrois. — Recherches sur le sang et les urines dans l'ictère simple du nouveau-né. Chez 17 enfants, les auteurs se sont efforcés de préciser, à l'aide de diverses méthodes, la cholémie, le nombre des hématies, leur résistance, ainsi que l'état des urines. Leurs résultats, dans leur ensemble, sont superposables à ceux de Mme Berchon et de Mlle Fiot rapportés par Rocaz.

La cholémie, recherchée et mesurée par les méthodes de Fouchet et de Hijmans Van den Berg a été trouvée constamment assez élevée, sans que toutefois les chiffres soient superposables d'une méthode à l'autre. Fait à noter, la méthode de Van den Berg n'a jamais été positive que par le procédé indirect, ce qui d'après nombre d'auteurs, implique l'origine sanguine de la cholémie.

Les urines n'ont, malgré cette cholémie élevée, contenu de pigments biliaires et d'urobiline que dans de très rares circonstances. La leucosurie frappe dans la majorité des cas.

Dans la plupart des observations (10 sur 17), une hyperglobulie notable a été constatée au début de l'ictère ; elle fait vite place à un chiffre normal en même temps que s'atténue la jaunisse.

La résistance globulaire minima est souvent diminuée, d'autres fois elle est normale. La résistance maxima, est en revanche plutôt augmentée. Il paraît difficile de tirer de ces dernières constatations une conclusion précise. Plusieurs examens de sang du cordon corroborent les résultats signalés antérieurement.

L'enemble de ces recherches concord e avec la théorie physiologique de l'ictère du nouveau-né proposée par ailleurs par Lereboullet.

Gautier (Genève). — Il s'agit d'une observation d'un nouveau-né hérédo-syphilitique et prématuré qui présenta dès la naissance un ictère très marqué. La gravité de l'état général aurait pu faire penser à un ictère grave infectieux, mais l'évolution prolongée et la décoloration complète des selles devait ramener le diagnostic à celui d'ictère par obstruction.

L'enfant succomba à l'âge de 23 jours et l'autopsie révéla que l'obstacle à l'écoulement normal de la bile ne siégeait pas sur les voies biliaires externes, où n'existait ni atrophie, ni compression de celles-ci, mais sur le foie qui présentait une raréfaction très marquée des canalicules intra-hépatiques. Il s'agissait donc d'un type assez particulier d'ictère par rétention et ceci chez un nouveau-né hérédosyphilitique, ce qui correspond bien à l'opinion du rapporteur sur la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les nouveau-nés ictériques.

Mme Mandels (Lodz). — Rapporte l'observation d'un enfant nouveau-né ictérique, né d'une famille où 4 enfants étaient morts d'ictère de même que ce dernier où à l'autopsie on trouva les noyaux, de la base du cerveau ictériques. Deux autres cas semblables ont été signalés par l'auteur.

E. Lesné, A. Hérain et R. Waitz. — L., H. et W. rapportent une observation d'absence totale du canal cholédoque avec atrésie de la vésicule biliaire. L'ictère était apparu le 8e jour après la naissance.

L'état général de l'enfant était bon, lorsque 2 mois après la naissance, il décéda d'affection pulmonaire intercurrente. Au point de vue histologique les lésions hépatiques étaient surtout localisées au niveau des espaces portes. Ceux-ci étaient élargis avec prolifération conjonctive, infiltration lymphocytaire et présence de néocanalicules biliaires. Les travées hépatiques adjacentes à l'espace porte étaient en voie de désintégration. Ces lésions sont comparables à celles que l'on note au cours du stade initial des cirrhoses biliaires expérimentales.

Huber (Paris). — A propos des ictères pathologiques du nourrisson Julien Huber insiste sur le rôle fréquent de la syphilis à l'origine des ictères hémolytiques du type congénital, sur les réactions provoquées sur la rate et le sang de ces malades par les arsénobenzènes et sur l'inefficacité du traitement spécifique dirigé contre l'ictère hémolytique.

L'A. rapporte ensuite deux cas étudiés d'ictère et d'anémie hémolysinique chez la mère et le jeune enfant paraissant établir tantôt une transmission passagère des lysines, tantôt une aptitude morbide définitive.

Rocaz résume les communications des auteurs ayant pris part à la discussion de son rapport et il en conclut que l'on ne peut nier l'existence d'un ictère physiologique chez le nouveau-né et qu'il n'a pas de rapports bien nets avec certains cas d'ictère hémolytique congénital. *(A suivre.)*

VARIÉTÉS

Utilisons les assassins.

Sous ce titre, notre confrère , le Dr G. Saint-Paul publie un petit ouvrage divisé en trois parties (1).

Dans la première : *Utilisons les assassins et les condamnés*, l'auteur fait ressortir le bienfait que serait la possibilité de pratiquer sur l'homme l'expérimentation médicale. En conséquence, il propose que la grâce soit offerte à certains condamnés à mort lorsque ceux-ci accepteraient d'être soumis à cette expérimentation. En ce qui concerne les bagnards et les condamnés à un emprisonnement prolongé, l'expérimentation porterait sur la thérapeutique et sur l'hypnose. Bien entendu seuls seraien t soumis à l'expérimentation les condamnés *consentants* et contre le don de certaines faveurs ou adoucissement de peine. Ces propositions comportent une série de considérations et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à la brochure de notre confrère. A noter que l'expérimentation sur le condamné à mort est déjà pratiquée à La Havane et ceci peut-être à la suite des campagnes faites par le Dr G. Saint-Paul dans la presse scientifique de l'Amérique Latine.

La deuxième partie : *un krach médical au prétoire* est consacrée à la question de la *responsabilité*. L'auteur dénie au médecin expert psychiatre le droit de jamais être en mesure de déclarer scientifiquement qu'un inculpé est en tout ou partie responsable. Tout ce chapitre d'un ton extrêmement vif est écrit contre la Justice en général et contre le médecin-expert psychiatre en particulier.

Sans prendre parti dans un débat qui soulèvera des polémiques, nous exprimons le désir que psychiatres et médecins légistes répondent aux accusations dont ils sont l'objet.

Dans le dernier chapitre : *le royaume du Médecin* notre confrère énumère les raisons pour lesquelles le Médecin, véritable prêtre laïque, doit être le Grand-Maître et Directeur sinon de la Justice du moins de l'après-Justice, de la métajustice. Il ouvre là des perspectives magnifiques au rôle médical au point de vue social et au point de vue scientifique. En résumé tout condamné doit appartenir au médecin. La chose est évidente si ce condamné est reconnu dans un état tel que son internement dans un asile d'aliénés est indispensable. Mais si tel n'est pas le cas, l'inculpé doit être réputé légalement responsable et s'il est condamné c'est au médecin qu'il appartient de décider sur son sort de l'envoyer à la prison-prison, ou à la prison-hôpital et, le cas échéant, de le prendre en mains et de le traiter dans cette prison hôpital.

Ce petit ouvrage, quelque peu révolutionnaire n'est pas en l'honneur de notre Justice. Il métrite d'être lu parce qu'il semble bien agiter des idées dont quelques-unes serviront, plus ou moins rapidement, le progrès.

Un appendice de trois pages traite du droit de propriété littéraire c'est-à-dire de la propriété intellectuelle constituée par les écrits, droit qui, on le sait, tombe dans le doma ne public cinquante ans après la mort de l'auteur. Cette digression n'a rien à voir avec : *utilisons les assassins.* Dr R.

Voici, au titre des « bonnes feuilles » un passage extrait du dernier chapitre : *Le royaume du Médecin* :

Supposons le problème résolu.

Les médecins ont reconnu que, du point de vue scientifique il se peut que la responsabilité n'existe pas ; que si elle existe, elle peut avoir chez chacun de nous et sous des influences indéterminables des absences ou des défaillances ; que nous sommes tous plus ou moins des psychopathes, pouvons le devenir ou

(1) Paris, Vigot F.: 7 fr.

cesser de l'être ; que nous avons tous des tendances à des irrésistibilités, que ces tendances sont plus ou moins durables, parfois très passagères, que le plus souvent l'existence de ces irrésistibilités est, en l'état de la science, incontrôlable, leur dosage impossible ; que si le médecin est parfois en état de déclarer « *si la responsabilité existe cet homme est certainement irresponsable* » il lui est interdit d'assurer *scientifiquement* que tel sujet est responsable ou l'a été à un moment donné qu'en conséquence, le médecin en tant qu'homme de science, en tant qu'*objectifman* n'a pas de part à prendre à un débat dont le thème est la responsabilité envisagée du point de vue moral.

Nous supposons que les médecins se sont résolus à refuser de répondre à la question responsabilité, acceptant seulement de donner leur avis — avis d'ailleurs prépondérant — à la commission chargée d'établir le point : « *le sujet est-il ou n'est -il pas dans un état de santé tel que son internement dans un asile d'aliénés soit nécessaire* ?

Nous supposons enfin que magistrats et jurés, convaincus de la faillite de la justice médicale renoncent à l'invoquer, qu'ils usent désormais de la fiction légale d'après laquelle est légalement réputé responsable tout inculpé dont l'état de santé ne nécessite pas l'internement dans un asile d'aliénés que magistrats et jurés châtient d'après le barème légal sans se refuser, le cas échéant, aux appels du sens commun et des sentiments d'humanité en faveur de l'acquittement, de l'adoucissement du taux fixé par le barème, de l'octroi des circonstances atténuantes.

Ici, je me demande, si après avoir été traité de reptile détestable par l'ami Démos je ne risque pas d'être appelé Judas par des confrères dépossédés.

Certes je ne ferai pas à des médecins l'injure de supposer que nul avantage puisse être mis en balance par aucun d'eux avec la nécessité de satisfaire aux exigences scientifiques.

Que mes confrères se rassurent.

Si je les écarte d'une pétaudière, ce sont les terres plantureuses d'un royaume magnifique que je veux déceler à leurs yeux.

Magnifique ?

Oui, s'il est magnifique de servir l'Homme et la Science.

Ce condamné — que vous n'aurez pas, vous Médecins, fait condamner puisque le problème de la prétendue responsabilité ne vous aura pas été soumis — ce condamné il est à vous, médecins.

La justice vous le remet — à vous Médecins — et c'est vous — vous Médecins — qui en toute souveraineté allez décider de son sort.

Décider sur quoi ?

Sur ceci :

Vous êtes des hommes de science, des physiologistes, des cliniciens, des neurologues, des thérapeutes ; vous allez — la condamnation prononcée et acquise — examiner ce condamné comme vous examineriez l'un quelconque de vos patients.

Vous ferez œuvre professionnelle, œuvre de cliniciens l'œuvre de chaque jour, vous ferez votre métier, rien que votre métier sans être tourmentés par le moindre problème philosophique, sans vous inquiéter de l'existence ou de la non-existance du libre arbitre.

Demeurés sur votre terrain, vous apprécierez si le sujet est sain ou s'il est malade, s'il est normal ou s'il est anormal, s'il relève d'une therapeutique et de laquelle.

Et d'après le résultat de votre examen vous déciderez pour chacun de ces condamnés *prison-prison* ou *prison-sanitaire*.

Et votre décision transmise à la Cour de justice y sera solennellement édictée et entérinée.

Car il est naturel et humain de laisser au condamné à la prison sanitaire et surtout aux siens, à sa famille, à ses prarents, amis et alliés, la consolation de pouvoir se dire et dire : « Sans doute il y a eu condamnation, mais la maladie seule est responsable de l'acte délictueux *puisque les médecins ont décidé la prison sanitaire.* »

Ainsi se trouvera évité, à la satisfaction générale, le malfaisant débat sur la responsabilité.

Bien entendu, la prison sanitaire pourra comporter autant de subdivisions que nécessaire (prison-hôpital, prison-asile, prison-sanatorium...) et c'est vous, médecins, qui en toute souveraineté affecterez le condamné au genre de prison-sanitaire convenant à son état , y déterminerez la durée de son séjour, c'est-à-dire , le cas échéant, le passage d'une sorte de prison-sanitaire à une autre sorte de prison -sanitaire, le passage de la prison-sanitaire à la prison prison ou inversement celui de la prison-prison à la prison sanitaire.

Car toute prison, prison-sanitaire ou non, doit vous appartenir , médecins. J'entends par là que vous devez être les indispensables ouvriers de la métajustice, laquelle comporte :

— Le traitement et l'hygiène du condamné.

— L'utilisation du condamné.

— La rééducation ou l'éducation du condamné , en vue de sa réinstallation éventuelle dans la société.

Les deux premières tâches sont à vous intégralement, la troisième en grande partie.

La silhouette atroce du bourreau, la figure rébarbative du garde-chiourme, doivent s'effacer, s'estomper dans les limbes romantiques d'un passé mauvais. La stature du médecin, de l'homme ferme, bienveillant et sachant — l'homme à qui l'on peut tout dire parce qu'il est apte à tout entendre — la stature du médecin dominera non la justice mais la métajustice.

Je renvoie aux chapitres précédents, traitant de l'utilisation du condamné à mort, de l'utilisation du bagnard, de l'utilisation du condamné en général.

Rendez aux plus coupables le sentiment de leur utilité en leur accordant — en même temps que certains avantages évidents — de servir à l'expérimentation.

Je ne puis pas comprendre l'hypocrite sensibilité qui hérisse certains écrivains — ou écrivâtres — contre le projet.

Leur sentimentalité se refuse à concéder qu'un assassin puisse, de son propre consentement, contre le don de la vie pour récompense à ce consentement servir de terrain d'expériences à l'étude des conséquences d'une inoculation, à celle des effets d'un remède ou d'un vaccin.

Cette même sentimentalité demeure indifférente à la cruauté de la pendaison , de l'électrocution, au spectacle atroce du couperet de la guillotine tranchant un cou humain.

Ne connaissent-elles pas ces âmes sensibles qui se refusent à la moindre expérimentation sur le condamné, des Mères chéries victimes de l'atroce cancer, des familles entières, de purs enfants rongés dès le berceau par le mal vénérien, de fiers jeunes hommes frappés de stérilité par l'atteinte d'une maladie, en général d'une bénignité extrême : les oreillons ?

Ne savent-elles pas, ces bonnes âmes, l'obstacle qu'est au progrès de la thérapeutique, l'impossibilité d'expérimenter sur l'homme ?

Quoi ! nous avons du matériel humain, de la matière humaine, et de l'intelligence humaine et au lieu *d'utiliser* cet élément précieux, nous préférons le laisser se dégrader, en faire de l'inutile, du répugnant, du vil.

Quel condamné, à moins qu'il ne soit en proie à l'obsession du suicide, serait assez fol pour ne pas accepter le troc qui le libérant de la peine de mort, lui assurant la vie, risquerait de ne lui causer d'autre préjudice, *et seulement dans les cas les plus défavorables*, qu'un raccourcissement extrêmement modique de la durée normale de son existence. Si la sensiblerie devait se manifester à l'encontre d'une telle proposition, ce devrait être, semble-t-il, non parce qu'elle sacrifie l'interêt du condamné mais bien parce qu'elle lui fait la part trop belle.

Le condamné à mort ne sera d'ailleurs que l'un des rares tributaires du médecin. Les autres condamnés devront aussi lui appartenir en sorte telle que, bien des expérimentations anodines et bien des thérapeutiques pourront être tentées. J'ai déjà signalé l'hypnotisme expérimental et l'hypnotisme particulièrement thérapeutique. Mais il n'est pas que l'expérimentation. Tous les condamnés appartiendront au médecin, parce que, sans qu'il soit besoin, bien au contraire, d'éliminer, d'écarter les autres conseillers, gens de bien et gens charitables, le médecin particulièrement armé par ses connaissances physiologiques, par son expérience de la pathologie humaine, par sa pratique de l'homme est en mesure de remporter, pour le relèvement du condamné, des succès interdits à tout autre qu'à lui .....

Dr G. Saint-Paul.

GLANURES

Un éloge de Grasset par le professeur Forgue. — Le monument élevé à la mémoire du professeur Grasset a été inauguré à Montpellier à l'occasion du XXe Congrès de Médecine. Des discours furent prononcés par les professeurs Vedel et Euzières et un numéro spécial de l'*Eclair de Montpellier* fut consacré à Grasset. Voici quelques passages de l'article que M. le professeur Forgue a consacré dans ce journal à l'œuvre de Grasset :

... Je me souviens de l'impression profonde que produisit sur nos jeunes esprits — j'étais encore étudiant — la première leçon de Grasset sur la vie et la maladie par laquelle s'ouvre son enseignement sur les maladies du système nerveux. Cette profession de foi vitaliste enthousiasma le milieu vibrant des étudiants par la fermeté de sa pensée et la netteté de son expression. Dès ses débuts un grand maître s'affirmait ; car c'est une chose remarquable que la *prématurité* de cet esprit d'élite, précocité cérébrale que nous retrouvons chez quelques médecins de premier rang, chez Bichat, chez Bordeu, chez Barthez. A trente ans de distance, de 1880, où nous commentions, avec l'ardeur des jeunes gens, ce discours préliminaire, à 1910 où nous lisions l'introduction du *Traité de physiopathologie clinique*, ce sont les mêmes qualités de clarté, de force logique et d'exposition précise que nous y admirions ; c'était aussi la même foi vitaliste qui les animait, fortifiée, vers la fin de sa carrière, par l'expérience clinique et la longue méditation. Cette fixité doctrinale marque bien la parfaite unité de sa vie intellectuelle et la constance de sa direction philosophique.

Chez l'être vivant, une force complexe tend donc continuellement à concerter harmonieusement les fonctions de cette vie, à la maintenir et à la défendre contre les agents nocifs, à assurer son accroissement : c'est la force vitale. Mais, s'agit-il d'une forée *spéciale*, d'un *principe de vie, immatériel, distinct de l'organisme lui-même*, indépendant des lois mécaniques ou physico chimiques ?

C'était là l'ancienne conception vitaliste ; et, sous cette forme absolue, mystique, elle ne saurait être maintenue, à notre époque où ont si prodigieusement évolué la physiologie et la physico-chimie. Quelle était, sur ce point, la position *définitive* de Grasset? Il semble bien, autant qu'on en puisse juger par la lecture attentive de l'introduction à son *Traité de physiopathologie*, et de son livre sur la biologie humaine, en 1917, qu'il se rapprochait d'une formule moyenne, atténuée, également éloignée du vitalisme intégral et de la conception strictement physico-chimique. Si les phénomènes vitaux ont leurs conditions physico chimiques, ils montrent aussi des lois d'enchaînement, de subordination, de solidarité fonctionnelle, en vue d'un résultat qui est la conservation ou l'accroissement de l'individu ; et c'est cet arrangement, suivant un plan organique constant, cet ordre dans la succession des phénomènes vitaux qui est incontestablement le trait spécial et saillant des êtres vivants ; c'est lui qui répond à l'idée de force vitale, *impulsion directrice et régulatrice* : « Quant à sa *nature essentielle*, il est impossible et inutile d'en rien dire : le fait important c'est d'admettre son existence, ses caractères d'unité, d'individualité, qui le distingnent de tout ce qui n'est pas elle. » Grasset va même jusqu'à déclarer qu'il convient de laisser de côté les mots « irritants et inutiles », de principe vital, de force vitale, qui d'ailleurs n'avaient pas dans l'esprit de Barthez d'autre sens que celui donné aujourd'hui au mot énergie.

Donc, la biologie est bien une science à part : « Elle a pour objet l'étude des êtres vivants, l'évolution vitale, leur idées directrice, leur lieu spécial ; cela n'appartient ni à la physique, ni à la chimie. » C'est ce domaine exact que Grasset a délimité dans ce petit livre de 200 pages sur les *Limites de la biologie*, qui, né d'une simple conférence amplifiée, a été probablement l'ouvrage le plus lu, le plus passionnément discuté de toute l'œuvre de Grasset. La biologie reconnait qu'elle a des limites : elle reste elle-même également distincte de la physico-chimie et de la psychologie, de la métaphysique et de la théologie ; elle n'est ni asservie, ni indépendante.

« On admet malaisément, écrivait Paul Bourget dans sa belle préface au livre de Grasset sur les limites de la biologie que les qualités du praticien et celles du philosophe ou du généralisateur coexistent dans un homme. » Grasset a démontré que ces deux aptitudes cérébrales peuvent être conjuguées. Sur le socle de son monument, se lit cet hommage concis et juste : au médecin, au philosophe. Et, en réalité, l'étendue et la valeur de son apport philosophique sont égales, dans la somme de ces œuvres, à sa contribution médicale. Il faut citer, au premier rang : la distinction des *deux psychismes*, l'intellectualité supérieure, consciente et volontaire, et le psychisme inférieur, subconscient et automatique ; l'etude pénétrante des *demi-fous, à responsabilité atténuée*, d'une portée juridique si considérable *l'introduction physiologique à l'étude de la philosophie*. La mala

die et la souffrance n'ont point réussi à vaincre ce labeur ; la pensée, maîtresse de ce corps mortellement atteint, a continué, jusqu'aux approches de la dernière heure, à garder sa sérénité et sa puissance ; pendant les mois douloureux qui ont précédé sa mort, il a conçu et préparé la matière de ces deux volumes : *Science et philosophie* ; *Le Dogme transformiste et la philosophie*. Comme l'a dit Vedel dans une émouvante image. « Quand la mort vint lui prendre la main... elle y a trouvé sa plume. »

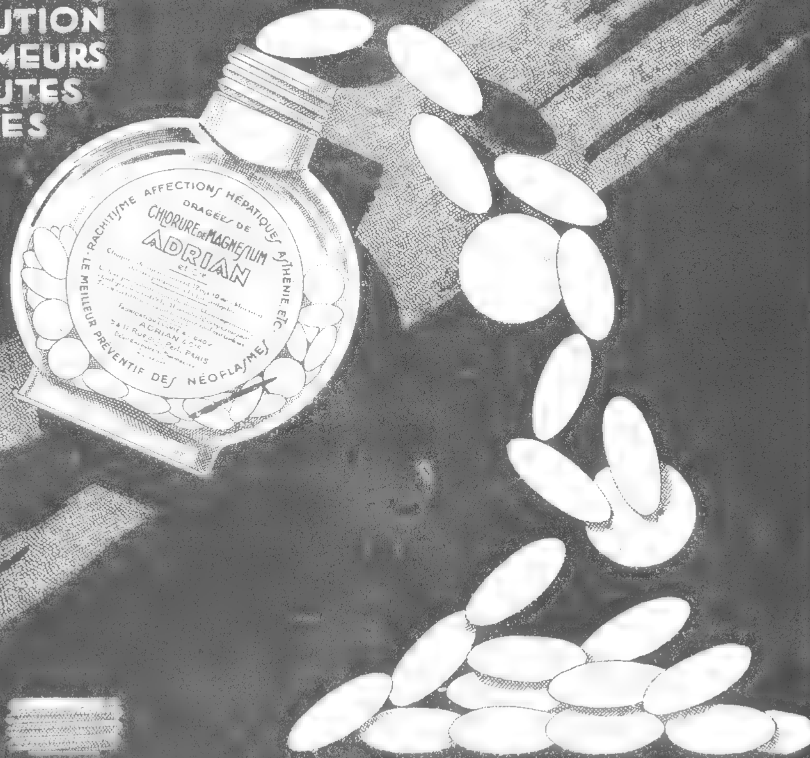
Ainsi mourait, ce philosophe, le grand médecin, exceptionnellement doué, qui, naguère, élève de Fouillée dans la classe de philosophie au lycée de Montpellier, avait obtenu le prix du concours général pour une dissertation sur l'idée de cause, où se révélait déjà cette forte culture prémédicale, dont il est toujours resté l'éloquent défenseur.

Je pense, comme lui, que les humanités sont la meilleure préface des études scientifiques, cette haute éducation de l'esprit exerce la souplesse de la pensée, donne le sens et le goût de la mesure et de l'expression juste, développe la logique et contribue à la formation morale. Grasset, dans son livre sur *Les Humanités et les médecins*, a bien montré la nécessité de l'éducation classique dans la préparation des futurs médecins ; bien mieux, il a, par son éclatant exemple, prouvé combien l'humanisme aide le clinicien dans le problème du diagnostic et du pronostic qui exige un esprit fin et bien discipliné, capable de coordonner et de hiérarchiser les signes perçus ; et dans la question de thérapeutique où la logique, le jugement, l'examen critique des indications et des moyens, la valeur morale de la décision jouent un rôle capital.

Ses disciples, devenus des maîtres, Rauzier, Vedel, Rimbaud, Euzière, ont tracé, avec la même admiration, parce qu'ils ont été frappés par les mêmes qualités du maître, ce tableau de Grasset en face du problème clinique, de la sûreté de son analyse, de la nette vision avec laquelle il subordonnait les symptômes et dégageait l'indication. Pour moi, qui ai eu l'honneur d'instituer à l'hôpital, grâce à sa collaboration et à son esprit de progrès, cette clinique médico-chirurgicale qui est, comme il l'a dit, celle de l'avenir, et de devancer ainsi cette liaison du médecin et de l'opérateur, dont la guerre devait, quelques années plus tard, nous démontrer la nécessité et les services, j'ai apprécié combien sa précision clinique dirigeait mon action chirurgicale et quelle concordance se vérifiait entre son diagnostic pré-opératoire et mes constatations en cours d'opération.

Comme *enseigneur*, il était hors de pair. J'en dirais volontiers ce que Haller avait dit de Boerhaave : « D'autres pouvaient l'égaler en savoir, mais il n'avait pas de rival dans l'art d'enseigner. » C'était une grande joie intellectuelle que d'assister à une de ses grandes leçons ou conférenes, d'en analyser le procédé d'élaboration, l'art de composition ; le plan était simple, par grandes lignes ; la documentation était complète et au courant : le développement du sujet se déroulait méthodiquement, sous une forme brillante et entraînante, avec des citations bien




LA DRAGÉE
ADRIAN
AU CHLORURE DE MAGNESIUM PUR
TONIQUE D'UNE PUISSANCE EXTRÊME
RÉGÉNÉRANT LES TISSUS
EMPÊCHANT
L'ÉVOLUTION
DES TUMEURS
DE TOUTES
NATURES
RACHITISME AFFECTIONS HÉPATIQUES ASTHÉNIE ETC
DRAGÉES DE
CHLORURE DE MAGNESIUM
ADRIAN
LE MEILLEUR PRÉVENTIF DES NÉOPLASMES
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)

choisies, des détails pittoresques, des actualités qui captivaient l'attention de l'auditoire. Je ne vois aucune intelligence, dans le monde médical moderne, qui ait été douée, au même degré, de la capacité d'assimilation et de vulgarisation.

Comme *praticien*, son labeur a été énorme. Paul Bourget, bien qualifié pour juger l'œuvre de Grasset où s'associent la profondeur de la pensée philosophique et la valeur de l'observation médicale, a défini, en une formule exacte, la science de ce grand médecin, « aussi humblement dévouée dans la pratique qu'elle était haute et large dans le domaine des idées ». C'est bien par ce double caractère que me paraît se distinguer l'action intellectuelle et professionnelle de mon collègue et ami.

On ne pouvait certes pas lui adresser le reproche qu'un critique acerbe formulait autrefois contre un de nos plus vieux maîtres dont il disait que la « philosophie lui avait fait oublier la médecine ». C'était le consultant le plus répandu, très apprécié par la valeur de ses conseils, par sa constante convenance, envers les confrères, par sa compassion pour toutes les misères, par le rayonnement d'espoir et de bonté qui émanait de sa personne.

La bonté ! Sophocle a dit qu' « il n'y a que les grandes âmes qui sachent combien il y a de la gloire à être bon », Plus on avance sur le dur chemin de la vie, plus on comprend que c'est la qualité d'âme la plus précieuse. Le destin réserve à chacun de nous des coups assez cruels pour que nous ne les augmentions pas de maux volontaires, par dureté réciproque et intolérance. Grasset n'a jamais connu la haine ; il a toujours pardonné les offenses ; sa générosité d'âme ne s'est jamais démentie... »

Le professeur Gley au Congrès de Boston. — On a pu lire (p. 2010), sous la signature du Dr Charles Richet fils, un compte rendu du treizième Congrès de physiologie tenu à Boston.

En post-scriptum à ce compte-rendu, voici quelques lignes où le Dr Paul Farez évoque (*Journ. des Débats*, 6 octobre 1929) la silhouette du professeur Gley qui fut le président de la délégation française à Boston.

Le principal représentant de notre pays, son porte-parole, ce fut le professeur Gley, un très grand savant, au renom universel. Il y fit l'éloge de la physiologie, laquelle exige, entre autres qualités, la patience et l'adaptation constante aux circonstances les plus diverses. Il s'est lui-même adapté aux exigences du moment, lorsqu'il prononça son toast, le verre en main.

En France, dans nos réunions où, d'ordinaire, il nous charme et nous enflamme de son verbe sonore, ce que contient son verre, c'est le déluré, le guilleret Champagne, « vin de toutes les convalescences qu'on fête, de toutes les santés qu'on porte, de tous les vœux qu'on forme, le plus convaincant de nos ambassadeurs, le plus optimiste de nos philosophes, le plus aimable de nos sages ». Dans le sémillant nectar tour à tour bouqueté, charnu, fruité, cossu, séveux, truffé, nerveux, musclé, généreux, ce qui inspire, c'en est la finesse, la fraîcheur, la grâce, l'élégance, la délicatesse, la race, le cachet, ou bien la charpente, le plein, le corps, la vigueur, le montant et l'ambre de son haleine, le moelleux qui flatte ou la violence qui rudoie... Or, là-bas, certes, oui, sa lèvre connut

Les humides baisers d'une tasse profonde

Ce qu'il y manquait ? Vous le savez :

Le vin, au plus muet, fournissant des paroles.

Mais le professeur Gley est, de son propre cru, l'un des hommes les plus éloquents de chez nous. Dans son verre, il y avait donc de l'eau, non pas, comme du temps d'Horace, à titre d'appoint, pour atténuer l'ardeur de quelques capiteux Falerne, *pocula prætereunte lympha*. Il y avait, — puisqu'on était en public — seulement de l'eau claire, l'*udôr ariston* de Pindare. Avec à-propos, en un style fortement imagé, il en célébra la fraîcheur, évoquant celle d'une âme virginale... Et il puisa son inspiration uniquement dans son cœur. Citons-le : *With this water, clear as the spirit, pure as the reason, and fresh as the white soul of a young girl, I drink to the glory of the biological research.*

Avec une grande élévation de pensée, il montra ces savants, de pays si divers, faisant les mêmes études, poursuivant la solution des mêmes problèmes, pratiquant les mêmes méthodes, œuvrant dans le même esprit, vibrant du même enthousiasme pour la poursuite désintéressée du vrai, dévots du même idéal, brûlant du même feu sacré, en constante communion, dans un même état d'âme et, par là, pratiquant la concorde entre les hommes, donc travaillant à la paix entre les nations. »

Le tatouage de Bernadotte. — Bernadotte, maréchal, prince de Ponte-Corvo, prince royal de Suède, était monté sur le trône de Gustave Wasa et de Charles XII. Le monarque subit un jour une grave crise d'urémie. Les médecins conseillèrent le remède classique qu'est la saignée. Mais l'auguste malade résista avec la plus surprenante véhémence. On insistait en vain. Les médecins se perdaient en conjectures. Il n'était cependant pas admissible qu'un ex-maréchal de Bonaparte eût peur d'un coup de lancette. Enfin, le roi prit à part un de ses médecins en qui il avait une confiance bien mal placée, comme on va le voir. Et, après lui avoir fait jurer un silence éternel, il releva son auguste manche et montra son bras nu. Au-dessus du pli du coude, on lisait, tatoué en bleu : « Mort aux rois ! » Témoignage trop durable de sentiments révolutionnaires depuis longtemps périmés.

(*Le Journal.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les enfants rachitiques, par le docteur BARRAUD. Bibliothèque de Pathologie infantile. Un volume in-8e couronne de 200 pages avec hors-texte sur papier couché. Prix : 20 francs. Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris VIe.

Il n'est guère, actuellement, en pédiatrie, de question plus passionnante et plus à l'ordre du jour que celle du rachitisme en raison des découvertes de ces dix dernières années qui ont ouvert un champ nouveau à l'étiologie de la pathogénie de cette affection.

L'étude des enfants rachitiques déborde d'ailleurs largement le cadre de la première et deuxième enfance parce qu'il englobe un grand nombre des affections de croissance que l'on observe au cours de la pathologie infantile qu'il faut embrasser quand on veut avoir une vue d'ensemble des enfants rachitiques.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que les insuffisances fonctionnelles des grands enfants qui s'observent si fréquemment et presque toujours chez les anciens rachitiques sont améliorées, au même titre que le rachitisme commun de la première enfance, par les traitements physiothérapiques qui tendent à détrôner de plus en plus la pharmacopée de nos pères et en tête desquels il faut placer incontestablement le traitement marin 'abord, puis, l'actinothérapie directe et indirecte, qui constitue le principal adjuvant, sinon le succédané de la thalassothérapie.

Histoire de la Nation française, par Gabriel HANOTAUX. Tome V (Histoire politique de 1804 à 1926.)

J'ai lu avec un plaisir extrême ce gros livre, riche de pensées qui expliquent les évènements, et de détails qui en ressuscitent la physionomie, et bellement illustré.

Tour à tour, devant ma mémoire, ont défilé l'empire, les restaurations, 1848, l'héritier de la légende, puis la troisième république. Plus j'avançais et plus je lisais avec curiosité. C'est que j'arrivais aux heures qu'a vécues l'auteur, plusieurs fois ministre, artisan de l'alliance franco-russe. Puis ce sont les heures que j'ai vécues, les heures de l'*avant-guerre* et un bref résumé de la guerre que nous avons soutenue contre l'Allemagne, parce que faire ce devait.

Et quelques lignes pour essayer de prévoir ce que sera l'avenir.

HENRI VIGNES.

Cynisme, par le Dr GROC. Edition du *Bon Plaisir*, Toulouse.

Que de médecins contemporains se délassent, comme Ingres, en compagnie de quelque « violon ! » Ils ont leurs artistes de la palette ou du ciseau,

tels Hayem, Marcel Labbé, Paul Richer, même leur Salon particulier de peinture et de sculpture. Très souvent mélomanes, ils ont leurs exécutants, leurs virtuoses, qui composent l'orchestre médical, et aussi leurs compositeurs, comme Raoul Blondel. Ils ont leurs poètes, tel Emile Poiteau, le barde de l'Artois, Paul Le Gendre, et leur fabuliste, Charles Richet. Leurs romanciers sont légion, par exemple, Louis Fagerin, Gil Robin et Léo Gaubert, qui vient de publier *Filets bleus*. Ils ont des critiques d'art, tels F. Vallon, Paul Rabier et bon nombre de dramaturges. Deux d'entre eux dirigent un théâtre, à Paris ; au siècle dernier, le docteur Véron était bien directeur de l'Opéra, et pas plus maladroit qu'un autre ! Ils ont aussi leurs moralistes, tel Raymond Groc.

Après de nombreuses pièces de théâtre, non pas toutes jouées, mais toutes très appréciées, à la lecture, le docteur Groc publie aujourd'hui un « Manuel de défense contre l'homme et la femme du siècle ». Cela, c'est le sous-titre. Voici le titre : *Cynisme*. Le cynisme, ce n'est pas celui de l'auteur, mais celui des personnages qu'il a rencontrés, et scrutés. Dans la génération d'après guerre, c'est surtout l'arriviste, pour qui la force, plus que jamais, prime le droit, pour qui le succès seul importe et commande l'estime, le respect. Sur le brutal égoïsme de l'âpre lutte quotidienne, le docteur Groc nous donne des pages parfois pénibles et cruelles, mais vivantes, sincères, courageuses, écrites en une langue ciselée, vigoureuse, truculente. Il fournit des armes contre les embûches de la vie sentimentale ou professionnelle, des armes et aussi la manière d'en user, dans les attaques, les parades et les contre-attaques. Par ses « conseils, réflexions et maximes », le manuel du docteur Groc réserve au lecteur, en même temps qu'un guide pratique, un épicé mais plantureux régal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Technique chirurgicale oto rhino-laryngologique, 4e fasc. : **Larynx et œsophage**, par MOURE, LIÉBAULT et CANUYT. In-8, 364 p., 249 fig. : 70 fr. (Doin).

La puériculture pratique, par G. VARIOT, 5e édit. revue et corrigée. In 8, 420 p., 44 fig. : 28 fr. (Doin).

Manuel du chirurgien-dentiste, par E. FRITEAU. Tome I, 4e édit. In 8, 952 p. : 95 fr. (Doin).

Les cactacées médicinales, par A. HOBSCHETTE. In-8, 80 p., 23 fig. : 12 fr. (Doin).

Guide pratique d'analyses alimentaires et d'expertises chimiques usuelles, par M. LEPRINCE et R. LECOQ, 2e édit. revue et augmentée. In-8, 1064 p., 125 fig. : 100 fr. (Vigot).

Les grandes endémies tropicales. Etude de pathogénie et de prophylaxie, par M. BERNARD, CAZANOVE, GAUDUCHEAU, JAMOT, JAUNEAU, LÉGER, MONTEL, PELTIER. In-8, 114 p. : 12 fr. (Vigot).

Etude de gynécologie clinique et opératoire, publiée par DOLÉRIS, Paul PETIT-DUTAILLIS, ROULLAND. Fasc. 3, 144 p., 82 fig. : 30 fr. (Vigot).

Méthodes de mesure de l'activité des anesthésiques généraux, par L. RÉGNIER. In-8, 203 p., 23 fig. : 40 fr. (Vigot).

Variations artérielles et chirurgie du pharynx, par Henri FISCHER. In-16, 32 p. : 4 fr. (Vigot).

La Pratique stomatologique. Tome IV. Dentisterie opératoire, par P. NESPOULOUS. In-8, 542 p., 263 fig. : 65 fr. (Masson).

Thérapeutique. Pharmacologie et matière médicale, par F. ARNAUD. 875 p. : 80 fr. (Masson).

Aphorismes de médecine clinique, par le Baron CORVISART. Publiés par le Dr P. BUSQUET, 282 p. : 20 fr. (Masson).

Etudes sur les maladies familiales nerveuses et dystrophiques, par O. CROUZON. 386 p., 99 fig. : 55 fr. (Masson).

La micrographie en lumière infra-rouge. Application à la cytologie rénale, par I. BERTRAND et L.-Justin BESANÇON. 100 p., 49 fig. et pl. : 20 fr. (Masson).

Les acrocyanoses, troubles vasculaires cutanés d'origine végétative ou centrale, par F. LAYANI. 282 p. : 32 fr. (Masson).

Quatrième Congrès des dermatologistes et syphiligraphes, 1929. Rapports. 488 p., 19 fig. : 60 fr.

Psychiatrie du médecin praticien, par M. DIDE et P. GUIRAUD, 2e édit., 45 fr. (Masson).

La neurosyphilis. Clinique et traitement. Malariathérapie de la paralysie générale, par A. RADOVICI. 364 p., 80 fig. (Masson).

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.* — Ce concours s'est terminé par la nomination de M. le Dr Aubin.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. (Admissibilité.) — Séance du 6 novembre. — Epreuve écrite. Questions données : Physiologie du corps vitré ; — Diagnostic séméiologique de l'exophtalmie.

Consultation écrite : Séance du 8 novembre. — MM. Veil 20, Kalt 20, Blum 20, Favory 20, Cousin 18.

Notes données à l'épreuve écrite anonyme : MM. Veil 25, Cousin 24, Favory 27, Kalt 27, Blum 25.

Sont déclarés admissibles et admis à prendre part avec M. Lagrange bi-admissible, au concours pour la nomination d'un ophtalmologiste des hôpitaux qui s'ouvrira le 26 novembre : MM. Favory, Kalt et Veil.

Composition du jury de ce concours : MM. les Drs Magitot, Coutela, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Poulard, Laubry et Bréchot.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — M. le Dr Apert remplace dans le jury M. le Dr Lesné, non acceptant.

Concours de l'internat en médecine. (Oral.) — Séance du 5 novembre. — Questions données : Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale ; Infiltrations d'urine. MM. Mahoudeau, 23 ; Brizard, 19 ; Lucas, 22 ; Thorel, 23 ; Aubrun, 25 ; Marie Robert, 18 ; Facquet, 26 ; Mortier, 14 ; Sanz, 21 ; Cesalis, 24.

Séance du 9 novembre. — Questions données : Symptômes et diagnostic de la péricardite tuberculeuse ; Luxations traumatiques récentes de la hanche. MM. Rousseau, 27 ; Billard, 16 ; Mlles Valentin, 27 ; Fagnières, 25 ; MM. Durieux, 24 ; Moreau, 12 ; Gachin, 24 ; Braillon, 21 ; Loisel, 21. S'est retiré : M. Aboulker (G.).

Séance du 12 novembre. — Questions données : Pneumothorax spontané des tuberculeux ; Signes et diagnostic du cancer du rectum. MM. Huret (G.), 24 ; Chigot, 23 ; Sterne, 25 ; Bissery, 17 ; De Palma, 17 ; Mlle Delon, 26 ; MM. Boidot, 27 ; Filoux, 8 ; Fichet, 22 ; Raymond, 21.

Séance du 14 novembre. — Questions données : Symptômes, évolution et diagnostic des insuffisances aortiques ; Tarsalgie des adolescents (sans le traitement). MM. Gorecki 25. Salles 21, Limoges 18, Guyon 12, Fiehrer 27, Carteret 20, Bourdial 19, Boquet 17, Bachmann 18. M. Masson s'est retiré.

Séance du 16 novembre. — Questions données : Complications nerveuses de l'urémie ; Fracture de la clavicule. MM. Labesse 24, Lemoine 24, Mlle Jacob 22, MM. Soyer 23, Fort (Roger) 25, Bousser 26, Hauert 24, Laflotte 27, Pérachon 28, Paul 20.

Hôpital Saint-Louis. (Service de M. le Dr Milian.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau,* du 6 janvier au 26 février 1930 par M. le Dr Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. les Drs Gastou, Lafourcade, L. Périn, E. Rivalier.

Les cours auront lieu le lundi 6 janvier 1930, et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis. Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Programme des cours (31 leçons). — 1re Leçon. Biopsie. Indications. Instrumentation. Technique : Fixation, coupes et colorations (M. Milian). — 2e Leçon. Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (Milian). — 3e Leçon. Annexes de la peau. Histologie normale des glandes, des ongles, des poils (M. Rivalier). — 4e Leçon. Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Taches érythémato-squameuses. Parakératose. Hyperkératose (M. Périn). — 5e Leçon. Spongiose. Vésicules. Œdème intra-cellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. Milian). — 6e Leçon. Pustules. Bulles (M. Milian). — 7e Leçon. Papules. Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. Périn). — 8e Leçon. Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénifications (M. Périn). — 9e Leçon. Lésions inflammatoires aiguës : Erysipèle (M. Milian). — 10e, 11e et 12e Leçons. La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses. Gomme. La leucoplasie (M. Milian). — 13e et 14e leçons. La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. Milian). — 15e Leçon. Le chancre mou (M. Milian). — 16e Leçon. Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. Lafourcade). — 17e Leçon. Le psoriasis (M. Lafourcade). — 18e Leçon. Le lichen plan (M. Périn). — 19e Leçon. Généralités sur les champignons pathogènes. Leur classification. Méthodes d'examen direct avec et sans coloration (M. Rivalier). — 20e Leçon. Cultures des champignons pathogènes. Technique d'examen microscopique des cultures (M. Rivalier). — 21e Leçon. Les teignes. Favus. Trichophytie. Microsporie (M. Rivalier). — 22e Leçon. Les épidermophyties. Erythrasma. Pityriasis versicolor. Blastomycoses (M. Rivalier). — 23e Leçon. Sporotrichose. Actinomycose. Mycétomes (M. Gastou) — 24e Leçon. Pelade et alopécie en aires (M. Rivalier). — 25e et 26e Leçons. Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépends du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Myomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. Milian). — 27e Leçon. Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adénomes. Kystes. Nævi (M. Périn). — 28e Leçon. Tumeurs épithéliales malignes Maladie de Paget. Maladie de Bowen (M. Périn). — 29e Leçon. Les

épithéliomas. Epithélioma spino-cellulaire. Epithélioma baso-cellulaire. Nævo-cancers (M. PÉRIN). — 30e Leçon. Le sang dans les dermatoses (M. RIVALIER). — 31e Leçon. La lèpre (M. MILIAN).

Le droit à verser est de 500 francs. S'inscrire au Laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr PÉRIN.

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier. — La réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra une séance générale le samedi 29 mars 1930, à 17 heures, à la Faculté de médecine de Montpellier.

La question mise à l'ordre du jour de cette réunion est la suivante : « Les prurits et leur traitement hydro-minéral ».

Deux rapports seront présentés à ce sujet, l'un par M. le professeur J. MARGAROT, sur les Bases physiopathologiques du traitement hydrominéral des prurits, l'autre par M. le docteur Jean ANGLADA (de La Bourboule), sur le Traitement hydrominéral des prurits.

L'exposé et la discussion de ces rapports seront suivis de la présentation de communications libres relatives au sujet qui fait l'objet de l'ordre du jour de la séance.

Cette séance sera publique ; elle admettra les communications de médecins étrangers à la réunion, à la condition que ces communications se rapportent au sujet général choisi et sous la réserve de l'assentiment du Bureau.

Les médecins désireux d'intervenir dans les discussions ou de présenter des communications lors de la séance du 29 mars, sont priés de s'inscrire, en indiquant le titre de leurs communications, auprès de M. le professeur agrégé PUECH, 32, rue de l'Aiguillerie à Montpellier.

Les travaux de la réunion seront publiés, dans les conditions statutaires, dans les *Archives de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*.

Un dîner par souscription aura lieu dans la soirée.

Congrès de stomatologie. — Le prochain Congrès de stomatologie se tiendra à Venise, le 15 septembre 1930, organisé par les soins de la Fédération stomatologique italienne et de l'Association stomatologique internationale. Il aura, de ce fait, un caractère international et réunira des délégués et congressistes de tous les pays et de tous les groupements adhérents à cette Association, ainsi que des médecins, non spécialisés dans cette branche, s'intéressant aux questions de stomatologie et qui voudront bien présenter des travaux.

Le nombre sans cesse croissant des confrères étrangers fréquentant les congrès nationaux qui fut particulièrement sensible au congrès français du mois d'octobre a montré le désir de plus en plus manifeste et aussi la nécessité du rétablissement des rapports médicaux internationaux. Aussi un comité permanent d'organisation de tels congrès vient d'être institué sous l'égide de l'Association stomatologique internationale.

Le congrès de Venise sera une première réalisation et en même temps une préparation au Congrès international de stomatologie de Budapest qui se tiendra en 1931 à l'occasion du 300e anniversaire de la fondation de son Université.

Service de santé. — *Médecins commandants.* — MM. Baur, chirurgien des hôpitaux militaires des troupes du Levant est affecté aux troupes du Levant ; Grand, du 43e régiment d'infanterie à Lille, est affecté au 19e corps d'armée.

Médecins capitaines. — MM. Bergé, de l'armée française du Rhin, est affecté au 8e régiment d'infanterie à Saint Lô : Bodet, du 7e régiment de spahis Orange, est affecté à l'hôpital militaire de Briançon ; Leconte, de l'armée française du Rhin, est affecté au 168e régiment d'infanterie ; Habert, de l'armée française du Rhin, est affecté au 97e régiment d'infanterie : Le Berre de l'armée française du Rhin, est affecté au 71e régiment d'infanterie : Monot, de l'armée française du Rhin, est affecté au 510e régiment de chars de combat : Bierer, de l'armée française du Rhin, est affecté au 171e régiment d'infanterie ; Mourot, de l'armée française du Rhin, est affecté au 21e régiment d'infanterie ; Franchimont, des troupes du Maroc, est affecté au 23e régiment d'infanterie ; Criolet, de l'armée française du Rhin, est affecté au 150e régiment d'infanterie ; Authier; de l'armée française du Rhin, est affecté au 156e régiment d'infanterie ; Gensoul du 520e régiment de chars de combat à Maubeuge, est affecté au 19e corps d'armée ; Rocquet, du 1er régiment d'infanterie à Avesnes, est affecté aux Territoires du Sud-Algérien; Brissy, du 1er régiment d'infanterie à Cambrai, est affecté aux Territoires du Sud-Algérien ; Candille, de l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains, est affecté aux troupes du Maroc.

Le médecin capitaine Favre cité à l'ordre de la Nation. — Le gouverneur porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Pierre Favre, médecin capitaine des troupes coloniales en service en Afrique Equatoriale française.

« Jeune médecin, plein de foi en sa mission, dont le dévouement et l'abnégation dans une tâche extrêment pénible faisaient l'admiration de tous. Tombé le 1er août 1929 au milieu

de ses malades, sous le poignard d'un de ces primitifs en faveur desquels il déployait journellement une douceur et une bonté inépuisables. »

Concours pour la nomination aux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes. — Le jeudi 12 décembre prochain, à 9 heures, dans la salle des concours de l'Assistance publique s'ouvrira un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise), à l'Institution Sainte-Périne, à la Fondation Chardon-Lagache et à l'Asile pour enfants de la Ville de Paris à Hendaye (Basses-Pyrénées).

Les candidats qui désirent concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé, 3, avenue Victoria, à partir du jeudi 21 novembre jusqu'au lundi 2 décembre inclusivement, de 14 à 17 heures, où tous renseignements utiles leur seront procurés.

Société de thérapeutique. — Conférence de M. le Professeur agregé LAIGNEL-LAVASTINE sur la méthode concentrique dans le traitement des psychonévroses, à la séance du mercredi 11 décembre. Faculté de médecine, salle Pasteur, 5 heures.

Association pour le développement des relations médicales. — *La France et les Pays amis.* — L'assemblée générale de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 26 courant à 17 heures, salle du Conseil, Faculté de médecine, sous la présidence de M. ROY, ministre du Canada en France.

ORDRE DU JOUR. — 1° Discours de Monsieur le doyen ; 2° Exposé de l'activité de l'Association pendant l'année 1929 par M. HARTMANN, président ; 3° Rapport financier par M. LEMAITRE, trésorier ; 4° Renouvellement statutaire du tiers des membres du Conseil ; 5° Discours de M. ROY, ministre du Canada en France.

Les membres du Conseil soumis au renouvellement sont : MM. Bezançon, Carnot, Couvelaire, Dartigues, Gros, Hadgès Lemaître, Michon, Pierra, Roger, Trèves.

XXIe Congrès français de médecine. — Ce Congrès aura lieu à Liege fin septembre 1930 et non 1931 comme nous l'avons annoncé par erreur.

Faculté de médecine de Lille. — M. Edmond Doumer, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille.

M. Duhot, agrégé, a été nommé professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Légion d'honneur. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur.

MARINE. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Féret.

Au grade de chevalier. — M. le médecin de 1re classe Le Bourgo.

Lyon. — A l'Académie des sciences morales et politiques (séance du 16 novembre) M. Pierre Janet, au nom de la section de philosophie, a lu son rapport sur les titres de M. le Professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, candidat au siège de correspondant, vacant par suite du décès de M. le professeur Petges, de Bordeaux.

Nécrologie. — Dr Félix PALIARD père, de Lyon, ancien interne des hôpitaux, décédé dans sa 68e année.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN

L'œuvre de Widal et l'Enseignement de la Clinique [1]

Par **M. le Professeur Charles ACHARD**
Membre de l'Institut.

Au moment d'inaugurer mon enseignement dans cet hôpital, un douloureux devoir m'est d'abord imposé : celui de rendre hommage au maître illustre qui m'a précédé dans cet amphithéâtre. Pourquoi faut-il que, plus âgé de deux ans, je doive, contre l'ordre naturel des choses, saluer la mémoire d'un collègue à qui m'attachaient de vieux liens de camaraderie !

Il y aura bientôt 45 ans, le 1er janvier 1885, comme j'entrais, interne de 3e année, dans le service de Lannelongue à l'ancien hôpital Trousseau, un jeune collègue, reçu à la dernière promotion, venait en même temps pour ses débuts dans le service du médecin Triboulet, dont le fils devait plus tard laisser sa trace dans notre Corps médical des hôpitaux.

Des cinq internes qui composaient notre petite salle de garde, j'ai vu, hélas ! disparaître successivement Weber, Thoinot, Widal, et seul avec moi survit le plus ancien, Eugène Revilliod, qui fut médecin d'hôpital à Genève.

Notre jeune collègue Widal était plein d'une belle ardeur. C'était pourtant dans le service d'un médecin qui faisait un peu figure d'ancêtre à cause de ses théories périmées, que, sans avoir eu la liberté du choix, ce jeune enthousiaste du progrès se trouvait placé par le sort malicieux. Mais on pouvait déjà lui prédire une brillante destinée, car il possédait, outre l'ambition légitime du succès, les moyens de l'obtenir : la vision nette du but et celle du chemin à parcourir, et la ténacité dans l'effort.

Dans notre petit cénacle, que de conversations animées, que de discussions passionnées s'élevaient sur l'état présent de la médecine et sur son avenir ! Widal était surtout attiré vers la clinique, mais vers la clinique éclairée par la recherche scientifique. Chaque fois qu'il le pouvait, il se rendait à l'hôpital Saint-Antoine tout proche, entendre les leçons qu'y faisait Dieulafoy, dont il devait être l'interne, et il en revenait toujours plus séduit et plus émerveillé.

L'internat passé, nous nous retrouvâmes dans les concours. La même promotion nous fit médecins des hôpitaux, la même agrégés, et c'est aussi le même jour que le Conseil de la Faculté nous élut professeurs.

Ainsi la vie tantôt nous rapprocha, tantôt nous sépara. Mais toujours, quand ensemble nous évoquions nos jeunes années d'internat, nous goûtions le même charme à revivre ce lointain passé, printemps de notre existence médicale.

Souvenirs de jeunesse, toujours plus chers à mesure que les années s'amassent. Temps heureux où le calcul n'entre guère dans l'espoir du succès, où la confiance en soi voile tous les obstacles, où les meurtrissures de la vie ne troublent encore ni le travail des jours, ni le repos des nuits !

Peut-être vous paraîtra-t-il superflu que je retrace la carrière de Widal et son œuvre considérable. D'autres déjà, collègues ou élèves, plus compétents ou mieux initiés à ses recherches, l'ont plusieurs fois rappelée, mieux que je ne le saurais faire. Il me faut néanmoins tirer de son exemple et de ses travaux une leçon profitable à l'enseignement que je dois continuer.

Fernand Widal fut et restera l'une des plus grandes figures médicales de notre époque.

Né le 9 mars 1862, à Dellys, en Algérie, où son père, médecin inspecteur de l'armée, fit une partie de sa carrière, sa vocation médicale se dessina très vite. N'avait-il pas l'exemple et les conseils de ce père, médecin distingué qui fut un collaborateur du Dictionnaire de Dechambre, et ceux de son oncle, le professeur Hirtz, qui remplissait à la Faculté de médecine de Strasbourg les fonctions de doyen quand éclata la guerre de 1870 ? Ses études classiques achevées, Fernand Widal entreprit à Paris ses études médicales, devint externe, puis interne des hôpitaux en 1884, docteur en 1889, médecin des hôpitaux en 1893, agrégé en 1894, professeur en 1910, montant sans effort tous ces degrés de la hiérarchie.

Dès le début de son internat, poussé par le désir d'apprendre tout ce qui était nouveau, il se fit attacher au laboratoire de Cornil, où il se lia avec Chantemesse, son aîné, qui, au retour d'un voyage d'études en Allemagne, organisait le premier enseignement pratique de microbiologie qui fut donné dans notre pays.

C'est avec Chantemesse qu'il découvrit le bacille de la dysentérie, étudia le bacille d'Eberth et tenta chez les animaux les premières immunisations antiéberthiennes. Sa thèse sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle confirma l'identité encore discutée du streptocoque des suppurations et de celui de l'érysipèle. En outre, elle apporta ce fait nouveau que la phlegmatia des accouchées, attribuée depuis Virchow à un excès de coagulabilité sanguine de nature cachectique, n'était autre qu'une phlébite infectieuse produite par le streptocoque.

Puis, son œuvre se continue en une suite de découvertes qui, malgré la diversité de leur objet, offrent quelques traits communs qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de dégager.

Il y a, en effet, beaucoup de variété dans les découvertes, car les faits qu'on découvre sont de nature très différente et il y a différentes manières de les découvrir. Tel inventeur s'attache avec obstination à la recherche d'un fait, à la démonstration d'une théorie. Tel autre néglige de tirer d'un fait nouveau qu'il a saisi aucune déduction pratique et, satisfait d'une vérité entrevue, court aussitôt à la poursuite d'une autre.

Widal n'appartenait ni à l'une, ni à l'autre de ces deux sortes de chercheurs.

Ce qui caractérise son œuvre, c'est le don d'intuition qui lui faisait apercevoir, dans un ensemble de faits nouveaux, le détail essentiel, susceptible de conduire à des conséquences d'une grande portée pratique.

Par exemple, la découverte du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde qui, à 34 ans, rendit son nom célèbre dans le monde entier, eut pour principe les travaux de Pfeiffer et Kolle sur les propriétés spécifiques que l'immunisation d'un animal faisait naître dans son sérum. Parmi ces propriétés était le phénomène de l'agglutination des microbes, que Grüber et Durham avaient étudié, en montrant qu'il permettait de distinguer le bacille d'Eberth du colibacille. Grüber avait constaté que cette propriété agglutinante existait dans le sérum des malades convalescents de fièvre typhoïde et il avait engagé les cliniciens à en poursuivre la recherche. Mais jusque-là ce phénomène de l'agglutination des microbes était resté sans portée pratique. Or Widal se demanda si cette réaction si précise et si délicate n'existait pas avant que la maladie fût terminée, et si l'on ne pourrait la déceler au cours même de la maladie,

(1) Leçon inaugurale du 16 novembre 1929.

ce qui permettrait de faire le diagnostic de la fièvre typhoïde à une période où ce diagnostic a encore une utilité pratique.

Il chercha donc la réaction chez les malades et la trouva, donnant au praticien le moyen de reconnaître presque à ses débuts une maladie dont le diagnostic par les seuls symptômes ne laisse pas d'être souvent malaisé. Aussi cette découverte fut-elle accueillie avec la plus grande faveur. Le procédé fut étendu à d'autres infections, et c'est lui qui nous a permis, peu de mois après, de distinguer, avec M. Bensaude, les fièvres paratyphoïdes de la fièvre typhoïde éberthienne.

Le cyto-diagnostic, que Widal découvrit en 1900 avec M. Ravaut, repose sur l'étude des différentes sortes de leucocytes que Ehrlich avait distinguées par des techniques spéciales. Plusieurs observateurs avaient recherché ces diverses variétés leucocytaires dans les épanchements des séreuses, notamment dans les liquides pleuraux et dans le liquide céphalo-rachidien. Mais Widal y chercha quelque chose de plus : d'abord les caractères spéciaux de la réaction leucocytaire dans les processus d'hydropisie et d'inflammation, puis un moyen pratique de reconnaître, sinon toujours la nature de la cause pathologique, du moins la qualité de la réaction anatomique des tissus. Sa découverte eut même cette conséquence que, tout étranger qu'il fût à la neurologie, il n'en fournit pas moins aux neurologistes un signe de la plus haute valeur pour le diagnostic du tabes et de la paralysie générale.

Ses importantes études sur la pathologie du rein sont aussi marquées du sceau de l'utilité pratique.

On savait que le chlorure de sodium est retenu dans l'organisme au cours de nombreux états morbides. On savait que l'introduction d'une solution saline dans un organisme en état de rétention n'est pas suivie d'élimination et ne fait que remplir les tissus d'eau salée. Même une observation fortuite, chez un malade de M. Chauffard, avait montré l'apparition d'un œdème dans un cas d'ictère infectieux traité par les injections de sérum artificiel. Reproduisant de parti pris cette expérience clinique chez deux malades atteints de mal de Bright, dans des conditions rigoureusement déterminées, Widal montre avec M. Lemierre que l'œdème peut à volonté apparaître ou disparaître selon que l'on donne ou que l'on supprime le sel dans la ration alimentaire. Puis, avec M. Javal, il institue pour la cure de l'œdème brightique le régime déchloruré que MM. Ch. Richet et Toulouse avaient imaginé pour rendre plus active la médication bromurée chez les épileptiques.

Ainsi Widal avait su, parmi les phénomènes complexes de la rétention chlorurée, dégager l'élément précis qui permettait d'établir son rôle dans la pathogénie de l'œdème, avec cette conséquence pratique, immédiatement utilisable, la cure de déchloruration.

Tandis que les cliniciens s'efforcent en vain à distinguer les néphrites d'après leurs lésions, Widal remarque que ce qui importe au clinicien, c'est l'état fonctionnel des reins, beaucoup plus que l'état anatomique. Or, il est devenu facile, grâce à des recherches récentes sur l'élimination provoquée et sur la constante uréo-sécrétoire, de faire l'exploration fonctionnelle des reins. Il peut ainsi distinguer, dans les néphrites, les cas où existe la rétention chlorurée génératrice d'œdèmes et ceux où l'urée, que le rein ne parvient pas à éliminer suffisamment, s'accumule dans le sang. Il note, de plus, que souvent, dans les néphrites scléreuses, coexiste un trouble vasculaire aisément décelable, l'hypertension artérielle. Sur la distinction de ces divers troubles fonctionnels, il fonde sa classification physiologique des néphrites, universellement adoptée.

Elle est évidemment provisoire, puisqu'on ne saurait négliger d'une façon systématique et définitive le diagnostic des lésions rénales. Mais elle a le double mérite d'être à la portée du praticien et de lui donner d'excellents moyens de traitement, à savoir, suivant les cas, le régime déchloruré et le régime hypoazoté.

Les derniers travaux de Widal ont trait à une vaste question de pathologie générale, celle des états de choc, pour lesquels il proposa le terme de colloïdoclasie. Etudiant avec MM. Abrami, Joltrain, Pasteur-Vallery-Radot, les modifications du sang dans le choc anaphylactique et les rapprochant de la crise vasculo-sanguine observée en divers états morbides, notamment l'asthme et l'urticaire, il fut conduit à réunir dans une pathogénie commune, consistant en un déséquilibre colloïdal du plasma sanguin, de nombreuses affections pour lesquelles l'ancienne médecine avait édifié la théorie humorale des diathèses. Dans cette partie de son œuvre aussi, où paraît dominer l'intérêt théorique, la conception de pathologie générale avait une conséquence pratique : la thérapeutique par le choc.

A ces parties fondamentales de l'œuvre de Widal, il conviendrait d'ajouter quantité de travaux sur les sujets les plus divers. Les *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, ceux de l'Académie de médecine, les comptes rendus de l'Académie des sciences et de la Société de biologie, les principaux périodiques médicaux témoignent amplement de son infatigable activité. Mais il est de ceux dont l'œuvre est assez belle pour qu'on en puisse admirer l'harmonie des grandes lignes sans qu'il soit besoin de s'attarder aux détails, encore qu'ils soient traités de main d'ouvrier.

Par l'ascendant qu'il exerçait sur ses élèves Widal avait su s'entourer d'une élite de collaborateurs. Son enseignement était, à juste titre, très recherché par la foule des étudiants et par les médecins français et étrangers.

De son maître Dieulafoy, aux manières un peu théâtrales, il avait reçu le sentiment très vif des qualités nécessaires au professeur : une grande clarté, un ordre méthodique, le trait qui grave à jamais le fait important dans la mémoire des auditeurs, et le soin de montrer toujours la portée pratique des notions qu'il enseignait.

Ainsi, dans toute son œuvre de savant et de professeur, c'était toujours l'aspect clinique des problèmes de pathologie qui tenait le premier rang.

Les honneurs ne pouvaient manquer de lui venir. L'Académie de médecine l'avait élu en 1906, l'Académie des sciences en 1919. Il était grand-officier de la Légion d'honneur. Sa réputation de médecin consultant était universelle.

Il laissera parmi nous le souvenir respecté d'un maître qui fit honneur à notre Faculté et à notre Corps médical des hôpitaux, et dont la perte creuse un vide que son successeur ne saurait avoir la prétention de remplir.

Apporter dans la clinique l'esprit physiologique, appliquer à l'étude et au traitement des maladies les faits scientifiques, tels sont, dans l'œuvre que je viens de retracer, les traits dominants. Sans doute, c'est depuis Claude Bernard la tendance de toute la médecine et de tous ceux qui professent la clinique. Mais, en vérité, le professeur Widal y gagna maîtrise.

N'attendez pas de moi que j'innove dans les principes ni dans la pratique de l'enseignement clinique, que je fais depuis dix ans, après avoir pendant dix autres années, enseigné la pathologie générale. Près du terme de ma carrière, j'entends rester fidèle à ces principes et à cette pratique, que j'ai plus d'une fois, d'ailleurs, eu l'occasion de définir.

La clinique est l'étude des malades. C'est l'application

d'une science, qui est la pathologie, sœur de la physiologie. Encore faut-il entendre la physiologie dans un sens large, en lui annexant certaines parties d'autres sciences qui ont trait à la biologie. Entre ces deux sœurs, certains confèrent à la physiologie une sorte de droit d'aînesse. Je ne crois guère cette primauté légitime. Pendant des siècles, la physiologie, toute rudimentaire, n'était qu'une annexe de la médecine, et si, depuis Claude Bernard, beaucoup de physiologistes, et non des moindres, ne sont point médecins, ce n'en est pas moins la médecine, comme le disait très justement ce fondateur de la physiologie, qui pose le plus grand nombre des problèmes que la physiologie s'efforce à résoudre. C'est, en somme, de la médecine, ou si l'on veut de la souffrance humaine, qu'est née, comme la pathologie, la physiologie elle-même.

Toujours est-il que physiologie et pathologie sont partout semblables et s'enseignent partout à peu près semblablement. Mais il en va différemment pour l'enseignement des applications de la pathologie, c'est-à-dire de la clinique, et notre pays, sous ce rapport, paraît bien faire exception.

La question est d'importance et mérite qu'on s'y arrête quelque peu. Elle dépasse en intérêt l'enseignement de la médecine et même la pédagogie en général : c'est toute la philosophie du savoir humain qu'elle met en jeu.

Presque partout ailleurs qu'en France, au nom de la logique, on réserve l'enseignement clinique pour une période avancée des études médicales. Ne semble-t-il pas logique d'enseigner d'abord la science, la théorie, avant ses applications ?

On pourrait discuter, du point de vue philosophique, si cet ordre, assurément logique pour l'exposé méthodique de la science, est bien logique également pour l'enseignement pratique et professionnel. Mais ce qui me paraît certain, c'est que cet ordre logique n'est pas l'ordre naturel.

Le savoir n'est pas venu à l'homme par révélation, ni par déduction de notions innées, mais par induction à l'aide de l'observation et de l'expérience. L'enfant qui naît ignore tout, il n'apporte en lui que l'aptitude à connaître. Ce qu'on appelle les vérités premières lui sont complètement étrangères. C'est peu à peu, à mesure que s'exercent et s'affinent ses sens et que se fortifie son jugement, qu'il fait son apprentissage, et c'est plus tard seulement qu'une instruction théorique pourra lui fournir l'explication de ce qu'il aura lui-même appris d'abord à connaître. Attend-il d'étudier l'astronomie pour savoir que le soleil se lève et se couche, pour connaître les phases de la lune et le déplacement des étoiles au ciel ? Que la ligne droite, soit le plus court chemin d'un point à un autre, que les lignes parallèles ne se rencontrent pas, ce sont des faits d'observation : l'homme ne les devine ni ne les invente, il les constate.

En toute science, il est des faits d'observation courante qu'il n'est pas besoin de théorie, je ne dis pas pour comprendre, mais pour connaître. A plus forte raison, pour la pratique, est-il des détails qui se peuvent apprendre sans théorie.

Sans doute, on peut apprendre la chimie en lisant un traité, mais celui qui veut être chimiste et pratiquer la chimie doit faire un apprentissage. Il doit s'exercer à peser et jauger avec précision, à monter un appareil, en un mot a manipuler : toutes choses pour lesquelles l'instruction théorique n'est point préalablement nécessaire et pour lesquelles la pratique peut devancer la théorie.

De même, dans l'instruction professionnelle du médecin, il est une partie qui peut se passer de théorie. Sans savoir que la pneumonie est produite par le pneumocoque, ni comment ce microbe altère les tissus, l'élève novice peut fixer dans sa mémoire les caractères du râle crépitant et ceux du souffle tubaire, l'aspect des crachats rouillés, les traits de la courbe thermique. Sans connaître la cause et les lésions du tabès ni leur pathogénie, il peut apprendre à chercher les réflexes tendineux et les réactions pupillaires. Faut-il savoir la pathologie pour pratiquer une prise de sang, une ponction lombaire, une injection sous la peau ou dans les veines, mesurer la température ou la pression artérielle, faire un pansement propre ? Il y a quantité de choses que le débutant peut apprendre sans avoir ouvert un livre de médecine ni écouté une leçon théorique.

Bien entendu, cet apprentissage professionnel, sorte de manipulation du malade, ne suffira jamais au médecin. Il y faut joindre — et c'est ce qui distingue l'étudiant de l'infirmier — la connaissance des maladies, c'est-à-dire la pathologie. De même, c'est la connaissance théorique qui distingue l'ingénieur du mécanicien et le physicien de l'amateur photographe. Mais combien sera-t-il plus facile d'apprendre la pathologie à qui déjà connaîtra les caractères des symptômes ! Quand il lira dans un traité la description de ces symptômes, énumération trop souvent dépourvue d'attraits, ce seront pour lui de vieilles connaissances. L'image de tel malade d'hôpital surgira aussitôt de sa mémoire, elle animera la description du livre et il n'aura plus guère qu'à étudier l'interprétation des désordres produits par la maladie pour connaître vraiment la pathologie et compléter les notions scientifiques dont il aura besoin pour faire de bonne clinique.

Au surplus, cet ordre naturel d'instruction médicale qui, partant des symptômes pour aboutir à la cause, procède de l'analyse à la synthèse, n'est-ce pas celui précisément que suit aussi dans sa pratique de tous les jours le médecin exercé ? D'abord bien rechercher et bien observer tous les symptômes, puis les classer par groupes pour les interpréter par les mêmes lésions et les mêmes troubles fonctionnels enfin, remonter à la cause de ces désordres : telle est l'opération de l'esprit que fait, le plus souvent à son insu, le praticien auprès du malade. L'analyse précède toujours la synthèse. Ensuite, il est loisible au clinicien de se demander si la cause qu'il croit avoir trouvée est bien apte à produire les altérations d'organes et de fonctions auxquelles il rapporte les symptômes observés. Mais cette nouvelle opération de l'esprit qui, en sens inverse de la précédente, va du général au particulier, n'est, en quelque sorte, qu'une opération probatoire, une vérification complémentaire.

Il serait facile de montrer que l'évolution historique de la médecine a obéi aux mêmes règles. La médecine a d'abord été symptomatique. C'est plus tard seulement qu'elle a connu les lésions des organes et les troubles des fonctions et que, devenant anatomique et physiologique, elle a pu expliquer par ces désordres les symptômes constatés chez les malades, et qu'enfin, elle a découvert la cause d'un grand nombre de ces désordres, couronnement de son effort, puisque cette connaissance des causes permet de guérir et souvent de prévenir la maladie.

Laissons donc l'élève débutant faire sans théorie ses premiers pas, à la façon de l'enfant nouveau-né, ce débutant intégral, pourrait-on dire. Aidons-le, guidons-le, en lui donnant les explications simples qui sont indispensables. Veillons à ce que sa technique soit correcte et lui devienne si familière qu'elle n'absorbe plus l'effort de sa pensée. C'est ainsi, par la fréquentation précoce et prolongée de l'hôpital, qu'il acquerra cette qualité souvent appelée, non sans quelque irrévérence, le flair du clinicien, et qui n'est autre que le sens aigu, affiné par la pratique, de ce qui, dans la physionomie d'une maladie, en forme les traits caractéristiques.

Observer d'abord, interpréter ensuite, tel est donc l'ordre naturel suivi par quiconque apprend ou pratique la médecine. Eduquer d'abord les sens de l'étudiant pour l'usage professionnel, sans s'interdire toutefois quelques explications élémentaires, telle est, par suite, la première tâche du professeur de clinique en ce qui concerne l'instruction des débutants.

Au contact des malades et en face des problèmes qui se discutent devant chaque lit d'hôpital, l'étudiant novice n'apprend pas seulement des symptômes et les moyens de les rechercher. Il forme son esprit critique, il exerce son jugement. Il s'initie à apprécier la valeur relative des symptômes et celle des interprétations. Il apprend à se garder de l'absolu et se convainc qu'une bonne technique ne vaut guère sans un bon jugement.

Mais il est encore un avantage d'autre sorte qui s'attache à la fréquentation précoce de l'hôpital par l'étudiant.

La profession médicale n'est pas seulement affaire de science. Des qualités morales — Rabelais disait conscience — sont de plus en plus nécessaires au praticien, à mesure que grandit le rôle social du médecin.

Or, c'est à l'hôpital que se fait la formation morale du médecin. Là seulement, il apprend comment il convient d'interroger un malade suivant les circonstances d'âge, de sexe, de milieu social, et comment on gagne sa confiance. Là, il connaît les difficultés de la vie dans lesquelles se débat trop souvent le malade et il apprécie l'aide physique et morale que le médecin peut et doit lui porter. Il apprend, en un mot, l'art de faire le bien et prend conscience de la noblesse de sa profsession.

Ce côté de l'éducation médicale n'a peut-être pas, je le reconnais, dans nos services de clinique toute la place qu'il mériterait. L'attention des maîtres pourrait se porter davantage sur ce point. L'exemple est sans doute ici le meilleur pédagogue ; mais la leçon de choses gagnerait à prendre quelques développements. Toujours est-il que c'est seulement au contact, et au contact prolongé des malades, que se peut faire cette éducation morale, qui a tout profit à être précoce.

Pour lourde que soit la tâche qu'impose au professeur de clinique l'instruction des étudiants, elle n'épuise pourtant pas tout son programme. Une chaire de faculté n'a pas seulement pour objet l'enseignement élémentaire, la préparation à des examens et à l'exercice d'une profession. L'enseignement supérieur a d'autres exigences. A la science déjà faite, il doit ajouter la science qui se fait.

Des leçons doivent donc être consacrées à des sujets nouveaux, à des questions d'actualité. Il y faut de nombreux collaborateurs d'une compétence éprouvée. Or, les cadres de l'enseignement sont restreints et ces indispensables collaborateurs me prêtent un concours bénévole : je leur dois et leur adresse de tout cœur mes remerciements.

Widal, avec un sens profond des réalités, avait fort bien conçu le plan de cet enseignement clinique, destiné à la fois aux débutants et aux médecins désireux de perfectionner leur instruction. Il avait compris l'utilité d'un grand service hospitalier, comportant un choix de malades variés, permettant d'étudier à la fois des cas simples et classiques et des cas rares et complexes. Pour cet enseignement, il avait fait appel aussi à de nombreux collaborateurs, ses élèves. Cette organisation est restée le modèle qu'ont imité presque toutes nos cliniques médicales, qui dispensent de même un enseignement élémentaire et un enseignement plus élevé.

Enfin, une chaire de clinique doit être encore un centre de recherches, non pas seulement de recherches, en vue du diagnostic et du traitement des malades présents dans les salles, mais de recherches susceptibles de faire progresser la médecine au bénéfice des malades à venir. N'est ce pas, d'ailleurs, ce qui a lieu dans nombre de services hospitaliers étrangers à l'enseignement universitaire ?

Le chercheur a besoin de se recueillir. Il est bon qu'il aille faire parfois oraison dans les *templa serena* où il puisse consulter Minerve. Il ne saurait se borner à travailler sur commande en appliquant des techniques à l'étude des malades. Il doit créer du nouveau. Or, il y faut des laboratoires convenablement outillés. Notre clinique en possède. Elle dispose d'un vaste bâtiment destiné à servir de laboratoire de recherches, mais qui n'a guère pu jusqu'à présent remplir ce rôle ; car là aussi, je ne puis manquer de déplorer une insuffisance plus grave encore que pour l'enseignement par les leçons. Le mal dont souffrent nos laboratoires n'est aujourd'hui que trop répandu, c'est celui de l' « impécuniosité ». La vie est chère pour la recherche comme pour les chercheurs et la dotation menaçait d'être d'une inquiétante modicité.

Heureusement M. le Recteur de l'Université a bien voulu s'émouvoir de cette « grande pitié » et s'employer pour animer ce grand corps sans âme, lui donner la vie et les moyens de travailler. Puissent ses efforts aboutir ! Nous lui en garderons une profonde reconnaissance ainsi qu'à M. le Doyen et à nos collègues de la Faculté qui ont bien voulu adhérer à ce projet.

C'est notre vif désir que cette clinique puisse concourir, comme centre d'enseignement et de travail, au juste renom de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris. C'est notre espoir le plus cher qu'elle honore la mémoire de celui qui m'a précédé dans cet amphithéâtre et qu'elle continue, dans la voie qu'il a tracée, son œuvre de science et de bienfaisance.

Durée de la gestation. — A. MARTEL (de Reillane, Basses-Alpes) a publié, dans le *Concours médical* du 24 janvier 1926, un cas de « grossesse prolongée et dystocie des épaules dans un accouchement de teratencéphale ».

Secondipare. Premier enfant mort-né après un forceps difficile. D. R. décembre 1924 ; accouchement le 10 novembre 1924. Constatation de la malformation cranienne au cours du travail. Dyotocie des épaules. Fœtus pesant cinq kilos.

Pour l'auteur, cette gestation prolongée peut trouver son explication dans les troubles résultant de l'atrophie céphalique et dans la faible sollicitation du segment inférieur par un pôle fœtal atrophié.

H. SELLHEIM (*Mediz. Klin*, 13 juillet 1928, p. 1073) d'après 1.000 enfants pesant entre 3.000 et 3.500 et mesurant de 48 à 52 cm. a cru pouvoir conclure qu'on pouvait obtenir des enfants à terme entre un minimum de 213 jours et un maximum de 234, la moyenne étant de 270 jours et les écarts se répartissent régulièrement.

Le même auteur (*Munch. med. Woch*, 1 juin 1928,) après avoir établi que la gestation prolongée existe et qu'elle entraîne des inconvénients pour l'enfant, soit que son développement exagéré entraîne une dystocie grave avec risque de mort, soit que la mort se produise, *in utero*, cherche un critère pour déterminer le moment où il faut interrompre la gestation. Il croit l'avoir trouve en caractérisant dans le sang la sécrétion placentaire. Celle-ci diminue à terme et disparaît. Si, donc, à terme, on constate une réaction forte, c'est qu'il y aura gestation prolongée et il faut l'interrompre artificiellement. H. V.

Avenir des femmes atteintes d'albuminurie gravidique. — GIBBERD (*British med. Journ*, 13 avril 1929) considère que, sur cent femmes ayant eu de l'albuminurie par toxémie gravidique, dix conservent une néphrite chronique, quarante guérissent complètement et cinquante conservent des lésions qui se révèlent au cas d'une nouvelle gestation. H. V.

Il n'y a pas de charlatanisme en médecine, en religion ou en politique, dont une grande intelligence ne puisse devenir dupe lorsque cette intelligence a été troublée par la souffrance ou la peur. MACAULAY.

La signification énergétique des charges électriques portées par les ions aériens dans les processus physico-chimiques de l'organisme en général et de l'appareil respiratoire en particulier,

Par M. le Prof. **A. L. DE TCHIJEVSKY** (Moscou).

Mes recherches antérieures ont fait voir expérimentalement le rôle que joue l'air ionisé dans différentes fonctions de notre organisme. J'ai établi que l'ionisation de l'air hausse l'excitabilité nervo-psychique, la capacité sexuelle et influe salutairement sur les maladies pulmonaires, la tuberculose des poumons, en particulier.

Mes travaux ultérieurs démontrèrent que le rôle de l'air ionisé s'étend encore beaucoup plus loin et plus profondément dans l'organisme. Les personnes soumises quotidiennement à l'effet de l'air ionisé durant un laps de temps plus ou moins long manifestent une amélioration d'état général, meilleur appétit, meilleur sommeil et une augmentation de forces résistantes de l'organisme pour lutter contre différentes maladies. C'est pourquoi je suis enclin à croire au moment actuel que l'air ionisé aspiré par nous est un des facteurs physiologiques les plus puissants et exerçant une influence prophylactique et thérapeutique. Malgré la grande quantité de questions observées concernant le procédé de l'ionisation (par exemple le dosage, le caractère de la charge électrique) j'obtiens dans la plupart de mes expériences un effet positif.

C'est ainsi que surgit le problème concernant la mécanique de l'influence de l'air ionisé sur l'organisme. Il faut savoir distinguer toujours ici deux possibilités : 1° l'influence de l'air ionisé sur la superficie de notre corps et 2° son influence sur les organes respiratoires, le sang et conséquemment sur tout l'organisme.

L'étude de la question de l'influence de l'air ionisé sur la superficie de l'organisme nous amène à la conclusion que cette influence ne peut être particulièrement grande, même à de forts degrés d'ionisation. Les ions en contact avec notre corps lui transmettent leurs charges et forment un courant électrique permanent, passant sur la couche superficielle de notre corps et se dirigeant de haut en bas, vers la terre. Sans nul doute ce courant, qui change dépendamment du degré de l'ionisation de l'air peut jouer un certain rôle dans l'activité vitale de l'organisme, influençant principalement les appareils nerveux des extrémités — les récipients nerveux.

Apparemment, l'air ionisé exerce son influence principalement par l'appareil respiratoire. Il est facile de s'imaginer combien grande est la quantité d'ions en contact avec le tissu pulmonaire, si on prend en considération que la superficie alvéolaire est des dizaines de fois plus grande, que celle du corps. Pendant l'acte respiratoire les ions « mobiles » de même que les ions « lourds » pénètrent dans les poumons. Ces ions «lourds» jouent peut-être le rôle essentiel, car ils possèdent la faculté de diffuser à travers les filtres poreux, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'introduire *immédiatement* dans le sang.

Nous ne savons pas au juste quels sont les processus qui se produisent dans le tissu pulmonaire ou dans le sang, alors que les ions y pénètrent portant des charges électriques. Mais ce dont on ne peut douter c'est de leur effet énergétique. En aspirant l'air ionisé nous introduisons systématiquement dans l'organisme au moyen des voies respiratoires des quantités considérables d'énergie électrique, qui par la loi de la conservation d'énergie se transforme dans l'organisme en d'autres espèces d'énergie — énergie thermique, mécanique, chimique. On est quelque peu fondé à croire que les ions ayant pénétré dans le sang y produisent un effet exterminateur sur les bactéries (A. P. Sokoloff). Du reste, cette hypothèse devrait être vérifiée.

Ce qu'il y a de certain c'est que l'air ionisé étant introduit dans les poumons ou dans le sang doit y produire un acte défini, dont j'ai étudié l'effet général. J'aurais pu l'exprimer ainsi : *des quantités définies d'air ionisés (la charge de l'ionisation ayant un caractère défini)* (1) *produisent sur l'organisme un effet salutaire haussant son activité vitale et par conséquent augmentant ses forces résistantes.*

J'ai étudié la question de l'influence de l'air ionisé sur les maladies pulmonaires, mais il n'y a pas de doute que le même résultat positif peut être obtenu avec d'autres maladies, comme par exemple la maladie du sang et de quelques autres organes intérieurs, abondamment baignés par le sang, car le sang, dans le cas donné, est un porteur d'énergie, prise aux ions pendant leur diffusion à travers le tissu pulmonaire.

Nous savons que le sérum du sang contient une série de formations organiques et se trouve en état colloïdal à différents degrés de dispersion. Tous les systèmes dispersés sont chargés d'électricité positive ou négative et nous découvrent des phénomènes d'électroosmose ou de cataphorèse selon le caractère de la charge qu'ils portent. Il est connu aussi que les colloïdes sous les influences des ions d'un caractère opposé, se précipitent facilement du liquide (coagulant) ; par contre, les ions d'un caractère identique les renforcent, les affermissent (les stabilisent.) Il est donc nécessaire de conclure que les ions en pénétrant dans le sang, selon le caractère de la charge qu'ils portent, peuvent provoquer des changements colloïdaux composés du sang, et ces derniers ne peuvent ne pas se réfléchir sur les fonctions de l'organisme, car les processus du sang jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement physico-chimique de l'organisme.

Ainsi donc la médecine se trouve devant un nouveau problème exigeant une solution prompte et exacte. Et ce problème a d'autant plus d'intérêt, que l'air ionisé se trouve être l'un des *facteurs climatiques* les plus importants et, peut-être même le plus actuel de tous, car une énorme quantité des processus de l'air dépend du degré de son ionisation. Davos et Spitzbergen n'exercent-ils pas leur influence salutaire grâce à une forte ionisation de l'air dans ces lieux ? Il me semble que ce problème doit d'autant plus intéresser la médecine, que nous avons les moyens d'obtenir artificiellement et sans grande difficulté l'ionisation de n'importe quelle forme et transformer n'importe quelle maison en lieu de cure. Je voudrais que nos expériences effectuées dans cette direction soient approndies ultérieurement dans l'avenir le plus proche possible.

(1) Par exemple à l'aide d'effluves électriques, comme je l'ai fait dans mes expériences.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Le lever précoce après les opérations abdominales,

Par M. **André CHALIER**.
Professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

La méthode du lever précoce n'est pas neuve puisqu'elle fut énoncée pour la première fois, il y a 40 ans, par Ries, de Chicago. Depuis, elle a été beaucoup utilisée à l'étranger, tant dans l'ancien que dans le nouveau continent : mais il ne semble pas qu'elle ait acquis droit de cité en France et, pour m'en tenir à la région lyonnaise, je crois bien être le seul à en avoir quelque expérience, dans le domaine de la chirurgie s'entend car je n'ai aucune compétence en obstétrique, où le lever précoce est réalisé par de nombreux adeptes.

Pour mon compte personnel, j'étudie la question depuis fort longtemps, à preuve que, dès 1919, je publiais déjà une assez importante statistique dans la thèse de mon élève et ami, le Dr Vaïsse (2). Mais je dois dire que, dans ce travail, mon lever précoce était encore bien tardif, puisque, à l'exception des opérés de hernie qui se

(2) M. Vaïsse — Le lever précoce des opérés, *Thèse* de Lyon, 1919.

levaient le troisième jour, les appendicectomies et les hystérectomies ne se levaient que le 8e jour.

Ce n'est guère que depuis deux ans environ que je pratique le lever véritablement précoce puisque la plupart de mes opérés du ventre, suivant certaines conditions que je vous indiquerai, se lèvent systématiquement entre le 3e et le 5e jour, c'est-à-dire à partir du moment où la période du « danger initial » est virtuellement révolue.

***

Voici d'abord *quelques détails sur la pratique* même de la méthode.

D'une façon générale, je fais lever dès le 3e jour tous les malades qui ont subi une opération peu mutilante, telle que cure radicale de hernie ou appendicectomie à froid. J'en fais de même pour les opérés de hernie étranglée, si l'intervention a été simple, c'est-à-dire non suivie de résection intestinale, ou d'anus artificiel. Même chose pour les appendicites aiguës opérées précocement et n'ayant nécessité aucun drainage ou qu'un drainage restreint. Quant aux opérations plus importantes ou plus longues (hystérectomies, ovariotomies, gastro-entérostomies, etc.), je ne procède au lever que le 4e ou le 5e jour. Mais, de toutes façons, *quand je parle de lever précoce c'est qu'il s'agit toujours de malades levés au plus tard le 5e jour après leur opération abdominale.*

Il va de soi que le premier lever, chez de tels laparotomisés, ne saurait être brutal. A part quelques cas bien spéciaux, ces opérés sont autorisés à se mouvoir et à se déplacer dans leur lit, dès le 2e jour. Le jour du lever, on commence d'abord par les asseoir dans leur lit, et à les maintenir assis, jambes allongées, pendant quelques minutes, parfois même pendant quelques heures. Ils s'habituent ainsi au nouveau régime circulatoire de leur cerveau, dans la position verticale du tronc. Bien peu accusent du vertige ou une sensation de lipothymie, alors que ces phénomènes sont de règle dans le lever du 8e jour et ne sont que plus pénibles à mesure que le lever est plus tardif. Le lever proprement dit ne s'effectue qu'après le repas de midi, qui, pour si frugal qu'il soit, constitue pour l'opéré le meilleur tonique. C'est donc après le déjeuner qu'en présence et avec l'aide de l'infirmière l'opéré se glisse de son lit à un fauteuil voisin et reste ainsi, jambes pendantes, buste relevé, durant un temps qui varie suivant les cas d'une demi-heure à plusieurs heures, jusqu'au moment où, se sentant las, on le remet dans son lit. Il n'y a pas intérêt à prolonger cette première tentative au-delà du moment où le malade, suivant son expression, « en a assez ». Très souvent, le premier lever ne comporte pas de marche véritable, mais station assise, plus ou moins longue, dans un bon siège, à proximité du lit. Toutefois, il est remarquable de constater avec quelle facilité certains sujets, les jeunes notamment, recouvrent d'emblée l'usage de leurs jambes pour se tenir debout ou même faire quelques pas.

Le deuxième jour marque un progrès sensible ; le lever est plus long la marche plus aisée.

Dès lors la transformation s'accentue à chaque lever, et je pourrais vous citer maintes femmes hystérectomisées qui vaquent seules à leur toilette et prennent à table leurs deux repas, sans se coucher dans l'intervalle, dès le 6e jour. Le personnel est mieux placé que quiconque pour apprécier la modification radicale apportée par le lever précoce dans les soins post-opératoires. Les Sœurs me répètent souvent qu'elles ont beaucoup plus de loisirs depuis la systématisation de cette méthode. Il est de fait que, dès le 7e jour ou le 8e jour, nombre de laparotomisés ne demandent presque aucun service et peuvent, sans le secours de personne, monter et descendre les escaliers, se promener dans les couloirs ou dans les jardins, au grand émerveillement de leurs visiteurs, et ils seraient tout disposés à rentrer chez eux si des motifs urgents les y rappelaient. Malgré tout, il est préférable de les maintenir quelques jours encore sous la surveillance chirurgicale. Leur départ est tout de même rapide chez la plupart : 9e ou 10e jour pour les hernieux et les appendiculaires; 12e ou 15e jour pour les opérés de l'estomac, de la vésicule, de l'utérus.

***

Comme on le voit, la méthode du lever précoce est aisément réalisable. Il serait puéril de vouloir la considérer comme un simple « tour de force », et de ne pas reconnaître ses *multiples avantages*.

Pour les malades, le principal est le *gain de temps*, l'économie réalisée, la convalescence raccourcie.

Pour nous, chirurgiens, les avantages sont bien plus considérables. C'est d'abord *l'amélioration et la simplification des suites opératoires, le rétablissement immédiat ou rapide des fonctions vésicales et intestinales, l'absence des accidents de décubitus* (escarres, congestion pulmonaire), *le retour à la vie normale* sans ces atrophies musculaires, sans cette hypotonie, physique et morale, qui accompagnent le séjour prolongé au lit. Mais c'est surtout — et la chose me paraît d'importance majeure — *la prophylaxie la meilleure de la phlébite et de l'embolie*, ces complications redoutables de la chirurgie abdominale, lesquelles, malgré tous nos efforts d'asepsie, viennent aggraver subitement le pronostic des opérations les plus simples et les plus rapides comme celui des laparotomies les plus complexes et les plus malaisées. Je reviendrai sur ce point capital dans un autre travail, mais je puis bien vous dire que, parmi les 160 interventions abdominales sur lesquelles est basée ma communication d'aujourd'hui, je n'ai pas observé une seule embolie mortelle ni une seule phlébite digne de ce nom. Certes, j'ai bien observé un tout petit nombre de menaces de phlébites, mais, grâce au lever précoce et à quelques autres précautions, ces menaces ne sont pas devenues de tristes réalités. Voilà une constatation qui, à elle seule, devrait suffire à légitimer la généralisation de la méthode du lever précoce.

***

Mais, à vrai dire, pour si avantageuse qu'elle soit, la méthode ne peut pas être généralisée. Elle exige, en effet, des *conditions bien définies* qui ne peuvent pas exister dans toutes les opérations abdominales.

Ce qu'il faut d'abord c'est une opération techniquement aussi parfaite et aussi aseptique que possible : c'est à ce titre que le chirurgien sera en droit de reconstituer la paroi par une suture complète et solide et d'escompter des suites normales. Il est bien évident que le lever précoce ne peut être licite que si rien dans la préparation ou dans l'exécution de l'opération ne peut faire redouter soit une hémorragie immédiate ou retardée, soit *a fortiori* une infection péritonéale. De même, il est de toute nécessité que la paroi soit solidement reconstituée et à l'abri de la moindre défaillance pendant toute la période où, sans être encore anatomiquement cicatrisée, elle aura à subir des assauts violents et répétés. Comme cette question de la solidité de la paroi pourrait être considérée comme le « défaut de la cuirasse » de la méthode du lever précoce, je vous demande la permission d'y insister un peu longuement.

Avec la plupart des chirurgiens, je suis convaincu que la fermeture du péritoine, facteur capital mais non exclusif de solidité, doit être hermétique et soignée. Néanmoins, je la pratique toujours au catgut, en surjet, et n'ai jamais jugé nécessaire de recourir à la soie, comme on le fait volontiers à Paris. Par contre, j'attache une valeur primordiale à la reconstitution des plans aponévrotiques, et tant pour les hernies que pour les diverses laparotomies, je recours systématiquement à *la suture à point séparés aux crins de Florence perdus*. La soie et le fil de lin que j'ai souvent utilisés en pareil cas ne me paraissent pas exempts de tout reproche, surtout au point de vue de l'asepsie. Les crins de Florence, au contraire, ne donnent

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène et pathologie du nourrisson, par MM. A.-B. Marfan et Henry Lemaire, avec la collaboration de MM. Weill-Hallé, G. Blechmann, Hallez, Turquety, Sales, Pierre Vallery-Radot, Roudinesco, Lavergne, Dorlencourt. Paris, 1930, 1 vol. in-8 de 1100 pages avec figures : 120 fr. Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

H. Marfan s'est réservé de rédiger lui-même le chapitre concernant la pathologie générale de la première enfance et d'exposer en une remarquable étude sa conception du rachitisme ou ostéo-lymphatisme dans laquelle il montre qu'elle est en parfait accord avec les plus récentes découvertes de la biologie.

Après un chapitre sur l'exploration clinique où l'étudiant apprendra à rédiger l'observation d'un nourrisson, vient une étude de la physiologie des fonctions de digestion et de nutrition, d'une connaissance si nécessaire à tous ceux qu'intéresse la pédiatrie. Le lecteur y trouvera une mise au point précise de toutes les notions permettant de comprendre les règles de l'allaitement et la pathogénie des affections des voies digestives et des maladies de la nutrition. Ces chapitres de l'allaitement et des maladies du tube digestif et de la nutrition constituent naturellement la partie la plus importante de ce manuel ; mais les affections qui, par leur fréquence ou par les particularités de leur évolution clinique sont d'un grand intérêt, ont été également l'objet d'une étude soignée : nous citerons notamment la syphilis congénitale, la tuberculose, les maladies des premières voies respiratoires, la bronchopneumonie, la chlorose, les anémies spléniques, l'hypertrophie du thymus, les érythèmes fessiers, la diphtérie, les pyélonéphrites, les convulsions, la tétanie, l'idiotie mongolienne, les maladies du nouveau-né, les principales malformations congénitales.

Pour la rédaction de leurs leçons, les divers collaborateurs se sont inspirés de l'enseignement du maître ; ils se sont efforcés de faire œuvre pratique en apportant le plus grand soin aux descriptions cliniques, aux règles de la diététique et aux indications thérapeutiques, laissant au second plan les chapitres d'anatomie pathologique et de pathogénie où ne sont exposées que les données qui passent pour certaines.

Ce manuel contient un chapitre de thérapeutique, donnant la posologie des principaux médicaments utilisés dans la première enfance et se termine par un index alphabétique très complet qui permettra au praticien de trouver rapidement tous les renseignements désirables sur le symptôme ou le syndrome qu'il vient d'observer.

L'habitude. Essai de métaphysique scientifique, par Jacques Chevalier. Un volume in-16 jésus, broché, 18 fr. Bibliothèque de la Revue des cours et conférences. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris 6e.

C'est sur le problème de l'habitude que s'est opéré le renouveau métaphysique de notre âge, particulièrement en France. Mais il restait à confronter les vues des philosophes avec les immenses acquisitions des sciences physiques, biologiques, psychologiques et morales, à tâcher de saisir exactement le point de contact des divers ordres, matière, vie, esprit, où chacune des sciences spécialisées se cantonne, afin d'en définir les relations, la continuité et la discontinuité, le conditionnement et la subordination, en un mot l'*usage* et le *sens*. C'est à quoi s'est efforcé M. Jacques Chevalier.

Chemin faisant, l'auteur a été amené à renouveler bien des points de vue, à prouver par exemple, grâce à une critique serrée de l'évolutionisme, que les habitudes acquises ne se transmettent pas et que tout le progrès de l'humanité consiste dans sa mémoire et dépend de l'éducation, à montrer, par une étude approfondie du système nerveux, comment cet appareil sensori-moteur est destiné à servir l'esprit. Il a mis en évidence l'existence, dans la matière, d'habitus véritables qui l'acheminent vers la mort, l'ascension de la vie, qui perpétue la vie en sacrifiant l'individu, — la transcendance de l'esprit, qui s'affirme avec l'apparition de l'homme. Par là, il projette une lumière nouvelle sur la place de l'homme dans la nature.

Comme effet, l'homme plonge dans l'espace et le temps ; comme cause indivisible, il leur échappe. Dans ce double caractère réside tout notre être. Mais l'homme ne peut transcender l'espace et le temps que s'il s'y établit d'abord et consolide ses créations passées sous forme d'habitudes qui, les emprisonnant dans la matière, font place libre pour les nouvelles venues que l'esprit conquiert. Ainsi, l'habitude perfectionne l'acte ; mais à une condition ; c'est que la volonté en demeure toujours maîtresse ; que l'esprit use de la matière sans être usé par elle, qu'il tourne l'obstacle en instrument, qu'il échappe au piège de la facilité et de l'automatisme, et qu'il maintienne toujours vivante et prête à agir cette initiative de la pensée qui, se renouvelant sans se répéter, lui permet de maîtriser le temps et de ne plus redouter la mort.

La tendance à se dépasser fait partie de notre essence. La morale, chez l'homme, s'organise avec la nature. Les faits, saisis dans leur sens, conduisent au seuil de l'esprit. La métaphysique, vivifiée par la science, la prolonge, lui pose de nouveaux problèmes, et l'éclaire en retour.

Telle est la méthode, telles sont les conclusions de ce livre, d'une rigueur et d'une densité de pensées remarquables, où le philosophe et le savant, le psychologue, l'artiste, l'homme de vie intérieure, trouveront une ample matière à la méditation et de puissants stimulants à la recherche.

Almanach Hachette 1930. En vente : 5 francs.

jamais d'ennuis dans les opérations aseptiques, et ils sont très bien tolérés. Leur seul inconvénient était, selon la technique classique, de traduire leur présence par des nœuds assez volumineux qui pouvaient se percevoir à la palpation à travers la peau et qui, parfois un peu douloureux par le « piquant » des deux chefs coupés courts, intriguaient bon nombre d'opérés à parois maigres. Depuis que, par un simple jeu de l'aiguille, je réalise un « *point inversé à nœud profond* » (1), cet inconvénient n'existe plus. Suivant les dimensions de la brèche aponévrotique, j'utilise un nombre de crins variable, me contentant parfois d'associer à la suture au catgut deux ou trois crins placés aux endroits les plus faibles, ou au contraire ne recourant qu'au seul crin de Florence de bout en bout. Quant à la réunion cutanée, je donne d'ordinaire la préférence aux agrafes de Michel, qu'il est bon, comme chacun sait, de ne pas laisser au-delà de 8 jours.

Dans quelques cas où, à la suite d'opérations particulièrement longues et choquantes, il est avantageux de gagner du temps, je ne crains pas de recourir à la suture en un seul plan aux fils métalliques, qui me permet aussi le lever précoce, mais cette suture n'a, à beaucoup près, ni la solidité ni l'elégance de la précédente. C'est pourquoi je ne l'utilise qu'à titre exceptionnel.

Par dessus la suture pariétale, réalisée de l'une ou de l'autre façon, je crois qu'un pansement très vaste, fait à l'aide de larges bandes d'albuplaste perforé, qui s'imbriquent les unes au-dessus des autres et recouvrent la presque totalité de l'abdomen, constitue un moyen de soutien de premier ordre, bien supérieur au vieux bandage de corps.

Telles sont les diverses conditions qui doivent présider au lever précoce. J'insiste à nouveau sur la nécessité de ne l'appliquer, en principe, qu'aux opérations aseptiques terminées par une fermeture complète de la paroi et dont les suites sont indemnes d'hémorragie et de réaction péritonéale. De même, il serait absurde d'y recourir chez les cachectiques, les grands anémiés, les cardiaques défaillants, en un mot chez tous ceux où la méthode serait à la fois impossible et dangereuse.

De même, les grands drainages de l'abdomen, même réalisés par une incision unique, comme dans les appendicites graves, les suppurations pelviennes, sont une contre-indication au lever précoce, qui risquerait de disséminer l'infection et de favoriser l'éventration.

Cependant, je dois dire que je n'hésite pas à lever le 4e jour ou le 5e, certains opérés munis d'un Mickulicz ou de tel autre drainage par mèche (cholécystectomie, opération de Kehr, etc.) à la condition qu'il ne s'agisse pas de sujets manifestement infectés, et avec la précaution d'interrompre le lever pendant un jour ou deux, au moment de la suppression du drainage, soit ordinairement vers le 10e jour.

***

Un mot, pour finir, des *résultats*.

Je ne reviendrai pas sur l'excellence des *résultats immédiats*. Utilisé dans les conditions que j'ai décrites, avec tous les avantages que nous lui connaissons, le lever précoce n'offre aucun inconvénient. Pendant ces 18 mois, je n'ai enregistré aucun accident pariétal ou autre digne d'être mentionné ; en particulier, je n'ai observé ni hématome, ni suppuration, ni éventration.

J'ai revu la plupart de mes opérés à des dates plus ou moins éloignées de l'intervention : là encore je n'ai rien remarqué d'anormal. J'en suis donc encore à attendre le premier accident qui puisse être reproché à la méthode du lever précoce, avec le procédé de suture de la paroi que j'ai décrit.

Les considérations qui précèdent ne pourraient être taxées de prématurées, car elles sont basées sur plus de 150 opérations abdominales, qui se répartissent ainsi :

32 hystérectomies pour fibrome ou cancer utérin ;
10 hystérectomies ou salpingectomies pour pyo-salpinx ou salpingite ;
6 ovariotomies pour kystes de l'ovaire, tordus ou infectés ;
6 hystéropexies abdominales avec appendicectomie ;
4 salpingectomies pour grossesse tubaire ou tuberculose des trompes ;
30 appendicectomies, dont 8 cas opérés précocement en période aiguë ;
17 gastro-entérostomies pour ulcère ou cancer de l'estomac.

Les autres cas comprennent quelques observations de chirurgie biliaire (dont 2 cholédocotomies avec cholécystectomie), de prostatectomie transvésicale, de cure d'ectopie testiculaire et un grand nombre de hernies, dont plusieurs très volumineuses, et quelques-unes avec étranglement (1).

(1) André CHALIER. — Mouveau procédé de suture. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, nov. 1929.

(1) Communication à la Société de chirurgie de Lyon, 31 octobre 1929.

VIe CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE (2)

tenue à Paris, du 30 septembre au 2 octobre 1929

par le Docteur R. PIERRET (La Bourboule).

Dr CATHALA (Paris). — **Rapport sur les œdèmes du nourrisson.**

CATHALA (Paris). — Expose son rapport au sujet de la question importante des œdèmes chez le nourrisson. Si l'on se reporte aux antécédents on constate qu'au dernier Congrès de médecine ont été présentés les rapports de Aubel et Mauriac qui attribuent aux œdèmes une pathogénie de déséquilibre minéral de l'organisme avec beaucoup d'hypothèses assurément séduisantes mais pas de conclusions fermes ni définitives, le rapport de Gowers qui attribue un rôle dominant à l'équilibre des humeurs, Vallery-Radot tient ferme pour la théorie rénale des œdèmes où les chlorures jouent aussi un rôle prépondérant. Au demeurant, la lecture de ces rapports mène à une théorie éclectique une fois de plus.

En face d'un exposé complet de la question des œdèmes, le rapporteur s'est demandé suivant quel plan il allait attaquer et exposer le problème, déduit de la foule des faits et des théories divergentes dont il avait fait moisson au cours de ses recherches préliminaires. Il en est arrivé à la sage conclusion, celle d'ailleurs qui paraît redevenir de mode, c'est-à-dire de rester le plus près possible de la clinique pour en tirer les indications étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques.

Il faut distinguer cliniquement : *a*) l'anasarque ; *b*) l'œdème discret ; *c*) les cas où il n'y a pas d'œdème à proprement parler ce sont ceux où un médecin de médecine générale ne penserait pas à un début d'œdème et que Meyer, dans son mémoire, qualifie de préœdème. Il y a aussi le cas des enfants qui ne font et ne feront jamais d'œdème véritable et qui sont pourtant selon le mot de Barbier, des infiltrés.

Au point de vue de l'étiologie, le point important est le moment où apparaît le symptôme, on peut distinguer ainsi des :

a) Œdèmes congénitaux ;
b) Œdèmes apparaissant du 1er au 3e mois ;
c) Œdèmes apparaissant après les 3 ou 4 premiers mois.

a) Il s'agit d'une malformation congénitale et alors divers cas peuvent se présenter, mais ce ne sont pas ceux qui sont intéressants pour le médecin pédiatre car ils rentrent, de près ou de loin dans les cas des petites ou grandes monstruosités. Il peut s'agir aussi d'une maladie fœtale ou de ses conséquences, et dans ce cas on est obligé de noter une différence très marquée, entre les auteurs français et les auteurs allemands.

Pour les Français, l'œdème du nouveau-né, surtout avec hydramnios est un test à peu près pathognomonique de la syphilis héréditaire et en cela le rapporteur est tout à fait d'accord bien que son rapport ne semble pas insister sur ce fait qui lui avait paru évident.

(2) Voir *Progrès Médical*, nos 45, 46 et 47 du 2, 9 et 16 novembre 1929

Pour les auteurs allemands, il faut limiter l'importance de la syphilis, seuls pourront être considérés comme des œdèmes-syphilitiques les cas où la présence de tréponèmes rendra l'hypothèse évidemment certaine, cette présence étant le test suffisant mais absolument nécessaire pour affirmer l'origine syphilitique de l'anasarque. En l'absence de constatation de ce tréponème, les auteurs allemands ont créé un syndrome clinique nouveau : l'érythrose hépatoblastique avec anasarque et congénital. C'est sous ce nom que Gautier, de Genève, a publié un cas.

b) Œdèmes des trois premiers mois. En réalité il s'agit des œdèmes apparaissant chez les nourrissons au cours des trois à cinq premiers mois de la vie, selon la rapidité, plus ou moins grande selon les sujets, avec laquelle le nourrisson change son mode de réaction vis-à-vis des agents extérieurs, plus spécialement alimentaires. Dans ces œdèmes précoces, sinon congénitaux, on peut penser qu'il s'agit d'un dérèglement ou d'une difficulté dans l'établissement de la régulation de l'élimination chlorurée.

c) Dans l'œdème du nourrisson après les trois ou quatre premiers mois on peut incriminer le facteur rénal dans un grand nombre de cas, mais tous les auteurs qui pensent à une origine rénale ne s'accordent pas sur une étiologie univoque ; d'autres auteurs au contraire éliminent le facteur rénal presque entièrement et considèrent ces œdèmes comme un trouble général de la nutrition. C'est ainsi que l'on ouvre le chapitre des œdèmes idiopathiques. Si on veut grouper les cas, on voit que ce sont les facteurs pathologiques influant sur la nutrition qui sont à la base de l'œdème ; mais il est difficile de préciser davantage, le fait certain étant la complication du sujet, selon que les œdèmes s'accompagnent de dénutrition apparente ou non, réelle ou non.

Il est un œdème bien curieux, celui de l'état cholériforme.

Dans la question des œdèmes, il y a des gens qui se couchent le soir sans œdème et qui se réveillent le matin avec un œdème considérable. Il s'agit là d'une répartition nouvelle des liquides de l'organisme, avec entreposition des liquides dans les espaces lacunaires. Il faut aussi se rappeler toujours qu'il y a des œdèmes avec et sans hydrémie. Des faits intéressants sont ceux signalés par Ribadeau-Dumas dans l'eczéma. On trouvera peut-être dans les états spasmophiles un test permettant de rattacher ces œdèmes aux autres œdèmes. La question des humeurs hyperminéralisées, ou des hypercarbonés, ou encore d'autres déséquilibrés des milieux intérieurs joue aussi un rôle. Barbier a bien individualisé les œdèmes florides chez les atrophiques par hyperminéralisation, ce sont à la fois des infiltrés et des atrophiques avec un faux aspect florissant. Ces faits ont été publiés sous le titre de pathologie du lait de vache.

Le chlorure de sodium crée l'œdème chlorurémique chez les enfants soumis à un régime hyperchloruré, comme l'a montré Nobécourt.

Inversement on connaît les œdèmes des régimes hydrocarbonés avec déficit chloruré (Chlorhunger des Allemands) avec rétention d'eau et élimination des chlorures.

Cathala signale encore les œdèmes des carences, dus au déséquilibre alimentaire , dirait Mouriquand ; il s'agit alors de déficit en vitamines ou de proportions mauvaises entre les différents éléments fondamentaux de la ration alimentaire.

Dans son rapport il n'a intentionnellement pas traité les rapports des infections avec les œdèmes. Pirquet dit, par exemple, que dans la scarlatine, les œdèmes peuvent apparaître avant l'albuminurie, fait digne d'attention étant donné l'auteur de cette observation, mais que C. n'a encore jamais observé. Le fait important est que dans toute maladie infectieuse où survient l'œdème il faut penser d'abord à la possibilité d'une néphrite.

Finalement, ce sont surtout les grands troubles de la nutrition et de l'alimentation, quelle qu'en soit la cause première, qui sont à la base de la reproduction des œdèmes chez le nourrisson.

WORINGER (Strasbourg) avec H. JACQUES et H. BURKLI. — A propos du sclerœdème sus-pubien du nouveau-né, les auteurs décrivent deux formes de cette curieuse affection : l'une relativement fréquente, caractérisée par une tuméfaction légère de la région suspubienne, survenant les deuxième, troisième ou quatrième jours après la naissance, durant de trois à six jours, frappant les nouveau-nés des deux sexes, débiles ou normaux ; l'autre beaucoup plus rare (car ils n'en ont observé que 7 cas en 6 ans) se manifestant plus tardivement, après une ou plusieurs semaines, consistant en un œdème volumineux très dur, élastique, ne gardant pas l'empreinte du doigt, prenant la région suspubienne, mais s'étendant souvent sur les organes génitaux et sur les cuisses, d'une durée d'un à six mois et semblant être réservé au sexe masculin. Les A. insistent beaucoup sur la consistance particulière de cet œdème qui le distingue nettement de l'œdème banal et qui justifie le nom de « sclérœdème ». Cet aspect clinique spécial semble indiquer une pathogénie différente de celle des autres formes d'œdème décrites par le rapporteur.

RIBADEAU-DUMAS (Paris). — Œdèmes congénitaux. Il en existe deux sortes : *a*) bénins : fréquents; *b*) graves : exceptionnels.

Mais on n'est pas désarmé contre ces œdèmes dont le traitement consiste dans la suralimentation de façon à atteindre au dixième jour des rations doubles de la normale ; en effet si on rationne ces enfants ils meurent. L'A. rapporte un cas démonstratif d'œdème considérable survenu chez un prématuré venu à 8 mois ; cet œdème extraordinaire céda à la suralimentation par le lait condensé sucré à doses massives en 10 jours. La cause de cet œdème congénital résidant dans le fait que la mère avait été nourrie uniquement au bouillon de légumes pendant sa grossesse et qu'elle était arrivée à l'accouchement avant terme dans un état d'inanition complète. C'est là une indication pathogénique spéciale de l'œdème du nourrisson. Il insiste sur la suralimentation dans les œdèmes congénitaux, condition le plus souvent suffisante et nécessaire pour leur réduction.

Quant aux œdèmes des nourrissons hérédo-syphilitiques on peut les connaître facilement par la thèse d'Hudelo. L'évolution myéloïde des foies de nouveau-nés est classique, elle s'accompagne d'une véritable anarchie cellulaire; on voit partout des granulomes de globules rouges dans les tissus mésodermiques et on en trouve aussi partout ailleurs ; c'est là une forme myéloïde ou pseudoleucémique pouvant être considérée comme un granulome infectieux.

Contrairement à l'opinion des auteurs allemands il a toujours retrouvé les spirochètes dans ces cas. Pour l'étude expérimentale, il s'est adressé à la spirillose des poules et là on retrouve des granulomes myéloïdes absolument identiques à ceux du nouveau-né hérédosyphilitique.

Ribadeau-Dumas insiste sur le fait qu'il a toujours retrouvé les spirochètes, et en grand nombre, sous forme d'un véritable chevelu ; il est donc pour le moins superflu d'isoler l'érythroblastose des Allemands, laquelle ne correspond à aucun syndrome nouveau, mais reflète simplement l'épuisement de l'organisme du nourrisson hérédo.

LEREBOULLET et Marcel LELONG (Paris). — Il s'agit d'un nourrisson de deux mois et demi, atteint d'anasarque avec albuminurie à deux grammes, avec des stigmates multiples d'hérédosyphilis, réaction de Wassermann positive et qui guérit complètement par un traitement au cyanure de mercure et au sulfarsénol. A propos de ce cas, ils montrent que la syphilis du nourrisson peut léser électivement ou avec prédominance, le rein, et que l'on doit individualiser à cet âge de la vie, une forme de néphrite hydropigène, à apparence primitive, à évolution subaiguë, en tous points comparable au type classique de la néphrite secondaire de l'adulte ; elle se caractérise essentiellement par de grands œdèmes et une albuminurie importante.

La guérison de leur petit malade, maintenue après un an de surveillance, leur paraît digne de remarque, car ces formes sont réputées de pronostic très sombre ; cette guérison semble tenir à l'intensité et à la continuité du traitement mis en œuvre.

La cholestérolémie ayant été dans ce cas de 2 gr. 90, les A. soulèvent à ce propos la question de la néphrose lipoïdique chez le nourrisson.

Enfin ils rappellent que la néphrite syphilitique n'épuise évidemment pas la liste de tous les œdèmes syphilitiques du nourrisson ; il y a des œdèmes syphilitiques sans néphrite ; le mécanisme en est mystérieux et pose le problème de la pathogénie extrarénale des œdèmes.

H. LEMAIRE (Paris). — Rapporte avec Mlle Desbrousses, deux observations d'anasarque survenue au cours d'hérédosyphilis efflorescentes et montrent qu'il existe pour le moins deux variétés d'anasarque syphilitique d'évolution et de pathogénie différentes. Dans l'une des observations l'enfant était au sein, avait des urines exemptes d'albumine ; il guérit avec un traitement au tréparsol ; dans l'autre, l'enfant était sevré, présentait une infection fébrile à point de départ ombilical et une albuminurie considérable ; il mourut en 48 heures.

GAROT (Liège). — Entre 40 et 50 pour cent de l'eau éliminée par l'organisme est éliminée par le poumon d'après Meyer ; ses propres chiffres à lui Garot concordent avec ceux de Meyer. La voie d'élimination rénale est, pour le sujet, plus économique.

Les hypothrepsiques ont une perspiration plus grande que les nourrissons normaux. Il y a donc un grand développement de la perte d'eau par perspiration au cours des états de dénutri-

tion. L'A. insiste sur l'importance de la déperdition énergétique ainsi réalisée, chaque gramme d'eau évaporée coûte à l'organisme 0,6 calorie. Or on sait combien est fragile le bilan calorique de l'hypothrepsique grave. L'auteur se demande, vu les grandes exigences alimentaires de ces enfants, s'il n'y aurait pas intérêt à leur présenter une nourriture légèrement concentrée de manière à ne pas augmenter, par une trop grande ingestion d'eau, le processus de perspiration. Il est permis de croire en outre que des altérations subites de la perspiration cutanéo-pulmonaire pourraient être à l'origine de certains états de déshydratation survenant sans fièvre, sans diarrhée ou au contraire de certains états d'hydratation passagère. Il y aurait donc grand intérêt à mieux préciser les facteurs qui règlent le fonctionnement synergique des diverses voies d'élimination de l'eau.

Rohmer (Strasbourg). — La réaction de l'enfant change entre le 4e et 5e mois mais pas seulement après le 3e mois, Parrot avait déjà vu cela. En ce qui concerne les œdèmes alimentaires il faut distinguer :

a) Etat hydrolabile constitutionnel ou acquis, on l'observe chez les enfants luttant contre une hyperminéralisation, on y comprend certains eczémateux et les cas de préœdème.

b) Les œdèmes des carences ;

c) L'œdème du choléra infantile ; l'œdème n'apparaît souvent dans ce dernier cas que lorsque l'on veut réhydrater l'enfant : ce sont les cellules qui ne peuvent plus absorber l'eau qu'on leur donne, ce sont des œdèmes artificiels.

Hallé (Paris). — Il a été cité par le rapporteur à propos des œdèmes infectieux chez le nourrisson. On peut en rapporter deux observations :

a) Enfant d'un an, malade depuis 48 heures, présentant des troubles digestifs, de la fièvre, de l'abattement et le matin on constate qu'il a 40° et de l'anasarque généralisée et un état pseudoparalytique ; l'auteur avait déjà observé des cas analogues lors de la grande épidémie de grippe. Or, fait curieux, dans ces cas on ne trouve pas d'albumine dans les urines. La thérapeutique consiste dans de grands enveloppements ouatés avec taffetas gommé tout autour de façon à amener une sudation intense ce qui réussit aussi dans les néphrites, en 3 jours la guérison et complète.

b) Il s'agit d'une enfant de 3 mois ayant présenté exactement le même tableau morbide, œdème grippal brusque et généralisé, pas d'albumine et guérison.

Si l'on analyse ces faits d'anasarque généralisée avec état pseudoparalytique chez le nourrisson au cours de la grippe, il pense que l'on doit rechercher l'explication de ces faits dans l'action du système nerveux qui domine la scène même pour s'anasarque et l'on ne peut s'empêcher de penser que le virus de la grippe encore inconnu présente tous les caractères d'un virus neurotrope, d'après l'allure clinique de la maladie.

Barbier (Paris. — On ne sous-estimera jamais le rôle de l'alimentation au lait de vache au lieu du lait maternel dans l'apparition des œdèmes du nourrisson. Si on chiffre par 2 le taux d'élimination des chlorures chez le nourrisson au sein, on doit chiffrer par un taux nettement inférieur l'élimination chez un nourrisson nourri au lait de vache malgré qu'il y ait une élimination surajoutée par l'intestin, laquelle ne joue qu'un rôle accessoire chez le nourrisson au sein. Il suit de cette rétention chlorurée l'apparition de l'œdème.

Chez les éleveurs on connaît des faits semblables, le veau nourri à la mamelle engraisse normalement et en sus il grandit normalement, tandis que le veau nourri, avec le même lait de vache, mais au baquet, engraisse davantage mais se développe nettement moins ; dans cet engraissement entre en ligne de compte chez ce dernier veau un certain degré d'imbibition.

Si on considère un enfant de 6 mois élevé au lait de vache et pesant 4 kilogrammes et demi ; malgré son apparence floride, si on lui enlève le lait de vache il baisse d'abord de poids, et il faut en prévenir la famille, mais les urines augmentent de quantité, les chlorures s'éliminent et l'enfant ne demande plus à boire la nuit. En même temps l'œdème se résorbe.

Ces faits d'œdème chez les enfants dont le fonctionnement organique général est mauvais relèvent surtout au point de vue thérapeutique d'un retour vers une alimentation normale.

Forest. — Il a eu l'occasion de voir des prisonniers de guerre revenir présentant des œdèmes énormes disparaissant avec une grande rapidité dès que l'on leur donne des vitamines ; parfois ces prisonniers souffraient d'hémorragies gingivales en même temps que d'œdème.

Fait curieux, l'A. propose de donner, et il donne lui-même, de l'eau salée qui produirait théoriquement des œdèmes, aux enfants œdémateux où le symptôme apparaît à la fin d'une infection surtout. La carence est pour F. à la base d'une très grande quantité d'œdèmes du nourrisson.

Cathala (Paris). — Le rapporteur montre qu'il n'y a aucune opposition vraie entre lui et les orateurs précédents.

Il lui a semblé à la lecture de son rapport qu'il n'avait pas assez insisté sur le rôle de la syphilis dans la pathogénie des œdèmes, il se rallie tout à fait à l'opinion par conséquent de Ribadeau-Dumas au sujet de l'erythroblastose. Mais le mécanisme de ces œdèmes est très différent selon les cas avec ou sans intervention du rein et les différentes pathogénies ne sont pas isolées dans chaque cas mais s'intriquent les unes avec les autres.

Barbier a publié une belle étude sur les œdèmes chez le nourrisson, mais ce document est devenu absolument introuvable et, étant donné son intérêt, il serait bon qu'il soit republié ailleurs.

Rohmer a raison en écartant la réalité du « trimenon » car la modification des réactions du nourrisson se fait non en un trimestre exatement, mais en une période de 3 à 4 et même parfois 5 mois. Un auteur étranger a fait il y a un certain temps, un mémoire intéressant sur le métabolisme de l'eau chez le nourrisson ; l'hydrémie est de 81 pour cent à la naissance, elle n'est plus que de 70 à 74 pour cent 15 à 18 heures après ; ensuite les nourrissons vont mettre de 4 à 5 mois pour rattraper les 81 pour cent de la naissance ; ensuite cette hyderémie rebaisse progressivement pour atteindre vers 12 mois le taux habituel dans la deuxième enfance.

C'est avec juste raison que Nobécourt a rappelé que c'est dans la pédiatrie française qu'a pris naissance la notion des œdèmes alimentaires et thérapeutiques chez le nourrisson après les travaux d'Hutinel.

Forest a insisté sur l'origine de carence des œdèmes ; le rapporteur a vu aussi les œdèmes des prisonniers de guerre ayant souffert de privations en Allemagne. Ces œdèmes sont en effet bien influencés par les vitamines, mais il faut se souvenir qu'il y a une période de réadaptation à la nourriture habituelle qui est dangereuse et où l'on doit rationner le sujet pour n'arriver à l'alimentation copieuse et totale que peu à peu.

Il faut insister aussi sur la vulnérabilité particulière des enfants œdémateux âgés de 4 à 5 mois ; les œdèmes florides signalés par Barbier sont justement ceux qui sont susceptibles des pires catastrophes c'est donc avec une grande prudence qu'il faudra déshydrater les anasarques.

Gorot a bien étudié la physiologie de l'eau chez le nourrisson ; cette question est en effet très importante et permet d'espérer dans l'avenir des développements importants.

Si l'on regarde en arrière et que l'on médite sur la question qui a fait l'objet de ces discussions intéressantes sur l'œdème du nourrisson on comprendra l'âme du rapporteur si l'on se souvient de la phrase de Paul Valéry auquel on proposait un beau sujet : « Quel beau sujet oui, mais quels écueils admirables » disait-il en substance.

Communications

Abecedo (Barcelone). — Apporte les résultats d'un traitement nouveau employé par lui dans la broncho-pneumonie où sa statistique comporte une mortalité de 2 pour cent seulement à la suite de l'emploi d'une substance catalytique négative où il entre des acides aminés en quantité infinitésimale à tel point que l'on ne les retrouve pas à l'analyse ; cette thérapeutique aurait une action sur les protéines, mais l'auteur demande que l'on veuille bien expérimenter son procédé et se met à la disposition de ses confrères pour leur adresser de sa solution.

Faivre. — Présente une communication sur les orchi-épididymites à colibacilles chez le nourrisson. Il y a là, d'après leur cas, vérifié bactériologiquement, un nouveau diagnostic différentiel d'avec la torsion du cordon ou d'une hydatide de Morgagni pour les chirurgiens et d'une poussée tuberculeuse chez les médecins.

Ehrlich (Mlle, de Varsovie). — Mlle Ehrlich fait une intéressante communication sur l'hémorragie intracranienne chez le nouveau-né et qui est le plus souvent une trouvaille d'autopsie. Les symptômes cardinaux sont les signes d'asphyxie, la respiration irrégulière, tantôt accélérée, tantôt entrecoupée de périodes d'apnée, le pouls est irrégulier et souvent ralenti, la cyanose est variable, la dysphagie est aussi variable tandis que le nystagmus est un signe constant, les convulsions sont fréquentes, la tension de la fontanelle est augmentée, on constate une hyperexcitabilité des muscles très marquée, avec réflexes de contraction au simple toucher ou au frôlement, avec signe du facial, signe de Chvostek qui n'existe jamais chez le nourrisson bien portant, enfin tétanie chez le nouveau-né.

Mais le signe capital est la modification du visage de l'enfant ; cet enfant qui vient de naître depuis peu de temps et aurait selon la normale un visage un peu endormi présente un visage intelligent, les yeux grands ouverts, paraissant regarder, avec un nystagmus horizontal ; c'est pour l'A. un signe capital de l'hémorragie intracranienne chez le nourrisson.

Barbier (Paris). — Le président du Congrès qui avait cédé son fauteuil à un certain nombre de Congressistes au cours des discussions reprend possession de la présidence pour adresser à tous les congressistes ses remerciements pour leur assiduité aux séances et ses félicitations pour l'intérêt réel de leurs communications ou interventions.

Il donne rendez-vous dans deux ans à Strasbourg.

Taillens (Lausanne), président sortant répond. Puis le soir par une heureuse innovation, le banquet eut lieu dans les salons du Cercle Interallié et se termina par les speechs habituels et applaudis, faits par Péchère, Barbier, Mlle Ehrlich, Rohmer et Taillens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre 1929.

Résultats de trois années de vaccinations antituberculeuses par le B. C. G. en Roumanie. — M. le professeur *Cantacuzène* (de Bucarest). La méthode statistique utilisée pour l'étude du matériel rassemblé pendant les trois annnées 1926, 1927 et 1928 est celle qu'a adoptée la conférence technique du B. C. G. organisée par la section d'hygiène de la Société des Nations.

Elle porte sur 17.535 enfants, dont 1.005 vivant en milieu bacillifère et qui n'ont jamais été isolés.

Les conclusions de notre travail, fait en collaboration avec MM. Ciuca, Nasta, Veber et Alexa, peuvent ainsi être résumées :

Les vaccinations et les revaccinations par le B. C. G. sont absolument inoffensives. Leur efficacité se dégage, dans l'expérience roumaine, avec la plus grande netteté du fait que dans les régions où un grand nombre d'enfants ont pu être vaccinés, la mortalité générale (c'est-à-dire pour toutes causes de maladies) a été réduite de moitié, parfois des deux tiers, en comparaison de celle des enfants non vaccinés. C'est la preuve la plus évidente que la vaccination est inoffensive, qu'elle protège les enfants contre les maladies tuberculeuses qui deviennent extrêmement rares, et qu'elle leur confère une résistance manifeste aux maladies les plus fréquentes du jeune âge. Le fait est indéniable et absolument général.

Aussi nous considérons comme une très grande erreur de limiter, sous prétexte de prudence, les vaccinations aux enfants nés en milieu tuberculeux. L'on écarte ainsi du bénéfice incontestable de la vaccination préventive un grand nombre d'enfants qui, quoique n'étant pas nés en milieu bacillifère, risquent quand même à tout moment de se contaminer en dehors du milieu familial, immédiatement après la naissance ou plus tard.

Il faut vacciner tous les enfants. L'humanité comme l'intérêt social le demandent. Il importe d'isoler, quand on le peut, ceux qui viennent au monde dans un milieu tuberculeux. Mais on ne doit pas méconnaître que la vaccination préventive, à elle seule, constitue le moyen de prémunition le plus sûr contre la tuberculose. L'expérience faite en Roumanie le démontre clairement.

Fièvre typhoïde contractée au laboratoire. — M. *Achard* rapporte l'observation d'une femme employée dans un laboratoire à sceller des ampoules de vaccin antityphoïdique T. A. B. qui par erreur, n'avait pas été stérilisé. Ses doigts avaient été souillés et même aussi son visage par projection de gouttes d'émulsion microbienne. Deux jours après, elle éprouva les premiers malaises et elle s'alita, le cinquième jour. Elle eut une fièvre typhoïde régulière. L'hémoculture donna le bacille d'Eberth et l'agglutination se montra positive pour ce bacille d'abord, puis pour le bacille paratyphique B, enfin pour le bacille A, alors que décroissait la séro-réaction pour le bacille d'Eberth.

La brièveté de l'incubation permet de se demander si c'est bien la souillure par les cultures qui est la source de cette infection. Or un cas analogue de Duflocq et Roger Voisin montre qu'une fièvre typhoïde, contractée d'une façon en quelque sorte expérimentale par ingestion de culture, peut n'avoir qu'une incubation trèe courte, la malade s'étant alitée aussi le cinquième jour.

Tirant de ce fait une conclusion pratique, M. Achard propose à l'Académie d'émettre le vœu que la vaccination préventive contre les maladies typhoïdes soit obligatoire pour toute personne employée dans les laboratoires publics ou privés où sont manipulés les microbes de ces infections.

La guérison des toxicomanes. — M. *Modinos* (d'Alexandrie) a obtenu des résultats intéressants dans le traitement des toxicomanies en employant le sérum des vésicatoires. Le fait est d'autant plus marquant qu'il existe en Egypte un demi-million d'habitants faisant usage de stupéfiants, que les prisons d'Etat regorgent de détenus dont la place serait dans les asiles et que des milliers de livres sont dépensées par la population pour l'achat de cocaïne, morphine, héroïne.

Le salicylate de soude dans le traitement des affections pulmonaires. — M. *Mevel* (de Riva-Bella, Calvados), traite depuis cinq ans la plupart des affections pulmonaires, pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie, coqueluche, asthme, tuberculose, par les injections intramusculaires de salicylate de soude. Les résultats sont surtout nets dans la dernière de ces affections. Dans les tuberculoses pulmonaires chroniques, rapidement augmentation de poids, pendant que la température diminue progressivement, que les symptômes pulmonaires s'atténuent peu à peu : la toux s'éteint, l'expectoration est moins purulente, la dyspnée moins intense. La guérison demande des mois, et les soins diététiques doivent être joints à cette thérapeutique. La solution employée est la suivante :

Salicylate de soude............ 0,10 centigr.
Solution glucosée,............ 2 cc.

L'injection est peu douloureuse ; elle est renouvelée faite en pleine fesse, chaque jour. L'action du médicament est obscure : influence directe sur le microbe ou sur ses toxines, propriétés sclérogènes, stimulation des fonctions hépatiques.

Epidémie de variole atténuée (alastrim) dans les Pays-Bas. Preuves nouvelles de la nature vaccinale de l'encéphalite. Rôle probable du passage par le lapin. Prophylaxie et traitement. — M. *Netter* rappelle qu'à la fin de juillet dernier on constatait à Rotterdam l'existence d'une maladie contagieuse contre laquelle les autorités sanitaires conseillèrent de recourir à la vaccination. La maladie, qualifiée officiellement d'alastrim, n'était qu'une variole atténuée, Résultat : la multiplication des cas d'encéphalite grave, l'encéphalite vaccinale ayant à son passif autant de morts que l'épidémie d'alastrim. Contrairement à l'avis de la plupart des Commissions qui ne font jouer au vaccin qu'un rôle indirect dans l'apparition de l'encéphalite, celui-ci est directement en cause, et l'on peut, à l'appui de la nature vaccinale de l'encéphalite, apporter trois ordres d'arguments :

1° Constatation, dans l'encéphale de deux malades, d'antivirus vaccinaux ;

2° Les bons résultats fournis à Hakman par les injections intraveineuses à sept enfants atteints d'encéphalite, de sérum prélevé chez leurs parents ;

3° La rareté beaucoup plus grande de l'encéphalite postvaccinale chez les revaccinés, laquelle ne se comprendrait pas si la vaccination antérieure ne leur avait pas conféré une certaine immunité.

Pour M. Netter, la fréquence plus grande de l'encéphalite postvaccinale, au cours de ces dernières années, tient à la pratique de la plupart des Instituts vaccinaux où on a recours, de temps à autre, au passage par le lapin. Ces passages doivent augmenter la toxicité du virus. Il convient donc de renoncer absolument à cette pratique.

Election. — M. *Broteau*, professeur de chimie à l'Ecole du Val-de-Grâce, pharmacien général inpecteur de l'armée, a été élu membre de l'Académie de médecine dans la section de pharmacie, en remplacement du professeur Moureu, décédé.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1929

M. Jean Heitz étudie la simulation d'une crise de possession dans le « Volpone » de Ben Sousou (1605). L'observation reconstituée par Ben Sousou a un double intérêt médical et psychologique. Elle nous montre l'auteur anglais très au fait des connaissances classiques de son temps sur les états de possession. Il a fait en outre revivre la foule autour du prétendu possédé avec un sens profond de la psychologie de cette dernière. A chaque nouveau fait merveilleux, elle crie l'admiration et encourage ainsi le simulateur. Le faux possédé se comporte comme les hystériques, avec d'autant moins de réserve qu'il sait qu'il ne court aucun risque de condamnation ecclésiastique en Angleterre au début du XVIIe siècle. *M. Jean Vinchon* fait remarquer qu'à la même époque Jean Wies a étudié la simulation des démonopathies et qu'il nous a laissé des tableaux analogues à celui qui fait l'objet de la scène de Ben Sousou.

Mme Elesu propose une nouvelle interprétation de la maladie de Jean-Jacques Rousseau. Rousseau souffrait depuis sa naissance d'une rétention urinaire partielle, mais continue. Celle-ci fut la cause immédiate des envies fréquentes d'uriner pendant l'entance et l'adolescence et se manifesta par une excitation génitale précoce.

Plus tard, la stagnation de l'urine provoqua une infection chronique locale puis générale vers l'âge de vingt-quatre ans. En même temps, il présenta les signes de l'azotémie hypertensive des rétentionnistes de Legueu. Après une période de latence relative, cet ensemble de troubles reparut en 1752 pour ne plus cesser et aboutir à la néphrite chronique. Ce fut un sénile précoce. Ses ennuis de toutes sortes firent bientôt de lui un persécuté ; son esprit obscurci n'apercevait plus « que les persécutions projetées en ombre fantastique sur le fond du délire infectieux ». L'urémie frappait au cerveau J.-J. Rousseau qui succomba d'un ictus apoplectique à l'âge de 66 ans. Cette communication a été suivie d'une discussion à laquelle prirent part *MM. Menetrier, Fossoyeux* et *Orfila*.

M. Laignel-Lavastine a été chargé de représenter la Société à l'inauguration du monument de A. Cabanès. Il évoqua dans son discours la Société médico-historique, dont l'auteur des *Indiscrétions de l'Histoire* fut le membre le plus actif pendant sa courte durée de 1908 à 1910. Cette compagnie réunissait des écrivains, des artistes et des médecins. Elle a laissé un volume de mémoires intéressants et mériterait de renaître.

Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 novembre 1929.

A propos de la communication de M. Charles Richet fils sur « l'anaphylaxie clinique aux Etats-Unis ». — M. *Pasteur Vallery-Radot* rappelle qu'il utilise la méthode des cuti-réactions dans les maladies anaphylactiques depuis huit années. Il faut appliquer dit-il, cette méthode avec l'esprit critique et ne pas s'imaginer, comme on le fait trop volontiers aux Etats-Unis, qu'elle peut révéler la cause de tous les asthmes et de toutes les urticaires. Il montre qu'il est inutile de faire systématiquement des cuti-réactions à tout asthmatique, tout urticarien ou tout migraineux. C'est l'interrogatoire qui doit orienter vers la possibilité d'une hypersensibilité et dans ce cas seulement les cuti-réactions sont indiquées.

Il insiste sur l'erreur de vouloir faire de tous les asthmes des manifestations d'anaphylaxie. C'est seulement si l'on soupçonne une cause anaphylactique à l'asthme qu'il y a lieu de faire l'épreuve des cuti-réactions, mais, en agissant avec discernement, quelques-unes suffisent.

Les statistiques américaines donnent des pourcentages beaucoup trop élevés de cuti-réactions positives parce que certains auteurs américains considèrent à tort un simple érythème local comme suffisant pour affirmer la positivité de la cuti-réaction. On ne doit dire « cuti-réaction positive » que si l'on constate un placard ortié ayant au moins 5 mm. de large.

L'auteur, dans les cas d'asthme bronchique, de coryza spasmodique ou d'urticaire *qu'il supposait d'origine anaphylactique*, a trouvé 30 à 35 % de cuti-réactions positives.

D'après l'auteur, une cuti-réaction positive ne peut être considérée que comme une indication. Elle a besoin de la sanction thérapeutique.

M. Pasteur Vallery-Radot indique les dangers que font courir les injections désensibilisantes pratiquées en Amérique. Il indique les traitements d'anaphylaxie respiratoire et d'anaphylaxie digestive qu'il a proposés.

Il montre, enfin, les progrès considérables réalisés durant ces dernières années en France dans l'étude et le traitement des maladies anaphylactiques. Mais il faut continuer, dit-il, à apporter dans l'étude de ces affections l'esprit de mesure et de jugement qui a toujours été la caractérisation de la clinique française.

Quatre nouveaux cas de sclérose en plaques traités par sérothérapie hémolytique. — MM. *Laignel-Lavastine* et *N. T. Koressios* rappellent que les trois malades présentés à la Société de Neurologie l'année passée n'ont pas eu de rechute ; par conséquent, dans les cas des deux premiers, guérison complète depuis trois ans environ ; dans le cas du troisième, amélioration persistante. Ils montrent aujourd'hui quatre nouveaux malades.

1° M... Léa, atteinte de sclérose en plaques depuis six mois au moment où elle est soumise à la sérothérapie hémolytique. Syndromes spastique et cérébelleux très accusés. Trois injections de 1, 2, et 3 cc. de sérum. Actuellement, c'est-à dire huit mois environ après le début du traitement, la guérison est complète au point de vue organique et fonctionnel. L'extension des orteils a été remplacée par la flexion.

2° L... Eugène, infirmier, dont la maladie remonte à deux ans, présente une myélite scléreuse subaiguë à marche lentement progressive sans rémissions depuis le début, rendant la marche impossible. Deux injections de 3 et 5 cc. de sérum permettent à ce malade de marcher seul du jour au-lendemain. Actuellement, malgré la persistance de signes dénotant l'atteinte organique, il peut effectuer seul de longues marches. Par conséquent, amélioration fonctionnelle seulement.

3° C... Georgette, atteinte depuis 1926 de sclérose en plaques à marche subaiguë. Toutes les thérapeutiques effectuées chez elle ont abouti à des échecs. Elle ne peut marcher que lorsqu'on la soutient. Actuellement, quatre mois après son traitement, elle est capable de se diriger seule dans les rues aidée d'une canne. Démarche encore un peu cérébelleuse et persistance d'un double signe de Babinski.

4° D... Eugénie, atteinte de sclérose en plaques depuis 1924. Syndrome spastique très accusé. Au surlendemain d'une injection unique de 3 cc. de sérum, la malade est considérablement améliorée, pouvant marcher seule, alors qu'elle n'aurait pu le faire auparavant. L'amélioration, fonctionnelle seulement, persiste huit mois après le traitement.

Les auteurs, passant sous silence d'autres cas d'améliorations obtenues chez des malades encore plus anciennement atteints, rappellent que le traitement par les sérums hémolytiques est d'autant plus efficace qu'il s'adresse à des malades atteints depuis peu longtemps ou dont la maladie présente une évolution lente. On obtient, dans ces cas, la guérison définitive. Chez des malades plus anciennement atteints, à part les importantes améliorations enregistrées, la maladie semble cesser d'évoluer.

M. Clovis Vincent signale que lorsque le traitement est institué à la période infectieuse, on peut assister à de grandes améliorations.

Méningite purulente pneumococcique guérie. — *MM. Laignel-Lavastine* et *Pierre Bernal* présentent un jeune homme guéri d'une méningite purulente pneumococcique. Il s'agit

d'une méningite purulente otitique, avec présence de pneumocoques dans le liquide céphalo-rachidien et qui a guéri. Le 1er octobre, au cours d'un coryza, le malade commence une otite aiguë qui n'est pas soignée et aboutit à l'écoulement de pus par l'oreille droite le 8 octobre.

Le 10 octobre, apparaît un syndrome méningé : céphalée, vomissements, constipation, élévation thermique à 40. La contracture est très marquée. La P. L. donne un liquide trouble avec polynucléaires très altérés et présence de diplocoques encapsulés, extracellulaires Gram, qui semblent bien des pneumocoques. Pendant trois jours, le malade reçoit 40 cmc. de sérum anti-pneumococcique intra-rachidien. Un abcès de fixation est pratiqué. Le liquide est clair à des ponctions lombaires étagées dès le 13 octobre. Ce jour-là, une trépanation est pratiquée sur le conseil de M. Halphen et ne montre aucune lésion. Dans les jours suivants, la température tombe progressivement. Le 19 le malade va très bien et le 28 octobre, il sort complètement guéri. Il semble donc que les épisodes méningés otitiques demeurent parfois curables, même lorsqu'il y a méningite purulente et nettement microbienne et qu'un traitement médico chirurgical très énergique garde son indication d'urgence.

Présentation de huit malades atteints de tumeurs cérébrales diverses et guéries. — *MM. Cl. Vincent, M. David et P. Puech.* — L'an dernier, en décembre, M. Vincent présentait aux noms de *Martel* et au sien, huit cas de tumeurs du cerveau extirpées. Les sujets étaient guéris de l'opération et la plupart se comportaient comme des individus normaux. Les trois quarts avaient été opérés par *de Martel* et *Vincent*, deux par *M. Vincent* et ses assistants. Aujourd'hui, il présente, aux noms de *M. David, P. Puech* et au sien, huit sujets atteints naguère de néoplasies cérébrales diverses et guéris. Ils ont été étudiés, soignés, opérés exclusivement par des hommes primitivement médecins. Il y a parmi eux un cholestéatome du lobe frontal, un méningiome de l'aile du sphénoïde, un méningiome de fosse sylvienne, une tumeur de la région sylvienne de nature indéterminée, deux hémangiomes du quatrième ventricule, un craniopharyngiome, un adénome kystique de l'hypophyse. Ces huit cas ont été opérés entre le 30 avril et le 1er août dernier. Ils font partie d'une série de dix-huit dont dix sont guéris, quatre sont morts de l'opération et quatre autres sont morts de leur tumeur malgré l'opération (1).

Personnellement, *M. Vincent* rappelle qu'il a pu réaliser ces opérations dont la plupart n'avait pas encore été réussies en France, grâce à son éducation médicale française, grâce à l'Internat des hôpitaux, grâce à *de Martel* qui a été pour lui un maître généreux.

Tuberculose grave à localisations multiples : osseuses, articulaires ganglionnaires, péritonéales, rénales. Guérison complète depuis dix ans. — *MM. Léon Michaux et Guy Albot.* — Il s'agit d'un cas de tuberculose que singularisent diverses particularités : diffusion lésionnelle, gravité extrême de plusieurs localisations, évolution par poussées s'étageant sur les 29 premières années de la vie. Mais le caractère le plus remarquable de cette observation est la curabilité assez inattendue de la maladie. La malade, littéralement couturée de cicatrices tuberculeuses, est complètement guérie depuis dix ans et son état général est assez parfait pour lui permettre une vie très active. Voici l'énumération des diverses manifestations tuberculeuses. Dans les premiers mois de la vie, trois adénopathies cervicales suppurées. A 8 ans, une poussée ostéo-articulaire intéressant l'articulation tibio-tarsienne droite, le coude droit, l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, la phalange du cinquième orteil gauche. De nombreux grattages sont effectués. A 12 ans, fistulisation de ces diverses lésions qui guérissent trois ans plus tard. A 14 ans, coxalgie gauche avec abcès fistulisé de la fesse, guérison sans ankylose. De 24 à 27 ans, longue histoire de péritonite fibro-caséeuse qui maintient la malade alitée et nécessite l'ouverture de sept abcès et une intervention pour occlusion intestinale. A 27 ans, tuberculose du rein gauche, opérée. A 29 ans, réveil des déterminations articulaires anciennes, apparition d'une tumeur blanche du coude gauche qui nécessite une intervention pour grattage. Rechute de la péritonite. Hecticité, cachexie, guérison progressive. Depuis dix ans, la malade a travaillé sans interruption, le diagnostic de tuberculose ne peut pas être nié : un cobaye a été tuberculisé au moyen des urines. Les raisons de cette évolution favorable et si inattendue ne sont pas éclairées par les modalités et les sources du contage dont la recherche rétrospective est négative.

(1) Ces dix-huit cas représentent environ le tiers des sujets opérés à la clinique neurochirurgicale. Les deux tiers ont été opérés par DE MARTEL, aidé de DAVID et de VINCENT.

La pleurotomie dans les pleurésies tuberculeuses. Résultats éloignés. La raison des échecs. — *MM. Maurice Renaud, Miget et Petit-Maire* reprennent l'étude des indications des pleurotomies en tenant compte des résultats tardifs de leurs interventions et des faits nouveaux qu'ils ont observés. Ils présentent d'abord trois malades complètement guéries chez lesquelles l'ouverture de la plèvre a déterminé une véritable résurrection. La troisième malade garde sa plèvre ouverte et drainée depuis deux ans. Son état est assez satisfaisant pour qu'elle ait repris son travail.

Une quatrième malade a succombé après avoir imprudemment quitté l'hôpital. Comme le drain avait été ultérieurement enlevé, la fermeture de la plèvre n'a pas été sans exercer une influence fâcheuse sur la marche de la maladie.

Chez deux malades qui sont mortes, l'autopsie a montré que l'intensité de la diffusion des lésions pulmonaires était telle que le rôle de la rétention purulente pleurale avait été chez elles de minime importance.

Les résultats de l'intervention ont donc été excellents toutes les fois que l'affection pleurale jouait un rôle important dans l'ensemble de la maladie. Mais il est pratiquement très difficile de déterminer l'importance relative de la localisation pleurale, ainsi que le prouve le fait suivant. Un homme de 66 ans très cachectique, porteur d'une tumeur blanche suppurée est laissé sans intervention avec un gros épanchement pleural purulent, parce que tout geste paraissait inutile. Or, l'autopsie montre ici une énorme poche très bien limitée et une lésion du sommet des plus insignifiantes. Il est probable qu'ici justement la pleurotomie aurait modifié du tout au tout la situation.

L'intensité et la grande extension évidente de la tuberculose aux deux poumons et qui rendent inutile toute intervention doivent seules faire écarter le geste opératoire.

La pleurotomie, telle que la préconisent les auteurs est une opération facile, sans aucune gravité et presque sans inconvénient, elle pourra donner des succès magnifiques, elle ne laissera jamais de déboires. Il semble donc qu'il soit convenable de ne jamais s'abstenir. Tout en sachant que dans les pleurésies tuberculeuses tout comme dans les pleurésies aiguës, c'est de la lésion pulmonaire que dépend le pronostic quand il y a du pus dans la plèvre il vaut mieux que celle-ci soit ouverte que fermée.

Les lésions rénales tardives de l'hypertension artérielle primitivement solitaire. — *M. Dumas* (de Lyon) rapporte plusieurs observations d'hypertension artérielle solitaire ayant déterminé tardivement des lésions rénales. Dans ces cas les lésions rénales étaient secondaires à l'hypertension, suivant la théorie soutenue depuis longtemps par M. Vaquez. L'auteur insiste sur l'évolution de ce type de néphrite secondaire dans lequel les lésions vasculaires prédominent histologiquement.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre 1929.

A propos du bactériophage. — M. *Gosset.* — Homme de 26 ans ayant un phlegmon diffus de l'avant-bras, puis une phlébite. On fait une injection lente intraveineuse de bactériophage. En huit jours, l'apyrexie est complète.

Rachi-anesthésie avec des incidents. — M. *Murard* (du Creusot). Rapporteur M. *Basset.* — Femme de 54 ans ayant un prurit vulvaire important sans qu'on trouve quelque chose d'organique. La malade avait été opérée d'un fibrome en 1922 avec

une rachianesthésie. L'auteur lui fait une névrotomie du nerf honteux interne : Amélioration manifeste.

M. Basset n'a jamais rencontré de pareilles séquelles de la rachianesthésie ; il est possible que les troubles observés soient à rapporter à la castration.

Volvulus du côlon pelvien. — M. *Basset* rapporte une observation de M. *Polony* (de Belfort). — Le volvulus a été traité par la résection et mise à la peau des deux bouts ; fermeture ultérieure de l'anse, guérison.

Drainage par Mikulicz dans les gastrectomies. — M. *Métivet* rapporte un travail de MM. *Corachon* et *Armandier* (de Vera-Cruz). — Avant l'emploi du Mikulicz, ils avaient eu 16 % de morts ; avec son emploi, leur mortalité est tombée à 8 %.

Iléus biliaire. — M. *Brocq* rapporte une observation de M. *Gueulette*. — Il s'agit d'une malade ayant une occlusion subaiguë. Laparotomie médiane. L'auteur trouve deux calculs dans un segment intestinal de 30 cm., ainsi oblitéré à ses deux bouts ; résection de l'anse. Guérison.

Il est intéressant de remarquer que la lithiase biliaire était ignorée, que les accidents étaient torpides et que les calculs s'étaient arrêtés au niveau de deux rétrécissements de l'intestin.

L'auteur apporte de plus une observation personnelle où un calcul intra-duodénal était visible à la radiographie. Quinze jours après, des accidents aigus éclatent, et on fait le diagnostic d'iléus biliaire. Opération : petite entérotomie pour extraire le calcul.

Malgré la simplicité de l'intervention, mort le lendemain. A l'autopsie, les sutures avaient bien tenu. La vésicule biliaire avait une perforation spontanée bouchée par de l'épiploon, et une deuxième qui réalisait une fistule cholécysto-duodénale.

M. *Sauvé* a vu un cas absolument superposable à la première observation, en ce sens il a trouvé un calcul arrêté sur un rétrécissement intestinal. Entérotomie et extraction. Fistule intestinale post-opératoire ; mais guérison.

M. *Roux-Berger* a observé un cas, où après l'opération, il a fait du sérum hypertonique ; le malade a guéri sans incident.

M. *Mondor* a aussi obtenu un très beau cliché de calcul localisé dans l'intestin. Sa malade est morte après l'intervention.

M. *Mocquot* demande sur quoi M. Gueulette s'est fondé pour dire que les calculs étaient d'origine biliaire.

M. *Brocq* dit que l'examen chimique l'a prouvé.

Collapsus aigu du poumon post-opératoire. — M. *Mocquot* apporte une observation personnelle. Sous anesthésie à l'éther, appendicectomie à froid chez un malade de 6 ans.

Le troisième jour, point de côté douloureux avec légère diminution du murmure vésiculaire à cet endroit. Puis, brusquement, une dyspnée importante avec tirage apparaît ; la crise dure une heure. A ce moment, matité absolue, pas de bruits adventices. Le lendemain matin, l'hémithorax est immobile et rétracté, et la matité persiste ; mais l'amélioration se poursuit. Peu à peu les signes physiques disparaissent. La guérison survient.

Films destinés à l'enseignement. — Présentation par M. *Duval*.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 novembre 1929

Présentation de malade. — M. *Houlié* présente un ancien asthmatique guéri. Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'insuffisance hépatique. Le traitement causal a amené la disparition de l'asthme. A ce propos, l'auteur fait remarquer que dans la majorité des cas d'asthme traités par lui, il a obtenu la guérison. Il considère l'asthmatique avant tout comme un malade, traiter l'asthme revient donc à rechercher et à guérir des tares souvent latentes.

Présentation de malade. — M. *Wetterwald* présente une fracture de l'humérus dont il a commencé le traitement le 21e jour, au sortir de l'appareil. Récupération fonctionnelle en 6 séances de rééducation avec traitement des points douloureux.

Chirurgie du duodénum. — M. *Victor Pauchet* rapporte deux cas de malades chez lesquels il a observé des hémorrhagies gastriques, attribuées à un ulcère duodénal. Chez l'un, la laparotomie ne fit reconnaître aucune lésion gastrique ni duodénale, mais un foie cirrhotique ; il s'agissait d'un malade atteint de constipation chronique depuis de longues années, mais qui n'était pas alcoolique. La lésion du foie était la conséquence de l'intoxication par stase intestinale chronique. Les injections d'iso-foie et le régime désintoxiquant amenèrent la guérison des hémorrhagies. Chez l'autre malade, il s'agissait d'un ulcus duodénal vrai, qui avait été traité antérieurement par la gastro-entérostomie ; les hémorrhagies avait récidivé. L'auteur fit une gastro-duodénectomie qui amena la guérison.

Orientation moderne du traitement biologique de la blennorrhagie. Les vaccins plurivalents colloïdaux. — MM. *G. Delater* et *S. Abramow*. — On tend aujourd'hui à considérer les diplocoques Gram positif (synocoque de Nicolle) comme des gonocoques modifiés, susceptibles d'entretenir les localisations hémorrhagiques et de causer une contamination. Aussi, les auteurs, après d'antres, utilisent-ils, pour préparer leurs vaciens, des souches diverses de gonocoques et en particulier des synocoques. Ils y ajoutent une substance qui, non seulement, stérilise l'émulsion microbienne sans altérer son pouvoir antigène, mais encore renforce son action thérapeutique de la sienne propre : c'est l'argent colloïdal électrique, dont la dispersion est faite au laboratoire dans l'émulsion même. Résultats heureux dont l'avenir appréciera la valeur et qui seront rapportés plus tard.

Chirurgie pulmonaire expérimentale post-pneumothorax. — M. *Georges Rosenthal* contrôle sa méthode de chirurgie pulmonaire expérimentale qui ne saurait se confondre avec la chirurgie de la paroi thoracique. Il montre l'utilité qu'il y a à diminuer la dose des anesthésiques, à laisser un minimum de points profonds de suture et surtout à exécuter en deux temps la thoracoplastie en raison de l'intolérance expérimentale de l'ablation de plus d'une côte. Une première séance avec ablation d'une seule côté fera sans doute baisser la mortalité considérable des thoracoplasties.

Le mal de Pott lombo-sacré, son premier signe radiographique chez l'adulte. — M. *Marcel Galland* (de Berck) montre que chez l'adulte, on observe généralement au début du mal de Pott lombo-sacré, un pincement du disque intervertébral localisé à la région postérieure. Chez l'enfant, le pincement du disque est toujours total d'emblée. L'auteur rappelle les lois de la transmission élastique, cas de la colonne vertébrale, organe souple grâce aux nucléus. Le mal de Pott a pour effet de détruire le nucléus. Le maximum des pressions s'exerce dans les concavités de courbure (et particulièrement à la région lombo-sacrée) à la partie postérieure du disque. Chez l'enfant, à sacrum droit, les pressions sont plus verticales ; le pincement est dès lors total d'emblée. L'auteur, enfin, attire l'attention sur toutes les maladies susceptibles de provoquer le pincement du disque lombo-sacré (sacralisation, lombalisation, sacralisation avec Pott, Pott avec ostéophytes. rhumatisme, etc.).

E. Perpère.

ÉCHOS

Une lettre aux parlementaires du président de la Confédération des syndicats médicaux. — Le président de la Confédération des syndicats médicaux français, qui groupent 17 500 médecins de France, vient d'adresser à tous les membres du Parlement une lettre où il attire l'attention des pouvoirs législatifs sur « les méfaits des assurances sociales en Allemagne ». A cet effet, il cite les conclusions d'une étude du professeur Eppinger, de Fribourg-en-Brisgau, dont l'autorité est considérable non seulement en Allemagne, mais dans toute l'Europe centrale et qui écrit textuellement :

« Les assurances sociales allemandes ont avili et asservi les médecins ; elles ont abaissé la pratique de l'exercice de la médecine, elles ont diminué le niveau moyen des études et engendré la pléthore avec, pour aboutissement, le prolétariat médical ; elles commencent à mettre en danger l'enseignement et le travail de recherches des cliniques universitaires.

A cette lettre est jointe la décision prise par la Confédération des syndicats médicaux français et dont voici le texte :

« La Confédération des syndicats médicaux français, groupant 17.000 médecins, se refuse à collaborer au fonctionnement de la loi sur les assurances sociales, tant que celle-ci n'aura pas subi les indispensables modifications que nous ne cessons de réclamer, et qui sont :

Limitation par le groupement national des syndicats aptes à contracter avec les caisses ;

Libre choix du médecin par le malade (reconnu par la loi) ;

Respect du secret professionnel qui ne devra être violé ni directement ni indirectement ;

Droit à des honoraires pour tout malade soigné soit à son domicile, soit à l'hôpital, ou dans tout autre établissement de soins ;

Entente directe entre le malade et le médecin au sujet des honoraires et des soins ;

Liberté de thérapeutique et de prescriptions, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique ;

Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat, et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord. »

« On va dégrever dit le *Journal des Débats* de deux ou trois milliards le pauvre contribuable français. C'est un gros événement dont on fait grand bruit. Mais, d'autre part, on ouvre dans le budget une brèche qui déjoue toutes les prévisions. La taxe pour les assurances sociales atteindra un chiffre qui dépasse de beaucoup tous les dégrèvements annoncés et qui ira sans cesse en augmentant. Il est paradoxal d'espérer qu'on peut à la fois diminuer les impôts et augmenter les charges de l'Etat. Le vieux maréchal de Villars, sous la Régence, à l'époque du système de Law, disait un jour : « Je n'y comprends rien, mais il me semble impossible que les uns gagnent tant d'argent sans que d'autres en perdent. » Il est tout aussi impossible que des milliards soient distribués à droite et à gauche sans que quelqu'un les paye. Et ce quelqu'un, en fin de compte, par l'incidence des taxes et des prix, ce sera tout le monde.

Mais la question d'argent n'est pas la seule : ce qui s'y ajoute,

ce qui l'aggrave, c'est la question morale. Nous voyons déjà par la loi sur les accidents l'immense abus qui se répand. La moindre écorchure devient une blessure, et entraîne une incapacité de travail. Les médecins consciencieux, intègres, sont supplantés par les médecins marrons qui attirent les « carottiers » par leur facilité, leur complaisance, tranchons le mot, par leur complicité. Si les syndicats médicaux s'inquiètent d'avance des assurances sociales, c'est par crainte de voir cet abus se multiplier. « Les assurances sociales allemandes, constate un des membres de la science allemande, le professeur Eppinger, de Fribourg-en-Brisgau, ont avili et asservi les médecins. » Les nôtres demandent à échapper à cette décadence du médecin fonctionnarisé, opérant en série, incité à favoriser la mauvaise foi. Et il faut aussi préserver de la contagion simulatrice la conscience professionnelle du bon ouvrier. Une idée généreuse et juste comme celle des assurances sociales ne peut être que néfaste et destructive si elle est mise en pratique sans discernement ni freins de sûreté. Il y a là une étude à faire : on a eu tort de ne pas la faire au début ; ce n'est pas une raison pour refuser de la faire à la fin. »

A propos de la décoration des hôpitaux. — Une fois encore, on a voulu donner en exemple à la France ce qui vient de chez elle. A propos du système « de thérapeutique » dont nous parlions l'autre jour, système appliqué à Stockholm par le professeur Holmgren, qui s'en dit l'inventeur, M. Jean Pozzi, ministre plénipotentiaire, fils de feu l'illustre chirurgien, proteste avec raison et rappelle, dans une lettre qu'il adresse au *Temps*, les décorations faites, il y a plus de trente ans, à l'hôpital Broca sur les indications de son père.

Le professeur Pozzi avait prié alors plusieurs peintres de ses amis d'égayer les murailles de paysages et d'allégories aux tons clairs afin de rendre plus « hospitaliers » les dortoirs où sont couchés les malades avant et après leur opération.

Une caisse de secours, créée par le grand chirurgien avec l'aide de ses malades fortunés avait servi à supporter les frais matériels de cette décoration.

Nombre d'hôpitaux et de cliniques de Paris furent, depuis, pareillement décorés.

Approuvons le professeur Holmgren. Ne lui décernons pas le titre de précurseur. (*Comœdia.*)

A qui la direction de l'hygiène. — Ils sont vingt-trois à briguer la succession de M. Pierre Népoty, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance! Vingt-trois à offrir leur dévouement à la sainte cause de l'hygiène publique. Et ces vingt-trois sont répartis en deux clans : les médecins et les préfets.

... Classique compétition. Un directeur de l'Hygiène doit-il être un médecin ou un préfet ?

M. Vigouroux, chef de cabinet de M. Forgeot, offrit ses services, à la chute de son patron, puis on l'orienta sur le Cabinet de M. Manaut...

M. le Dr Dequidt déclara :

— Certes, je suis médecin, mais je suis aussi administrateur, en ma qualité d'inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

M. Guillon, ancien directeur du personnel de la place Beauveau, ancien directeur de l'Hygiène de la Ville de Paris, présentement préfet de Tours, fut sollicité pour une direction générale de l'Hygiène : il refusa...

Finalement on parle de M. Varennes, qui réalise ce miracle d'être à la fois, médecin et préfet de l'Ain. (*Aux Ecoutes.*)

Un étudiant de marque à l'Université de Toulouse. — L'Université de Toulouse a eu pendant deux ans un etudiant de marque : il s'agit du Dr George E. Brewer, professeur à l'Université de Columbia, un des plus grands chirurgiens des Etats-Unis, qui, ayant pris sa retraite à l'âge de 66 ans, a entrepris un voyage d'études à l'étranger pour — a-t-il déclaré — « connaître le mystère de l'homme, l'histoire de son apparition sur la terre, l'histoire de ses progrès et développements successifs ». Pour atteindre son but, le Dr Brewer a choisi l'Université de Toulouse, au centre de la France méridionale, non loin des Pyrénées où tant de vestiges préhistoriques ont été exhumés.

Un tel choix d'ailleurs conseillé au Dr Brewer par l'éminent anthropologiste Osborn, de New-York, est évidemment flatteur pour l'Université de Toulouse. (*L'Ami du peuple.*)

NOUVELLES

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours d'opérations sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en douze leçons, par M. le Docteur Jean MEILLÈRE, prosecteur, commencera le lundi 9 décembre 1929, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Ce cours sera fait en liaison avec un cours de thérapeutique chirurgicale portant sur les affections des membres et sous la direction de M. le docteur DUJARIER, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, cours qui aura lieu à la même date et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche.

PROGRAMME DU COURS. — 1º Chirurgie des vaisseaux et des nerfs : Sutures vasculaires, anévrysmorraphies ; sutures et greffes nerveuses ; sympathectomie péri-artérielle. Voies d'accès sur les principaux troncs vasculaires ou nerveux. — 2º Chirurgie des tendons : Ténotomies ; sutures, greffes et anastomoses tendineuses. Incision des phlegmons des gaines. — 3º Chirurgie des fractures : Technique générale des ostéosynthèses. Les divers matériels de prothèse : plaques, lames, agafes, vis. Les voies d'abord des os. Application au traitement des fractures de jambe, de la rotule et de l'olécrâne. — 4º Chirurgie des pseudarthroses : Les greffes osseuses : méthodes et indications : greffes libres et greffes pédiculées (ostéoplasties). Traitement des pseudarthroses diaphysaires du fémur et du tibia. Traitement des fractures et des pseudarthroses du col du fémur. 5º Chirurgie des articulations du membre supérieur : Voies d'abord de l'épaule, du coude et du poignet. Arthrotomies et résections de ces articulations. Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. — 6º Chirurgie de la hanche : Voies d'abord. Arthrotomie et résection. Butée ostéoplastique. Arthrodèse extra-capsulaire (Mathieu). — 7º Chirurgie du genou : Voies d'abord. Arthrotomie et résection (op. de Fredet). Méniscectomie. Réfection des ligaments croisés. — 8º Chirurgie du pied : Traitement des fractures du cou-de-pied avec fragment marginal postérieur. Astragalectomie. Hallux valgus. Les ostéotomies du fémur : sous-trochantériennes, supra-condylienne. — 9º La pratique des amputations et désarticulations du membre inférieur : Les procédés et les indications. Les désarticulations de l'avant-pied (Lisfranc et Chopart). Désarticulation du pied et amputations ostéoplastiques (Syme, Pirogoff). — 10º Les amputations de jambe. Désarticulation du genou. Amputation de Gritti. Amputations de cuisses. Désarticulation de la hanche. Amputations cinématiques de l'avant-bras. — 11º Technique générale des arthroplasties : application à l'arthroplastie du genou et à l'arthroplastie de la hanche. — 12º La cinématisation des moignons de la main et de l'avant-bras : amputations cinématiques, digitisation.

Cinq jours sur la Côte d'Azur du 1er au 5 janvier 1930. — A l'occasion de la Manifestation franco-italienne du 3 janvier, commémorant le séjour de Pasteur sur la Riviéra, la Société médicale du littoral méditerranéen organise, avec le concours des autorités françaises, italiennes et monégasques, cinq journées sur la Côte d'Azur, dont voici le programme résumé :

Mercredi 1er janvier : Arrivée à Nice selon l'horaire des trains. Concentration à l'hôtel Regina-Palace, boulevard de Cimiez. Visite de Nice. Réception et dîner. — Jeudi 2 janvier : Visite de l'Observatoire. De Nice à Menton par la Grande Corniche. Le monument d'Auguste à la Turbie. Le château de Roquebrune. Réception et déjeuner à l'hôtel du Cap-Martin. Le château de Grimaldi. Visite de Menton. Réception et dîner à l'hôtel Majestic. — Vendredi 3 janvier : Commémoration solennelle du séjour de Pasteur à Bordighera. Réception et déjeuner à San-Remo. Thé à Ospedaletti. Retour à Menton. — Samedi 4 janvier : Visite au palais des Princes de Monaco, du Musée d'anthropologie et du Musée d'océanographie. Réception par le Gouvernement de la Principauté, à l'hôtel de Paris de Monte-Carlo. — Dimanche 5 janvier : Visite de Monaco. Départs dans la soirée, selon l'horaire des trains.

Il sera remis aux adhérents un permis de parcours à demi-tarif sur les chemins de fer français, en 1re ou 2e classe, à leur choix. Des démarches sont faites pour obtenir une réduction sur les chemins de fer italiens.

Pour les renseignements et les adhésions, écrire le plus tôt possible, au secrétariat de la Société médicale du littoral, 24, rue Verdi à Nice, le nombre des places étant étroitement limité.

VIe Congrès médical international des accidents du travail et des maladies professionnelles. (Août 1931, à Genève). — Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : 1º Les résultats tardifs et l'évolution des lésions traumatiques du rachis ; 2º Les traumatismes des vaisseaux sanguins (artérite et thrombophlébite) ; 3º Les infections cutanées en relation avec les accidents du travail ; 4º Etat antérieur dans les suites des accidents du travail.

En outre il y aura un certain nombre de questions libres dont le sujet est laissé au choix de leurs auteurs.

Participation : Tous les médecins que ces questions intéressent peuvent participer à ce congrès.

Renseignements : Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général Dr YERSIN, 1, rue du Rhône, Genève ou au Comité national français : Président d'honneur : Balthazard, Président : Crouzon. Secrétaire général : Duvoir.

Asiles de la Seine. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri-Rousselle et de l'hospice Paul-Brousse à Villejuif, s'ouvrira à Paris, le lundi 6 janvier 1930.

Le nombre de places mises au concours pourra si besoin est être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'assistance départementale, 3e bureau. Annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 227), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h., et de 14 h. à 17 h., du 2 décembre 1929 au 17 décembre inclus.

Ministère de la guerre. — Un concours sera ouvert le 5 décembre 1929, à 9 h., à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens, admis à la suite de ce concours, seront nommés médecins ou pharmaciens lieutenants au 31 décembre 1929, avec pour les médecins une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade sans rappel de solde.

Ils suivront à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

A l'issue de ce stage ils pourront percevoir une bourse de

10.000 fr. à condition d'aller servir dans la colonie qui offre la bourse (cinq bourses sont offertes par l'Afrique occidentale française ; cinq par Madagascar ; cinq par le budget de la Guerre pour toutes colonies.

Les dispositions relatives à l'admission aux emplois susvisés ont fait l'objet d'un arrêté inséré au *Journal officiel* du 25 octobre 1929, p. 11832.

Tous renseignements complémentaires ainsi qu'une notice relative au Service de santé militaire colonial, seront adressés aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 1er bureau).

Ecole des parents. — *Congrès des 5, 6, 7 et 8 décembre* 1929 *au Musée social*, 5, rue Las Cases. — Jeudi 5 décembre, à 14 h. 30, Docteur MONSAINGEON : Le corps de l'enfant ; VÉRINE : L'éveil des sens. — A 20 h. 30, Docteur ABRAND : L'éveil des sentiments.

Vendredi 6 décembre, à 14 h. 30, Mme COUVREUR, M. WAUTIER D'AYGALLIERS et M. René SCHWOB : L'éveil des sentiments religieux ; à 20 h. 30, Mme Jean CAMUS : L'éveil de la volonté.

Samedi 7 décembre, à 14 h. 30, M. J. WILBOIS : L'éveil de l'intelligence ; Comtesse Jean DE PANGE : La bibliothèque de nos enfants ; à 20 h. 30, Docteur GRIMBERT : Les enfants anormaux.

Dimanche 8 décembre, à 14 h. 30, Docteur A. LICHTENBERGER : Les plaisirs et les jeux ; Rapport de clôture par Mme VÉRINE.

Etant donnée l'importance des rapports, les séances commenceront très exactement à l'heure indiquée. Cartes de congressiste : 12 fr. (donnant droit à toutes les séances). Une séance : 3 francs. Des cartes peuvent être retirées au Secrétariat général, 10, rue de Varennes.

Concours pour deux places d'inspecteur départemental d'hygiène adjoint de la Corrèze. — Il sera ouvert à Paris le 9 décembre 1929, à l'Office national d'hygiène sociale, 26, boulevard de Vaugirard, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs départementaux adjoints d'hygiène, chargés de la direction des dispensaires d'hygiène sociale de Tulle et de Brive.

Ce concours est réservé aux médecins hygiénistes exerçant ou ayant exercé des fonctions sanitaires publiques et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français, ayant moins de 50 ans.

Les candidats à ces emplois devront être Français, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat). Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée au directeur de l'Office, avec le dossier réglementaire avant le *premier décembre* prochain, dernier délai.

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier. — La Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier tiendra une séance générale le samedi 29 mars 1930, à 17 h., à la Faculté de médecine de Montpellier.

La question mise à l'ordre du jour de cette Réunion est la suivante : Les prurits et leur traitement hydro-minéral.

Daux rapports seront présentés à ce sujet, l'un par M. le professeur J. MARGAROT sur les Bases physiopathologiques du traitement hydro-minéral des prurits, l'autre par M. le docteur Jean ANGLADA (de La Bourboule) sur le Traitement hydrominéral des prurits.

L'exposé et la discussion de ces rapports seront suivis de la présentation de communications libres relatives au sujet qui fait l'ordre du jour de la séance.

Cette séance sera publique ; elle admettra les communications de médecins étrangers à la Réunion, à la condition que ces communications se rapportent au sujet général choisi et sous la réserve de l'assentiment du bureau.

Les médecins désireux d'intervenir dans les discussions ou de présenter des communications, lors de la séance du 29 mars, sont priés de s'inscrire, en indiquant le titre de leurs communications, auprès de M. le professeur agrégé PUECH, 32, rue de l'Aiguillerie, à Montpellier.

Les travaux de la Réunion sont publiés, dons les conditions statutaires, dans les *Archives de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.*

Un dîner par souscription aura lieu dans la soirée.

Hôpitaux de Marseille. — Ont été nommés :

Internes titulaires en médecine : MM. Dusan, Figarella, Appaix, Léna, Legrand, Carbonnel, Mari, Guéirard, Amédéo, Picaud.

Internes provisoires : MM. Gallian, Chaffrey, Casalta, Raffalli, Achard, Couve, Mlles Piétri, Lamourcux, MM. Passelaigue, Tissot, Figasso, Bagarry.

Externes en médecine : MM. Granjon, Paillas, Haimovici, N'Haim, Liotet, Bruno, Arnaud, Raynaud, Lazare, Thinus, Riss, Escarras, Blanc, Raibaudi, Hernandez, Rocher, Mlle Arnaud, M. Barbe, Mlle Borel, MM. Dumeau, Fabre, Grassi, Mingardon, Paganelli, Viens.

Le budget des aliénés de la Seine. — Le préfet de la Seine vient de faire distribuer un mémoire sur le service des aliénés. De ce document, il ressort qu'au 21 décembre 1928, le nombre des aliénés soignés dans les asiles du département de la Seine et les colonies familiales était de 14.953, chiffre supérieur de 149 unités à celui de 1927, lequel était lui-même en augmentation de 284 unités sur celui de 1926. Ce dernier dépassait déjà le chiffre de 1925 de 51 unités.

Quant aux dépenses, qui étaient de 93 millions en 1928, elles sont prévues pour 100 millions en 1930.

Un « solarium » sur le plateau de Biolay, près d'Aix-les-Bains. — Sur le plateau de Biolay, près d'Aix-les-Bains, on édifie en ce moment une haute tour. Plantée sur une plateforme que ceint une terrasse, la tour s'élève à quatorze mètres. A son sommet, on installera une galerie vitrée de vingt-cinq mètres de circonférence, six mètres de largeur, quatre mètres de hauteur. Cette galerie pourra tourner sur rails, dans le plan horizontal, par le moyen d'un roulement à galets. Par la simple pression d'un bouton électrique, on pourra constamment l'orienter vers le soleil.

Ce « *solarium* » recevra des malades qui accéderont à la galerie de cure au moyen d'un ascenseur. Pour capter, orienter et doser les différents faisceaux de rayons solaires prescrits à chaque malade, chacune des cabines de la galerie tournante comprendra les appareils les plus modernes : concentreurs, réflecteurs, sélecteurs, filtreurs, diffuseurs. Un spectographe, extrêmement puissant permettra à chaque instant au praticien de connaître les variations de l'énergie lumineuse. Par temps nuageux, la lumière artificielle de faisceaux allant de l'ultra-violet à l'infrarouge, remplacera la lumière du jour.

TRAVAUX ORIGINAUX

Conditions physiologiques du transport en avion des blessés et des malades

par MM.

Charles RICHET Fils, GARSAUX et BEHAGUE.

(Travail du laboratoire du centre médical de l'aéro-port du Bourget)

Le transport des blessés et malades en avion, est en ce moment à l'ordre du jour. Nous croyons intéressant de publier nos recherches à ce sujet.

D'une manière générale, on peut admettre que le transport par avion ne nécessitera pas de montée supérieure à une altitude de 2.500 mètres. Un séjour, même de quelques heures à une altitude aussi faible, ne constitue pas une condition physiologique très différente d'un transport au sol ; aussi, dans nos expériences, avons-nous étudié surtout les phénomèes d'ordre mécanique, c'est-à-dire les facteurs : dépression, et recompression. Nous avons négligé sciemment l'influence du courant d'air, et des variations thermiques, la plupart des carlingues d'avions employés au transport des blessés étant bien closes et bien protégées. Nous devons cependant insister sur la nécessité de munir les avions futurs affectés au transport des blessés d'appareils susceptibles de maintenir une bonne température.

Nous nous sommes efforcés, au cours de nos expériences, de déterminer l'action de la décompression atmosphérique et de la recompression brusque sur les affections traumatiques et les lésions les plus courantes. Ces expériences ont été faites, pour la plupart, au caisson pneumatique, installé par l'un d'entre nous au Bourget, quelques-unes dans une cloche pneumatique en verre, du laboratoire de l'un d'entre nous. Un certain nombre de nos résultats a été déjà indiqué dans le rapport dont nous avions été chargés au 1er congrès d'aviation sanitaire (Paris 1929).

Les observations faites sur l'homme , et les expériences faites sur l'animal, semblent pouvoir être comparées, bien qu'on ne puisse homologuer d'une façon absolue les deux ordres de faits Voici très résumées les recherches que nous avons effectuées.

Cœur et vaisseaux.

Les lésions *cardiaques*, même bien compensées constituent une contre-indication au transport en avion : diverses observations faites au caisson pneumatique, sont probantes : En voici quelques cas personnels

C'est un professeur de Faculté de Médecine, qui à une certaine dépression, fait une première crise d'angine de poitrine : une autre fois, un commandant aviateur, porteur d'une très légère insuffisance mitrale, se trouve indisposé à 1.800 mètres ; une autre fois, ce sont trois hommes, atteints de lésions mitrales, qui se trouvent très gênés vers 1.800 mètres. Cette insuffisance d'adaptation se retrouve d'ailleurs dans le séjour en montagne des sujets atteints de cardiopathies.

Dans les cas de plaies *vasculaires*, les hémorragies secondaires au cours de la dépression ne se produisent pas lorsqu'il s'agit de plaies superficielles (queue de la souris, ou oreilles du lapin). Par contre, si les lésions atteignent de grosses veines et si la dépression est un peu plus poussée, des hémorragies secondaires se produisent, c'est ce que nous avons observé sur le lapin à la suite de plaies profondes de la région cervicale, et surtout de la région abdominale (péritoine et intestin). Dans ces derniers cas, dès que les animaux se trouvaient soumis à une dépression, même faible, il se produisait une vasodilatation intense, et les vaisseaux saignaient à nouveau.

Par contre, l'animal ayant subi une forte hémorragie supporte bien l'altitude. Nous l'avons observé à maintes reprises sur le lapin ou le cobaye ayant subi des hémorragies correspondant à une perte de sang de vingt à quarante pour cent de leur sang total.

Si l'on extrapole nos résultats de l'animal à l'homme la conclusion parait évidente : Les sujets hémorragiés supportent bien l'altitude, mais il faut chez eux se méfier des hémorragies secondaires toujours possibles.

Ainsi, les sujets atteints d'affections cardiaques supportent mal le transport en avion. Ceux qui ont des plaies vasculaires doivent être particulièrement surveillés, mais si leur plaies vasculaires ont été soigneusement traitées même si l'hémorragie a été considérable, leur transport en avion ne parait pas être nocif.

Appareil respiratoire

L'un de nous, en collaboration avec Mantoux, a mis dans le caisson pneumatique, quatre malades auxquels, quelque temps auparavant, avait été pratiqué un pneumothorax thérapeutique. Ces malades supportèrent bien l'altitude de 2.000 mètres sans essouflement ni malaise. Ce fait montre qu'on peut sans crainte envoyer des sujets aux quels on vient de faire un pneumothorax dans une station d'attitude.

Il a observé également au caisson pneumatique de Saint-Cyr, pendant la guerre, un soldat qui ne présentait à l'auscultation qu'une infiltration légère de l'un des sommets, et qui à 3.000 mètres fut atteint d'une hémoptysie légère (on sait que les hémoptysies sont plus fréquentes en altitude), par contre, les emphysémateux légers , sans décompensation cardiaque, ont bien supporté les altitudes moyennes.

Nous avons expérimentalement pratiqué le pneumothorax sur le cobaye : ces animaux supportaient la même dépression avant comme après l'intervention. Il est vrai que nous n'avions fait qu'un pneumothorax sans ouverture du poumon, or, dans de telles conditions, chez l'homme, à la suite d'un projectile intrathoracique par exemple, une hémorragie secondaire serait toujours à craindre.

Système nerveux.

Il est admis cliniquement que les trépanés supportent mal l'altitude. Nous n'avons pas osé emmener au caisson de tels blessés : nous pouvons seulement signaler la fréquence des crises d'épilepsie chez les lapins décomprimés, lorsqu'on les recomprime rapidement, et, en particulier, dans une atmosphère sursaturée d'oxygène.

Enfin, l'un de nous a observé la réapparition de douleurs fulgurantes chez des tabétiques.

Tube digestif.

Un phénomène constant au cours des ascensions en avion, est le gonflement de l'intestin dû à l'augmentation de volume des gaz intestinaux. Comment les plaies de l'abdomen allaient-elles se comporter ? Sur le lapin, la moindre décompression correspondant à une altitude de quelques centaines de mètres, produisait une sortie des matières fécales et des gaz, par l'orifice traumatique, Si l'on pousse la décompression plus avant, cette issue s'accompagne, ainsi que nous l'avons signalé, d'une vaso-dilatation accompagnée d'hémorragie. Enfin, il nous a été donné d'observer dans un cas un étranglement herniaire, avec éclatement de l'intestin à travers l'orifice pariétal, par suite de la dilatation de l'anse intestinale.

Cette remarque offre un certain intérêt, car elle explique le danger du transport en avion pour les porteurs de hernies ou de plaies de la paroi abdominale de l'intestin. On comprend également l'importance donnée à l'intégrité de la paroi abdominale dans la sélection des candidats pilotes.

Si les circonstances obligent à transporter un blessé de l'abdomen en avion, le chirurgien, doit donc savoir que à peu près fatalement, il y aura issue de gaz et de matières fécales par la plaie.

Organes des sens.

Nous n'avons étudié que l'ouïe et l'odorat. La fragilité des organes des sens tient à ce fait que des cavités leur sont annexées. Par suite de l'inflammation des orifices qui les font communiquer avec l'extérieur, ceux-ci peuvent se boucher complètement.

En particulier, au moment de la descente, qui est généralement rapide, il y a une différence de pression rapide, qui aboutit à une distension extrêmement douloureuse, pouvant amener une rupture des deux tympans avec syncope, comme deux d'entre nous ont pu l'observer De même avec un simple coryza il se produit une sensation de tension très douloureuse au niveau des sinus.

Dans un même ordre d'idées, nous avons observé deux pilotes, qui pendant une dépression, ont éprouvé, au niveau d'un grosse molaire des douleurs très vives : il s'agissait de petits abcès gazeux dilatés sous l'influence de la dépression ambiante.

Autres affections

Ce facteur mécanique : dépression, intervient également dans l'emphysème sous-cutané qui, comme l'a observé l'un d'entre nous avec Bayeux, augmente considérablement dans les ascensions. Il est à prévoir que toute plaie du thorax, ayant déterminé de l'emphysème de la paroi, constitue une contre-indication au transport par avion. Il nous parait devoir en être de même pour les abcès gazeux.

Il ne nous a pas été donné personnellement de transporter en avion de malades fébriles, mais nos expériences nous portent à croire que les affections entraînant une fragilité du tube digestif (appendicite, fièvre typhoïde, etc...) une atteinte des vaisseaux pulmonaires (tuberculose), une inflammation du système nerveux ou de ses enveloppes, constituent autant de contre indications.

Malgré les résultats peu encourageants des expériences que nous venons d'exposer, *l'avion reste le meilleur moyen de transport* pour l'évacuation des malades et des blessés vers des centres hospitaliers, dans les régions dénuées de chemins de fer es de routes praticables, telles que les colonies, et certaines régione rendues impraticables durant l'hiver. Dans toutes les autres circonstances où l'on aura le choix des moyens, il faudra toujours se rappeler que le passage rapide de la pression atmosphérique normale à une dépression moindre, n'est pas sans danger pour un organisme atteint de lésions, telles que celles que nous avons énumérées.

Alcoolisme et fonction de reproduction

Par J. HARTEMANN

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Nancy.

La dégénérescence de la descendance des alcooliques, l'influence de l'éthylisme sur la conception elle-même, le passage de l'alcool dans le lait des nourrices sont des questions aujourd'hui bien mises au point. Le présent article ne peut avoir par conséquent la prétention d'apprendre quoi que ce soit. J'ai voulu simplement rassembler en un seul faisceau toutes ces notions éparses et étudier brièvement dans leur ensemble les rapports de l'alcoolisme avec la fonction de reproduction.

Cette fonction comprend quatre stades : 1) la fécondation, 2) la grossesse ; 3) l'accouchement, et 4) l'allaitement qui logiquement doit rentrer dans ce cadre, car ainsi que le fait remarquer mon maître, M. le professeur Fruhinsholz, la naissance ne met pas fin au parasitisme de l'enfant « qui n'a fait que changer d'étage ». La fonction continue.

Il me suffira donc pour remplir la tâche que je me suis assignée de passer successivement en revue les différentes étapes de cette fonction dans l'ordre chronologique naturellement, et en me demandant chaque fois ce que l'alcool peut bien y apporter de perturbations.

***

I. *Fécondation.* — Et tout d'abord l'alcoolisme joue-t-il un rôle dans la fréquence de la conception ?

Pour la plupart des auteurs l'alcoolisme diminue la fécondité. Pour d'autres, au contraire, l'alcool rend prolifique en multipliant, au moins au début, les rapports sexuels et par conséquent les chances de grossesse.

Peut-être les deux opinions sont-elles l'une et l'autre justifiées, mais dans des circonstances différentes, et y a-t-il lieu de distinguer ici l'action de l'alcoolisme aigu, c'est-à-dire de l'ivresse passagère, de celle de l'alcoolisme chronique.

L'influence de l'ivresse, surtout lorsqu'elle en reste à la première période d'excitation légère est en effet plutôt favorable à la fécondation pour la raison invoquée tout à l'heure. Peut-être faut-il tenir compte également de ce fait que l'ivresse même légère fait oublier de trop prudentes pratiques, ce qui doit être aussi l'occasion de bien des grossesses indésirées.

A la Maternité nous observons chaque année le renforcement des naissances aux époques correspondant aux neuvièmes mois qui suivent les grandes fêtes et surtout les fêtes de réjouissances, 14 juillet et jours gras.

C'est ainsi qu'en 1927, pendant les trois premiers mois de l'année je relève 335 entrées soit une moyenne mensuelle de 115, alors qu'en avril (mois correspondant à l'échéance de juillet) le chiffre des entrées est de 121.

En 1928 pendant les trois premiers mois 309 entrées, moyenne 129 ; avril, 141.

En 1929 pendant les trois premiers mois 373 entrées' moyenne 124 ; en avril, 158.

Or je ne vois aucune raison plausible à la multiplication des entrées à cette époque, où elles devraient au contraire se raréfier du fait des commodités plus grandes de chauffage à domicile.

Et je ne crois pas être trop hardi en supposant que ce supplément de naissances (24 en 1929) est le résultat des fêtes de mi-juillet. Et cela est d'autant plus vraisemblable que le plus grand nombre des naissances se trouvent précisément groupées vers le 20 du mois.

Dans la carte de Turquan reproduite par Lucien Mayet, nous voyons que parmi les départements les plus féconds prennent place quelques-uns des départements les plus alcoolisés et réciproquement.

Dans les villes industrielles on connaît bien les enfants du dimanche. On pourrait faire également une place à ceux du samedi et du lundi.

Mais à l'excitation génésique des premiers temps de l'alcoolisme fait place assez rapidement un affaiblissement marqué de la fonction génitale (Bacchus favente, fuget Venus) et ce résultat est fort heureux pour l'espèce.

Du reste, même si l'aptitude apparente à la procréation n'est pas diminuée ou se trouve même momentanément réveillée par les épisodes aigus, l'aptitude réelle est profondément troublée et cela s'explique aisément du fait des profondes modifications de dégénérescence et d'atrophie subies par les glandes sexuelles sous l'influence de l'alcoolisme chronique ; de l'altération et de la disparition progressive des spermatozoïdes ainsi que l'ont bien montré les travaux de Bertholet et ceux de Weichselbaum qui ont constaté l'azoospermie totale dans 82 p. 100 des cas d'autopsie d'alcooliques chroniques, de toutes ces lésions enfin pour lesquelles Forel a proposé le terme de blastophorie (destruction du germe) et dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

Mais si l'on doit se féliciter de cette influence stérilisante de l'alcoolisme chronique accentué, doit-on par contre traiter d'un cœur léger et même bienveillant l'influence inverse de l'ivresse chez l'homme habituellement bien portant sous prétexte qu'elle est favorable à la re-

population. Certains l'ont prétendu. Ovize par exemple admet que le rapport pratiqué sous l'influence de l'ivresse donne un aussi bon résultat que possible. Il s'indigne de voir le Pr. Debove exclure Bacchus des festins de noce. L'intoxication passagère ne peut avoir d'influence, à son avis, puisque la sécrétion date d'avant l'intoxication et que l'excrétion porte sur une sécrétion saine. Fort bien mais alors reportons nous aux remarquables travaux de Nicloux et nous apprendrons que moins d'une heure après l'ingestion d'un demi-litre de vin blanc de 8 degrés, le liquide fécondant (bien que sécrété auparavant) renferme une quantité non négligeable d'alcool. Et l'imprégnation alcoolique des spermatozoïdes est la cause la plus fréquente des tares frappant l'œuf dès les premiers stades du développement, ainsi que le prouvent de nombreuses observations cliniques et les admirables recherches de Stockard sur les animaux.

Ce danger du reste de l'ivresse même passagère sur le produit de conception était bien connu des anciens. Lycurge, à Sparte, avait édicté une loi défendant l'usage du vin le jour du mariage. A Carthage, une loi interdisait aux époux toute autre boisson que l'eau pendant les jours consacrés aux devoirs conjugaux. Plus près de nous on cite des prélats qui en pays d'ivrognerie coutumière aux époques de mariage, prescrivaient l'abstention des rapports sexuels pendant 3 jours après la célébration du mariage.

Il est bien démontré aujourd'hui qu'une erreur d'un moment même chez un homme sain et habituellement sobre peut entraîner les plus graves conséquences pour sa progéniture.

Pour Roubinovitch il suffirait d'une heure d'ivresse même chez un homme indemne de toute intoxication chronique pour que la conception effectuée à cette heure précise donne lieu à un produit défectueux.

Un père ayant engendré un idiot écrivait au professeur Lombe, de Lausanne « Ce fut le seul jour de ma vie où je m'enivrai ».

Molière ne donnait-il pas déjà par la bouche d'un de ses personnages (Sosie) (1) de biens sages conseils.

Les médecins disent quand on est ivre
Que de sa femme on se doit abstenir
Et que, dans cet état il ne peut provenir
Que des enfants pesants et qui ne sauraient vivre

Un autre personnage reprend du reste aussitôt

Je me moque des médecins
Avec leurs raisonnements fades
Qu'ils règlent ceux qui sont malades
Sans vouloir gouverner les gens qui sont bien sains

Eh bien ! oui, mais précisément, n'en déplaise à l'ardente Cléanthis, ce sont les gens bien sains qu'il faut gouverner en l'occurrence. Les malades, les alcooliques invétérés, n'ont que faire de nos conseils. Mais les gens sains de corps et d'esprit, ceux-là ont besoin qu'on les éclaire.

L'alcoolisme aigu même passager, d'après Roubinovitch serait plus directement créateur d'hérédo-alcoolisme que l'alcoolisme chronique.

Celui-ci donnerait bien des débiles, des dégénérés, mais ce ne seraient pas à proprement parler des hérédo-alcooliques (c'est du moins l'opinion de Roubinovitch). Pour lui l'enfant, issu d'un ou de deux alcooliques chroniques supportera certes les conséquences des altérations causées par l'alcool sur les glandes génitales de ses procréateurs, mais il ne serait pas nécessaire de faire intervenir ici l'action *directe* de l'alcool et des poisons qui l'accompagnent.

Réciproquement, il y aurait alcoolisme héréditaire non pas parce que le père est frappé d'alcoolisme chronique mais parce qu'il était ivre au moment de la conception.

Mais pratiquement cette distinction entre l'alcoolique passager et l'alcoolique chronique est bien peu nette. Le plus souvent il s'agit d'ivrognes d'habitude qui de temps en temps font des poussées aiguës. On conçoit que dans ces cas, de beaucoup les plus nombreux, les résultats d'une conception soient des plus mauvais, l'imprégnation alcoolique des spermatozoïdes, s'ajoutant aux altérations parfois prononcées des organes qui les ont sécrétés.

Jusqu'à présent nous avons surtout envisagé l'alcoolisme paternel. Nous pourrions émettre des considérations analogues en ce qui concerne l'alcoolisme de la mère. Nous aurons du reste l'occasion d'en parler davantage tout à l'heure lorsque nous étudierons l'action de l'alcool sur la grossesse en cours.

En ce qui concerne la conception, il ne semble pas que les femmes alcooliques soient moins aptes à être fécondées. On observe chez elles au point de vue aptitudes génésiques des variations analogues à celles que nous avons tout à l'heure signalées chez l'homme et sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Ajoutons que les alcooliques chroniques femmes finissent aussi par être frappées dans leurs œuvres vives, que les ovaires s'atrophient et se sclérosent, que des troubles de la menstruation apparaissent et qu'il peut s'ensuivre une stérilité plus ou moins définitive (effet du reste heureux entre tous à la phase où nous en sommes).

Mais au cours de la simple ivresse passagère, chez la femme comme chez l'homme, les glandes génitales doivent s'imprégner d'alcool comme l'ont bien montré les recherches expérimentales de Nicloux sur les femelles d'animaux, on conçoit facilement l'effet désastreux de cette imprégnation sur l'ovule en pleine phase de fécondation.

Le plus souvent du reste l'alcoolisme de la femme se rencontre associé à l'alcoolisme masculin.

Legrain a signalé la fréquence de ces mariages d'ivrognes soit du fait de cette attraction bizarre qui pousse les déséquilibrés les uns vers les autres, soit par contagion de l'un des conjoints par l'autre.

Et dans ces cas les influences pathogéniques s'accumulent l'une sur l'autre et tout le mécanisme est monté pour réaliser l'hérédo-alcoolique le plus réussi.

***

II. *Gestation.* — Tout naturellement, cet œuf, dont le départ a été faussé, subira au cours de tout son développement les conséquences de cette anomalie première. En ce sens, il est bien évident que l'action de l'alcoolisme se poursuit indirectement au cours de la grossesse.

Il n'est plus temps pour l'alcoolique de se repentir : le mal est fait et plus rien ne saurait l'éviter.

Mais du moins est-il indifférent pour la bonne marche de la grossesse que les habitudes alcooliques se poursuivent, se renforcent ou s'amendent au cours de la gestation. Voilà le point qu'il nous reste à examiner.

Et pour rendre le problème plus schématique encore, demandons-nous si l'alcoolisme au cours de la gestation peut avoir une influence quelconque sur la bonne marche de la grossesse lorsque l'œuf a été créé sain, soit parce que la fécondation est survenue en période d'abstinence

(1) Amphytrion acte II Sc. III.

momentanée, soit parce qu'un heureux hasard a laissé l'œuf indemne malgré l'alcoolisme des géniteurs.

Et tout d'abord nous imaginons tout de suite que le rôle du père s'efface ici complètement devant celui de la mère. Et pourtant l'alcoolisme paternel n'est pas tout à fait indifférent même à cette époque.

Autant le rôle du père peut être bienfaisant s'il a pour but d'éviter à la mère tout surmenage, de l'entourer de soins attentifs, d'écarter d'elle tout traumatisme aussi bien moral que physique. Autant par contre il peut être des plus nocifs quand il oblige la mère à se surmener par suite de l'insuffisance des ressources et surtout quand il est la cause de coups, de chutes, d'inquiétude morale permanente. « L'incubation de l'œuf humain, a dit Pinard, pour évoluer dans de bonnes conditions, doit se faire dans le calme et la quiétude. Et ces conditions ne peuvent se rencontrer dans un ménage où le père est alcoolique. »

Mais si l'alcoolisme du père ne peut retentir que d'une façon indirecte sur la gestation, l'alcoolisme maternel par contre a une influence considérable.

Et malheureusement cet alcoolisme féminin est de plus en plus fréquent. On le rencontre du reste dans tous les mondes, naturellement plus ou moins déguisé.

Dans le peuple, la femme obéit souvent à des habitudes corporatives.

Dans les classes aisées il se déguise et s'établit à la faveur des soupers, lunchs, goûters. Nous devons ici faire une mention spéciale de la mode stupide et funeste du cocktail importée des pays les plus secs et qui prend dans nos régions une extension véritablement inquiétante.

Je me suis même laissé dire que l'on était allé jusqu'à offrir à de jeunes ménages en cadeau de mariage de charmantes petites réductions de bars.

Je crois qu'on ne peut faire davantage pour la race et il ne reste plus qu'à recommander au jeune ménage force cocktails et beaucoup d'enfants.

Nous devons également une mention à l'alcoolisme thérapeutique qui procède de ce que l'on a appelé l'alcoolatrie de certains médecins et qui sévit précisément surtout à cette époque de la grossesse où sous prétexte de tonifier l'organisme on fait absorber à la jeune anémique force vins médicamenteux très alcoolisés toujours joyeusement acceptés.

Cet alcoolisme féminin (en dehors naturellement du cocktailisme bien porté des gens du monde) est rarement avoué. Même prise sur le fait, la femme indignée proteste toujours de sa tempérance.

Aussi ne peut-on se faire une idée exacte de l'importance de cette tare chez la femme mais on a l'impression qu'elle est considérable. Quelle peut bien être son influence sur la bonne marche de la grossesse.

Ici nous devons distinguer l'influence sur l'œuf de celle qui se produit par un choc en retour sur la mère elle-même. Nous allons examiner successivement l'une et l'autre.

L'œuf tout d'abord peut-il subir l'influence de l'alcool absorbé par la mère au cours de la gestation. Autrement dit, l'alcool dilué dans le sang maternel passe-t-il à travers le filtre placentaire et le retrouve-t-on dans la circulation fœtale.

Prévost, de Genève, alcoolisant à petites doses une lapine enceinte avait déjà retrouvé de l'alcool dans son liquide amniotique.

Mais ce sont les belles recherches de Nicloux qui ont démontré d'une façon indubitable le passage de l'alcool à travers le filtre placentaire. Nicloux commença par faire absorber de l'alcool à deux femelles gravides sur le point de mettre bas et les sacrifia, puis examina par sa méthode si précise, dans le détail de laquelle nous ne pouvons entrer, leur liquide amniotique Il renfermait une quantité d'alcool à peu près semblable à celle contenue dans le sang maternel.

Le rapport était de 5 à 6.

Des expériences analogues furent faites non plus sur le liquide amniotique mais sur le fœtus lui-même.

De ces expériences, il résulte que l'alcool passe de la mère au fœtus dans des proportions très notables. Les teneurs des deux sangs sont sinon égales du moins très voisines. De plus si petite que soit la quantité ingérée (1/2 cm³ par kgr. dans une expérience) elle est suffisante pour faire apparaître l'alcool dans le sang fœtal.

Ce passage de l'alcool à travers le placenta a pu être identifié chez la femme elle-même.

Nicloux faisant absorber environ une heure avant le moment présumé de l'accouchement, une potion de Todd insuffisante pour produire l'ivresse (et nous insistons sur ce point) a toujours pu retrouver dans le sang s'écoulant du côté placentaire du cordon au moment de sa section (sang fœtal p. c. s.) l'alcool en proportions facilement décelables.

Ces recherches ne laissent donc place à aucun doute, et on peut affirmer qu'une femme enceinte qui s'alcoolise, alcoolise l'enfant qu'elle porte. On imagine la toxicité de l'alcool sur cet organisme et surtout ce petit système nerveux en voie de formation.

Mais l'alcool n'agit pas au cours de la gestation uniquement par son passage à travers le placenta, son influence sur le fœtus peut être indirecte.

C'est ainsi que les chutes, les traumatiques de toutes sortes sont fort à craindre et peuvent (dans des cas cependant rares) aboutir à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

La mère elle-même peut être la victime de son intempérance plus dangereuse pendant la gestation qu'à toute autre époque. Et cela est aisé à comprendre. On observe très souvent au cours de la grossesse chez des personnes saines un certain degré d'insuffisance hépatique.

Certains auteurs vont même jusqu'à dire que dans toute grossesse il se produit un léger fléchissement du foie se traduisant par de petits signes tels que la présence d'urobiline et de sels biliaires dans les urines.

Lorsque cette insuffisance hépatique s'accentue, l'organisme ne peut plus lutter contre l'envahissement des toxines provenant de l'œuf et c'est dans ces cas surtout que l'on observe les différents accidents de la grossesse que l'on groupe sous le terme générique de toxémie gravidique et qui peuvent aller jusqu'à des formes graves et même mortelles. Ce sont les accidents tels que les vomissements incoercibles, l'albuminurie gravidique lorsque le rein fléchit à son tour, et enfin l'éclampsie si redoutée.

Or ainsi que le note Triboulet (parlant de l'alcoolisme en dehors de la grossesse), « l'insuffisance hépatique doit être regardée comme la clef de tous les incidents du buveur. C'est par l'insuffisance hépatique avec le degré variable d'insuffisance rénale qui l'accompagne d'ordinaire qu'on peut expliquer au mieux comment tant de buveurs réagissent par le tube digestif et la nutrition générale : comment tant d'autres, avec ou sans troubles digestifs, vont réagir par leur système nerveux. C'est par elle aussi que s'explique l'infériorité des buveurs devant les infections et les intoxications et d'une manière générale la résistance médiocre ou nulle des alcoolisés aux influences extérieures. La déchéance relative ou absolue de cette

grande fonction physiologique (la fonction hépatique) nous fait comprendre enfin l'allure parfois cataclysmique des maladies les plus banales, les plus simples et les plus franches dans ces organismes modifiés insidieusement. »

Eh bien ! la grossesse est précisément une de ces intoxications devant lesquelles le foie déjà épuisé de l'alcoolique réagit mal. Et on comprend dans ces conditions la prédisposition manifeste des femmes alcooliques à faire tous les accidents de la série hépato-toxémique.

Si à cette insuffisance hépatique acquise antérieurement à la grossesse s'ajoute celle qui peut résulter d'excès alcooliques réalisés au cours même de la gestation, on comprend que des accidents aigus puissent éclater brusquement, et le plus redoutable en même temps que celui qui affecte les rapports les plus directs avec l'alcoolisme est sans conteste l'éclampsie.

Récemment encore, nous avons observé à la Maternité une femme qui sans avoir présenté aucun des signes prémonitoires antérieurs, l'albuminurie notamment (ce qui précisément est intéressant à noter) a fait brusquement, à la suite d'excès alcooliques, des accidents éclamptiques graves dont fort heureusement elle et son enfant sont sortis indemnes. Et ces cas doivent être fréquents. Malheureusement, ainsi que nous l'avons noté antérieurement, on ne peut le plus souvent que soupçonner l'alcoolisme, rarement avoué.

Toutes ces complications graves pour la mère le sont aussi pour le fœtus qui peut mourir dans l'utérus ou encore être expulsé avant terme.

Tel est le bilan des rapports de l'alcoolisme avec la grossesse.

***

III.— *Accouchement.*— Passons maintenant au troisième acte de la fonction de reproduction, l'expulsion du produit de conception.

Cette expulsion pourra se faire prématurément, le plus souvent par le mécanisme de la mort de l'œuf et lorsque cette expulsion se produira dans les six premiers mois de la gestation on aura l'avortement avec toutes les complications infectieuses ou hémorragiques qui peuvent s'ensuivre.

Ces avortements peuvent se faire à répétition et Legrain en a rapporté des observations fort démonstratives. Il est même de ces observations qui ont la valeur de véritables expériences. C'est ainsi que les avortements peuvent se succéder, tant que la femme est mariée à un individu alcoolique — le mari meurt, — et d'une nouvelle union la femme a des grossesses qui vont à terme et donnent naissance à des enfants sains.

Un autre type observé assez souvent, mais attribuable cette fois à l'alcoolisme maternel, est le suivant : la femme au début accouche d'un nouveau-né normal puis au fur et à mesure des progrès de son alcoolisme, les enfants qui suivent sont tout d'abord des tarés qui dépassent l'enfance. puis des tarés qui meurent dans l'enfance — enfin on observe des enfants morts-nés puis des avortements qui se font à des dates de plus en plus précoces.

Sullivan a attaché son nom à cette formuls. Elle est précisément l'inverse de ce que l'on observe dans l'hérédo-syphilis où le vieillissement progressif de la syphilis donne des produits tendant de plus en plus vers la normale.

Une contre-épreuve résulte des recherches de Sullivan : des femmes alcooliques qui ont enfanté des morts-nés obtiennent des accouchements à terme grâce à l'abstinence.

L'accouchement même à terme pourra être indirectement troublé du fait d'une complication dérivant plus ou moins de l'alcoolisme. C'est ainsi que l'hydramnios a pu être causé par l'alcool (d'une façon exceptionnelle, il est vrai) et qu'ainsi indirectement des complications telles que procidence du cordon, présentations vicieuses, peuvent s'ensuivre (Charra).

La mort fœtale plus souvent observée, soit avant l'accouchement, soit au cours du travail du fait de la fragilité de l'enfant, peut entraîner des complications de divers ordres dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

Enfin certaines malformations directement imputables à l'alcoolisme (hydrocéphalie) peuvent rendre l'accouchement particulièrement pénible.

On a attribué aussi certaines grossesses gémellaires à l'alcoolisme et naturellement l'accouchement peut être légèrement compliqué de ce fait. D'après Legrain, il s'agirait surtout de grossesses univitellines, c'est-à-dire de jumeaux se développpant dans un œuf unique. Or ce fait est intéressant car ces grossesses univitellines, par ailleurs très souvent dues à la syphilis, sont considérées comme de véritables monstruosités de l'œuf. Et nous verrons tout à l'heure combien l'influence tératogène de l'alcool est puissante.

En dehors du reste de toutes ces complications à la vérité exceptionnelles, l'alcool a-t-il une influence plus directe sur la marche même de l'accouchement. Voici ce qu'écrit Démelin à ce sujet : « Pendant le travail de l'accouchement même, un peu d'alcool excite la fibre utérine; un excès l'inhibe ou la paralyse. On connait l'inertie contractile, soit sous la forme d'atonie vraie. soit en tant qu'irrégularité de contraction, rigidité partielle coïncidant avec l'affaiblissement d'une zone voisine. En définitive, trouble ou arrêt du travail, jusqu'à ce que la dose ingérée s'élimine si toutefois les éléments musculaires ne sont pas atteints dans leur constitution histologique ou chimique par un empoisonnement chronique de longue date. De là des retards dans la dilatation du col, dans l'expulsion du fœtus, dans le décollement du placenta, des hémorragies possibles etc. »

Mais il est temps maintenant de porter notre attention sur ce que nous a livré l'accouchement compliqué ou non.

D'un côté, nous avons un enfant dont nous allons apprécier la valeur. De l'autre, la délivrance. Comme le fait remarquer Ecalle, on sait peu de choses des altérations du placenta chez les alcooliques, mais il est probable qu'elles doivent exister et peut-être expliqueraient-elles dans certains cas la mort du fœtus.

Audebert, de Bordeaux, a rapporté une observation où la cause d'un avortement fut une placentite d'origine nettement alcoolique. Le passage dans les vaisseaux placentaires d'un sang alcoolisé dans d'assez fortes proportions avait déterminé une artérite de ces vaisseaux. De même qu'il existe un alcoolisme héréditaire qui fait pendant à la syphilis héréditaire, de même il est très vraisemblable qu'il doive exister un alcoolisme placentaire rappelant par certains points la syphilis placentaire. Il y a là toute une question à mettre au point.

Voyons maintenant ce que nous a livré l'accouchement en fait d'enfant.

On a discuté autrefois la question de la prédominance d'un sexe sur l'autre chez les enfants d'alcooliques. Orkauski aurait trouvé un excès de garçons chez les enfants de père alcoolique (127 garçons contre 100 filles). Il est vrai que Laurent, par contre, aurait fait remarquer la tendance à l'accroissement des naissances féminines dans

◆◆

les milieux sociaux décimés par l'alcool. Il doit y avoir là de simples hasards de statistiques et l'influence sur le sexe paraît en réalité nulle.

L'enfant peut être apparemment normal et ce n'est que plus tard qu'il manifestera sa dégénérescence. Mais souvent dès la naissance il revendique ses droits au titre d'hérédo-alcoolique.

Nous avons tout à l'heure touché un mot des malformations congénitales qui peuvent entraver l'accouchement. Il en est d'autres sans influence dystocique, compatibles avec la vie et des plus diverses : malformations craniennes, microcéphalies, asymétrie cranio-faciale, surdité, cécité congénitale, etc.

Il y avait longtemps que l'on soupçonnait l'alcool d'être une des causes les plus importantes des monstruosités lorsque Féré en a rapporté la preuve expérimentale. Il a produit des monstruosités en soumettant des œufs de poule en incubation à l'action des vapeurs de divers alcools ou en injectant 1/20 de cmc. d'alcool dans l'albumen.

D'après ces expériences, l'alcool éthylique serait moins nocif que l'alcool méthylique et que les alcools propyliques, butyliques, etc. Mais ce sont les essences qui ont produit le plus grand nombre d'anomalies. Féré fit ensuite des expériences avec les boissons alcooliques employées dans le public et put démontrer que la puissance tératogène de ces boissons est plus considérable que leur toxicité, si on les compare à ces deux points de vue aux solutions alcooliques idéales dépourvues d'essences, qui déjà d'ailleurs exercent sur l'embryon une influence des plus fâcheuses.

Un autre fait expérimental intéressant à signaler c'est que l'influence tératogène de l'alcool se fait d'autant mieux sentir que l'expérience est effectuée plus près du début de la période d'incubation. Ceci nous rend compte de l'action particulièrement nocive de l'ivresse au moment même de la conception dans l'espèce humaine.

Ovize observa accidentellement un fait qui rappelle les expériences de Féré et les corrobore : « Dans une grange étaient en incubation 160 œufs de poule, dans des couveuses artificielles. Dans le cellier au-dessous on fit du vin et de l'eau-de-vie de pêche. Il n'y eut que 78 éclosions et parmis ces 78, 25 poussins étaient atteints de malformations congénitales diverses, 40 moururent 3 ou 4 jours après l'éclosion ».

Un autre fait expérimental illustre d'une façon pittoresque l'influence de l'alcoolisme sur le moindre développement des fœtus.

Ce fait est rapporté par Langstein. Les dames de Vienne eurent à une certaine époque la passion des chiens minuscules, de ces chiens que l'on pouvait nicher dans un manchon. L'observation populaire avait déjà montré que des chiennes alcoolisées mettaient bas des petits tout rabougris. Un industriel ingénieux qui méritait de vivre à notre époque, s'emparant de cette donnée, fabriqua grâce à une alcoolisation alimentaire régulière de chiennes grosses, des générations de petits ayant tous les caractères de l'infantilisme désiré.

Evidemment, toutes ces expériences sont un grossissement presque caricatural de ce qui se produit dans la réalité humaine. Mais elles n'en rendent pas moins compte de l'indéniable influence tératogène de l'alcool et s'il est un certain nombre d'observations discutables où les malformations peuvent être disputées entre l'alcoolisme et une autre tare, la syphilis par exemple, il en est d'autres par contre où l'influence de l'alcool est seule en cause.

J'ai recherché dans les Archives de la Maternité de sept des dernières années l'origine des cas d'hydrocéphalie rencontrées. J'en ai trouvé 10.

Naturellement je n'ai pas vu une seule fois l'alcoolisme avoué par la malade. On a chaque fois et à juste titre suspecté la syphilis. La réaction de Wassermann a été pratiquée et n'a été qu'une seule fois positive, Dans un autre cas un placenta gros et friable signait également « syphilis «. Peut-être un des cas est-il à mettre sur le compte de la consanguinité.

Restent sept cas qui sont à partager entre l'alcoolisme et la syphilis. Or dans ces sept cas je suis frappé de ce fait que deux fois le père de l'enfant était vigneron. Une fois garçon de café et la mère fille de salle. Une autre fois la mère elle-même était tenancière d'un cabaret. Cette pauvre malheureuse du reste a payé de sa vie cette complication, à la suite d'une rupture de son utérus survenue avant l'arrivée à la Maternité. Une autre femme, très agitée, très difficile à anesthésier, a succombé également quelques heures après une opération et à l'autopsie on a trouvé un foie entièrement dégénéré, ce qui rapproché de l'hydrocéphalie de son enfant peut tout au moins autoriser la suspicion d'alcoolisme.

Tout cela ne constitue évidemment que des impressions, mais motivées dans cinq cas sur sept.

En dehors des cas où l'enfant s'avère hérédo-alcoolique dès sa naissance par une de ces malformations qui intéressent particulièrement les accoucheurs, il en est d'autres, les plus nombreux, où rien d'anormal ne peut être relevé chez l'enfant mais où cependant la tare n'en existe pas moins et ne se révèlera que plus tard.

On constate tout d'abord en gros une mortalité considérable des nourrissons et une mortalité très marquée des enfants plus âgés nés de parents alcooliques.

Ces enfants débiles sont particulièrement exposés à la tuberculose sous toutes ses formes dès les premières années, ainsi que l'a bien établi le Dr Legrain. Arrivée, dans une statistique portant sur 1.506 enfants a trouvé que sur 100 enfants tuberculeux 36 étaient des hérédo-alcooliques.

Les convulsions se montrent chez les hérédo-alcooliques dans la proportion de 22,70 %.

Quant aux enfants qui échappent à la mort immédiate ou à la tuberculose qui les guette durant leurs premières années, outre l'idiotie, la surdi-mutité et les diverses malformations congénitales, ils vont devenir la proie de troubles nerveux variés parmi lesquels il faut placer au premier rang l'épilepsie (52 fois sur 215 cas d'après Legrain) et l'hystérie (16 fois sur 215 cas).

A l'âge adulte, l'hérédo-alcoolique présente une équilibration défectueuse des facultés mentales une prédisposition aux excès de toutes sortes et notamment aux excès alcooliques.

Car il est remarquable de noter qu'en dehors de l'exemple qu'ils reçoivent de leur entourage direct et de leur milieu, les hérédo-alcooliques ont une tendance innée à faire usage des boissons alcooliques perpétuant ainsi la tare héréditaire.

Une notion bien acquise aujourd'hui est celle de la transmissibilité de l'hérédo-alcoolisme de génération en génération. Il existe un hérédo-alcoolisme de 1re de 2e voire de 3e et 4e génération comme il existe une hérédo-syphilis de 1re de 2e de 3e génération.

Ici encore nous relevons cette analogie si souvent constatée entre la grande intoxication et la grande infection.

Et tous ces hérédo-alcooliques constituent le gros contingent de l'armée des dégénérés. Mais il n'y acquièrent jamais de hauts grades et si l'on peut distinguer des dégé-

nérés supérieurs et des dégénérés inférieurs, les hérédo-alcooliques à peu d'exception près, font toujours partie de la 2e catégorie car leur intelligence est toujours profondément touchée au même titre que leur affectivité.

Nous n'insistons pas du reste sur tout cela qui sort un peu de notre sujet et surtout de notre compétence et nous en arrivons à l'étude de la 4e phase de la fonction de reproduction, l'allaitement, dans ses rapports avec l'alcoolisme.

IV. *L'allaitement.* — Vinay, le premier, en 1872, puis bien d'autres à sa suite avaient noté l'agitation, les cris, les convulsions chez les enfants dont les mères ou les nourrices abusaient du vin et surtout des liqueurs. Il était logique de penser que l'alcool passait dans le lait et intoxiquait l'enfant.

Klingemann le premier fit des expériences sur l'animal. Ayant intoxiqué des chèvres par l'alcool il put démontrer le passage de celui-ci dans le lait mais seulement pour des doses considérables d'alcool ingéré. Rosemann arriva aux mêmes conclusions.

Nicloux a pu établir, à l'inverse des auteurs allemands, que l'alcool passe dans le lait quelle que soit la quantité ingérée grande ou petite grâce à une très belle série d'expériences sur l'animal (chienne ou chèvre).

Il compléta ces recherches pourtant déjà bien démonstratives par une expérimentation chez la femme. Après ingestion par une nourrice d'une potion de Todd renfermant sous forme de rhum 27 cmc. d'alcool absolu, quantité insuffisante pour produire l'ivresse, Nicloux a toujours pu déceler dans le lait l'alcool en quantité faible mais parfaitement dosable.

La quantité maxima que renferme le lait est atteinte après une heure environ. Après quatre heures l'alcool a complètement disparu.

Quant aux faits cliniques ils abondent. Vinay qui le premier attira l'attention sur cette cause d'intoxication du nourrisson cite le cas d'un enfant pris de convulsions graves au cours d'une période prolongée d'excitation nerveuse incompréhensible. Or une enquête apprit que la nourrice buvait 6 à 8 verres de vin par jour. L'interruption momentanée de l'allaitement, la modification ultérieure du régime de la nourrice amenèrent une guérison rapide.

Mais si le diagnostic n'est pas posé, si l'allaitement se poursuit, on peut voir survenir chez les nourrissons de véritables encéphalopathies alcooliques, de l'athrepsie et des cas mortels ont été cités (Mathieu).

Un fait bien connu des praticiens de notre ville est la fréquence dans les quartiers populeux, des cas de convulsions chez les nourrissons, les dimanches et jours de fête.

Or que de nourrices croient à l'efficacité de l'alcool, notamment sous forme de bière, pour renforcer leur lactation, et qui de ce fait intoxiquent plus ou moins gravement leur enfant.

Et tous les vins médicamenteux « fortifiants » que nous avons déjà rencontrés prescrits au cours de la grossesse, nous les retrouvons ici toujours aussi néfastes pour la descendance.

Du reste il est un fait remarquable et dont il faut bien avertir les nourrices c'est que bien loin de « faire monter le lait » l'alcool sous toutes ses formes tarit fréquemment la sécrétion lactée. Une fois de plus un mécanisme de sûreté joue à côté du mal. Les mères perdent peu à peu la faculté d'allaiter et, dans ce cas exceptionnel, pour le plus grand bien de leurs nourrissons.

Mais fait plus curieux encore, c'est que cette impuissance à allaiter peut se transmettre de mère à fille et existe chez des filles de mères alcooliques, non buveuses elles-mêmes.

Et dans des cas plus exceptionnels encore seul l'alcoolisme paternel est en cause. Tout cela prouve du reste, comme le fait remarquer le Dr Legrain, qu'il y a dans la molécule d'alcool quelque chose de véritablement spécifique et susceptible de se transmettre héréditairement.

Le Prof. Bunge, de Bâle, avait noté qu'à Bâle 80 p. 100 des femmes étaient incapables d'allaiter convenablement. Il s'est livré alors à une vaste enquête statistique auprès des médecins des différents pays et il est arrivé à cette conclusion que l'hérédo-alcoolisme était la grande cause de cette incapacité.

Le développement de l'alcoolisme dans les temps modernes expliquerait d'après lui pourquoi la majorité des enfants ne sont plus nourris naturellement. Il ne nie pas la cause morale, à savoir la diminution des sentiments affectifs, mais il place bien au-dessus d'elle une véritable disparition matérielle de la capacité physique d'allaiter.

Stumpffs a confirmé les données de Bunge. Observant en Bavière, le pays de la bière par excellence, il a constaté que l'usage de cette boisson alcoolique, cette fameuse boisson galactogène, entraînait une hypertrophie des mamelles qui deviendraient inaptes à la lactation.

Groths dans une ville à grosse consommation de bière examinant 2.816 enfants constata que 7 p. 100 seulement avaient pu être soumis au sein d'une façon satisfaisante, 67 % n'auraient pu l'être au-delà de 1 mois, 26 % n'auraient pas reçu le sein du tout.

Mais les préjugés sont tenaces et les jeunes mamans entendront dire longtemps encore que la bière fait monter le lait, mais que le lait, l'innocent lait chasse le lait. Heureuses encore si des voisines bien informées ne leur racontent pas que l'alcool absorbé par les nourrices donne bon teint aux nourrissons.

Conclusions. — Arrivé au terme de cette petite étude, cherchons à rassembler les notions essentielles qui s'en dégagent.

D'un bout à l'autre de la fonction de reproduction, l'alcool exerce son action néfaste. Mais l'auxiliaire principal dont il se sert est tantôt le père, tantôt la mère, à moins que ce ne soient les deux.

Au départ, le grand responsable c'est le père qui, soit par la viciation de ses cellules sexuelles dues à son alcoolisme chronique, soit par l'imprégnation alcoolique de ces mêmes cellules au moment de la conception en période d'ivresse, frappe l'œuf d'une tare dès l'origine.

A l'arrivée c'est la mère qui distribue son lait alcoolisé.

En cours de route les responsabilités sont sans doute partagées. Les interruptions prématurées de la grossesse, les malformations qui peuvent gêner l'accouchement, peuvent dériver du seul alcoolisme paternel. Mais en ce qui concerne le fœtus si le mal n'est pas encore fait, son alcoolisation ne dépend plus que de sa mère.

Il faut donc si l'on veut se préoccuper uniquement du point de vue de la bonne marche de la fonction de reproduction, déplacer le point d'application de son effort prophylactique au fur et à mesure du déroulement des phases de cette fonction.

Avant la conception on s'efforcera de corriger les habitudes alcooliques du père (et naturellement de la mère s'il y a lieu). On instruira les époux des dangers de la conception en période d'ivresse.

Peut-être un jour ou l'autre, les progrès de l'eugénisme et son accès dans les mœurs permettront-ils au médecin

d'empêcher certaines unions entachées d'alcoolisme et d'éclairer les ignorants au seuil du mariage. Nous ne citerons que pour mémoire la stérilisation des géniteurs dégénérés alcooliques que cependant certains Etats Américains n'ont pas hésité à faire entrer dans la pratique légale.

Au cours de la grossesse on devra faire suspendre à la mère toute espèce d'excès de boisson.

La persuasion, la suggestion pourraient parfois être utilisées avec un certain succès, même chez ces femmes à psychisme forcément taré mais chez qui malgré tout l'instinct maternel est rarement entièrement annihilé.

En ce qui concerne l'allaitement, si la mère ne veut pas renoncer à l'alcool, on doit s'opposer à ce qu'elle nourrisse : mieux vaut encore pour l'enfant l'allaitement artificiel avec toutes ses difficultés que l'intoxication continue de tous les jours qui viendra s'ajouter à l'intoxication congénitale et en augmenter les effets nocifs.

A propos de la toxicité du sérum des bovidés,

Par H. BUSQUET.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris (1)

Dans une récente communication faite à cette Société, M. E. Cesari (2) a apporté quelques précisions nouvelles sur la toxicité du sérum des bovidés. Celle-ci passe pour être tout particulièrement élevée et cette croyance, d'origine très ancienne, remonte presque à la légende. Thémistocle, d'après Diodore de Sicile, Aeson, d'après Apollodore, et Psamménit, d'après Hérodote, seraient morts en buvant du sang de taureau. Aristophane (Cavaliers, 84), Sophocle (fragment 178, éd. Jelb). et Dioscoride (Alexipharmaca, c. 25) considéraient le sang du taureau comme un poison violent. Au début du siècle dernier, de nombreux auteurs, tels que Heidekamp (3), mentionnent encore cette toxicité. Plus tard, la question entre dans une phase scientifique avec Rummo et Bordoni (4), Weiss (5), Guinard et Dumarest (6) et avec A Chauveau (7) qui a publié un tableau comparatif de la toxicité des divers sérums par voie intra-veineuse, d'après des chiffres fournis par des expérimentateurs variés. De ce tableau, il ressort que la nocivité du sérum des bovidés est un peu plus élevée que celle du sérum des autres espèces, encore que les chiffres de certains auteurs, pour le sérum d'homme, de chat et de chien, se rapprochent beaucoup de ceux du sérum de veau ou de bœuf. La toxicité du sérum des bovidés apparut, d'ailleurs, comme très faible, lorsque L. Camus et E. Gley (8), en 1898, développant un fait observé par A. Mosso, (9), publièrent leurs importants travaux sur le sérum d'anguille ; ils montrèrent, en effet, que quelques gouttes de ce sérum, injectées dans les veines, pouvaient tuer un lapin, alors que les auteurs antérieurs n'obtenaient ce résultat qu'avec des doses environ 50 fois plus fortes de sérum de bœuf. Néanmoins, de cet ensemble de recherches, complétées en 1914 par celles de M. Nicolle et E. Cesari (10), il ressortait ce fait que le sérum des bovidés était un peu plus nocif que celui des autres mammifères.

On peut se demander quels sont les facteurs de cette toxicité. Deux d'entre eux sont déjà connus et se retrouvent, dans presque tous les sérums : 1° la thrombine qui produit par voie intra-veineuse des coagulations et des embolies ; 2° la toxine hémolytique, dont E. Gley et L. Camus ont découvert l'existence dans le sérum d'anguille et de torpille et que Nicolle et Cesari ont également signalée dans le sérum de bœuf. La question se posait de savoir si on trouve, en dehors de ces deux substances, quelque autre produit toxique dans le sérum de bovidé.

Pour examiner ce point particulier, j'ai expérimenté les sérums de bœuf, taureau, vache, génisse et veau, sur des oiseaux, cobayes, lapins et chiens, après avoir débarrassé ces sérums du fibrin-ferment et de la toxine globulicide. Ce résultat est facilement obtenu en laissant vieillir ces sérums pendant 4 ou 5 jours après extravasation du sang et en les portant à 56° pendant quelques minutes.

A. — Dans un premier groupe d'expériences le sérum a été administré *par voie digestive*. On sait depuis longtemps que, par la bouche, la toxicité des sérums est minime. Mais, mes expériences puisent leur intérêt dans le fait que les animaux utilisés ont reçu le sérum pendant un temps très long, 6 à 7 mois dans la plupart des cas.

C'est ainsi que j'ai fait ingérer quotidiennement pendant 6 *mois consécutifs*, 2 cmc de sérum de *veau* ou de *bœuf* à 30 poulets âgés de huit semaines au début de l'expérience. Aucun trouble apparent n'a été observé chez les animaux traités, et leur poids s'est développé comme celui d'un lot de 15 témoins du même âge. Voici d'ailleurs, le détail de l'expérience : j'ai mis en observation 3 lots de 15 poulets chacun ; chaque lot pesait respectivement 7 kgr. 500, 8 kgr. 500 et 9 kilos avant toute administration de sérum. Au bout de 7 mois, le lot témoin pesait 22 kilos, le lot traité par le sérum de bœuf 22 kgr. 500 et le lot traité par le sérum de veau 24 kilos. Le sérum de bovidé n'a donc manifesté, chez ces animaux, aucune action toxique.

J'ai traité par des sérums de *taureaux* ou de *génisses* plus de cent gallinacés adultes (coqs, poulets, chapons, chaponnes), à la dose quotidienne de 5 cmc. et certains de ces animaux pendant 7 mois consécutifs. Sur aucun d'entre eux, je n'ai observé de trouble attribuable à ces sérums.

J'ai fait prendre par la bouche du sérum de *vache* à 8 lapins pesant environ 1 kg. 500 pendant 9 jours consécutifs à la dose quotidienne de 15 cmc. Durant cette période, les animaux se sont comportés normalement et ont légèrement augmenté de poids (1).

Enfin, j'ai eu l'occasion d'observer un homme qui a ingéré quotidiennement 80 cmc. de sérum de taureau pendant une semaine et qui ne s'en est trouvé nullement incommodé.

B. — *Par voie hypodermique*, la toxicité de certains sérums est loin d'être négligeable. C'est ainsi que R. Blanchard (2) a pu provoquer la mort chez la marmotte avec des doses peu élevées de sérum d'anguille. Il n'était donc pas inutile d'essayer le sérum de bovidés en injection sous-cutanée.

J'ai expérimenté le sérum de *veau* et de *taureau* chez la grenouille. Des animaux de 35 à 40 grammes, ayant reçu 2 cmc. de sérum, ont présenté des convulsions des membres postérieurs quelques minutes après l'injection, mais ont survécu. Il convient de faire remarquer ici que les convulsions ne sont pas spécifiques après l'injection de sérum de bovidé et qu'on les observe encore avec le sérum de bélier et de cheval, chez la grenouille, à la dose précitée.

Chez 9 lapins et 10 cobayes, j'ai injecté pendant 15 jours une dose quotidienne de 10 cmc. de sérum de *taureau* ou de *bœuf* et n'ai pas observé la moindre manifestation de toxicité ni générale ni locale. J'insiste tout particulièrement sur le fait qu'il n'existait aucune réaction inflammatoire au niveau de la partie injectée, car Uhlenhuth et Handel, confirmés par Nicolle et Césari, ont obtenu des effets escharifiants avec le sérum de bœuf en injection sous-cutanée. Le chauffage fait disparaitre cette manifestation toxique locale, comme Nicolle et Césari l'ont, d'ailleurs, déjà signalé.

(1) *C. R. Soc. Biol.*, C. II, 1929, p. 579.
(2). E. Cesari. — *C. R. Soc. Biol.*, C. II, 1929, p. 277.
(3). Heidekamp. — *Arch. f. Philol. u. Padagog.*, Helmstedt, 1924, II, p. 376.
(4). Rummo et Bordoni. — *Centralbl. f. Klin. Med.*, XI, 1890, p. 508.
(5) Weiss. — *Pfluger's Archiv.*, 1896. LXV, p. 1215.
(6). Cités par A. Chauveau.
(7). A. Chauveau. — *Traité de Pathologie générale de Bouchard.* 2° éd., t. II, p. 241. 245.
(8). L. Camus et E. Gley. — *C. R. Ac. Sc.* 1898, CXXVI, p. 428.
(9) A. Mosso. — *Archiv. ital. de Biol.*, 1888, X. 141.
(10) M. Nicolle et E. Cesari. — *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1914, p. 680.

(1). Il convient de rappeler ici que les sérums toxiques d'anguille et de torpille produisent des pertes de poids considérables, signalées par Gley (*C. R. de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Congrès de Lille, 638e session. 1909, p. 739, 2746).
(2) R. Blanchard, — *C. R. Soc. Biol.*, en 1903, p. 736.

BIBLIOGRAPHIE

Le sens de la vie. **(Question d'hygiène sociale)**, par le Dr Sicard de Plauzoles. Un volume de 200 pages. Editions médicales, Paris 1929.

Le Dr Sicard de Planzoles est au premier rang parmi ceux qui s'efforcent de faire appliquer les règles d'hygiène sociale. Plusieurs fois dans ce journal j'ai analysé les travaux de notre confrère et toujours j'ai souligné la vérité de ses thèses ainsi que la clarté de ses exposés. Une fois de plus j'attire l'attention sur ce qu'il enseigne, avec l'âme d'un apôtre et avec une compétence que personne ne met en doute. Dans ce volume il y a une partie doctrinale (le sens de la vie) qui traite « du déterminisme à la liberté » et de l'intérêt du dévouement et une partie d'application dont voici les différents chapitres : l'hygiène sociale du travail, les causes de la dégénérescence de l'homme, du rôle du chef d'entreprise, la tuberculose maladie sociale, le secret médical, la réglementation de la prostitution et un programme de prophylaxie sanitaire. On peut lire aussi d'intéressantes considérations sur l'avenir sexuel, l'allaitement maternel obligatoire, la déclaration des droits de l'enfant.

Chacun de ces chapitres expose d'une façon concise mais complète les notions les plus indispensables : les médecins trouvent donc là des documents que certains d'entre eux ignorent vraisemblablement. En tout cas, ils trouvent une sorte de revue générale de questions sur lesquelles ils ne peuvent être renseignés qu'en lisant de multiples ouvrages, ce qu'ils n'ont pas le temps de faire ! Remercions donc notre collègue de faciliter notre tâche.

Dr G. Paul-Boncour.

La greffe testiculaire du singe à l'homme, par MM. Serge Voronoff et Georges Alexandrescu. (Gaston Doin éditeur, Paris 1929.)

Il y a quelques années, beaucoup de médecins ou de chirurgiens paraissaient incrédules devant les faits apportés par Voronoff.

Dans ce volume richement édité et renfermant 39 planches, nous trouvons exposées : la technique opératoire, les manifestations physiologiques, l'évolution histologique et la statistique de cette importante question.

Il est bon de lire les résultats histologiques : Voronoff a prélevé, chez plusieurs de ses opérés des greffons 2 ans, 3 ans et 4 ans après la greffe ; or des coupes histologiques démontrent la survivance des cellules et leurs relations avec les phénomènes physislogiques observés.

Au bout de cinq ans, les bénéfices biologiques de la greffe s'atténuent, puis disparaissent, mais rien n'empêche de renouveler l'opération. Une fois de plus je félicite notre confrère de ses recherches, de sa persévérance, et de cette passionnante étude qui ne peut qu'intéresser tous les médecins.

Dr G. Paul-Boncour.

Le froid. Un vol. in-8°, avec 120 illustrations, couverture en couleurs, broché : 4 francs. Librairie Hachette.

Aride autrefois, une étude sur le froid devient passionnante aujourd'hui grâce aux applications diverses qui sont faites des températures très basses.

Le froid n'est-il pas déjà utilisé dans la vie courante pour conserver les denrées alimentaires sans altérer leur goût ni leurs propriétés nutritives ; en thérapeutiqué, pour combattre certaines inflammations, traiter quelques affections cutanées, conserver les vaccins, etc. ? Ne l'utilisera-t-on pas demain dans les régions tropicales pour refroidir les habitations.

C'est dire l'intérêt et l'actualité du nouveau fascicule de l' « Encyclopédie par l'Image », au texte si clair et si attrayant, aux illustrations si variées et si nombreuses.

La Prise d'Alger, par Henriette Célarié. 1 vol. de la collection : Récits d'autrefois. Prix : 7 fr. Librairie Hachette, 79, Boulevard St-Germain, Paris.

Il y aura cent ans, l'année prochaine, en 1930. A la veille de ce centenaire, on lira avec un vif intérêt et non sans fierté, le récit de Mme Célarié, si pittoresque et tout frémissant de couleur locale.

Anatole France anecdotique, par Nicolas Ségur. 1 vol. in-16. 12 fr. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

Voulez-vous entendre parler Anatole France et en même temps le voir raconter ses souvenirs, puis mille anecdotes sur les femmes, sur l'amour et sur la gloire ? Lisez ce livre qui résume le charme et la verve du grand écrvain.

C. — Enfin, j'ai administré *par voie intra-veineuse* du sérum de bœuf, à 6 lapins de 1 kg. 500 environ, à la dose quotidienne de 15 cmc. pendant 3 jours consécutifs et n'ai constaté aucun accident.

A des chiens chloralosés, j'ai injecté par la veine saphène de 10 à 20 cmc. par kilo de sérum de *taureau*. Cette injection n'a produit aucune modification apparente ni de la respiration ni du tracé de pression artérielle.

De ces faits, portant sur un matériel expérimental considérable, on peut tirer les conclusions suivantes :

Le sérum de bovidé, chauffé à 56° et provenant d'un sang extravasé quelques jours avant l'essai, peut être administré par voie digestive, à dose quotidienne élevée, pendant 6 à 7 mois consécutifs, sans produire aucune manifestation toxique.

Par voie hypodermique ou intra-veineuse, il est également inoffensif chez le cobaye, le lapin et le chien ; chez la grenouille, il produit des convulsions comme le sérum de tout autre animal, mais ne provoque pas la mort.

Les facteurs de la toxicité du sérum des bovidés sont qualitativement les mêmes que ceux des autres sérums et paraissent se réduire à la thrombine et à la toxine hémolytique.

CHRONIQUE

Maladies oculaires et métabolisme des hydrates de carbone.

Une analyse, parue dans un numéro récent du *Progrès* indiquait les mérites du livre publié récemment par Maitland Ramsay (1) et consacré aux renseignements que fournit, pour étudier les maladies générales, l'examen de l'œil, — l'œil, miroir de l'âme et du corps. De ce livre, nous signalerons, plus particulièrement ici, le chapitre deuxième, consacré à l'étude du facteur constitutionnel dans les maladies et à ses rapports avec quelques manifestations oculaires par altération du métabolisme des hydrates de carbone. A ce chapitre, nous ferons de nombreux emprunts.

Feu le professeur Laycock, dit Maitland Ramsay, avait coutume d'inciter ses élèves à « bien étudier la physionomie de la maladie » parceque, dès le début, apparaîtra à l'œil entraîné des signes d'états constitutionnels sur lesquels est basée la maladie. Pour l'observateur exercé, le diagnostic est souvent écrit sur l'habitus du patient. C'est la mise en pratique de la théorie des diathèses, c'est-à-dire de la tendance héréditaire ou d'une prédisposition à des maladies spéciales. Un individu diathésique présentera des manifestations morbides particulières et tout malaise chez lui présentera des modifications dues à son état constitutionnel. Les anciens attachaient une grande importance à ce fait ; ils attribuaient une valeur spéciale à « la connaissance de la constitution du patient » et, sans aucun doute, ils avaient raison, bien qu'il faille admettre que dans bien des cas le terme *diathèse* servait de manteau à l'ignorance. Dans les temps voisins du nôtre, on n'entendait presque plus parler de *diathèse* et les importantes études des cliniciens illustres du passé sur le facteur constitutionnel sont en partie ignorées de la génération actuelle. Les grandes découvertes dues aux applications de la physique, de la bactériologie, de la chimie biologique ont rejeté au second plan *la diathèse*, devenue presque indigne de l'attention d'un médecin desireux d'être considéré comme scientifique. Il est certain que la conception ancienne demande à être revisée à la lumière des découvertes modernes. Mais cela n'implique pas de ne tenir aucun compte de l'enseignement de nos ancêtres.

(1) *The Eye in general medecine.* — Baillière, Tindall et Cox, éd., 1929, 255 pages.

En réalité, il existe une branche du savoir médical, distincte des autres, connaissance du facteur constitutionnel dans la pathogénie ; et, à notre époque il ouvre aux vestigateurs un champ plein de promesses.

On a fait la part trop large aux germes et trop petit au sol qui les reçoit.

Il faut le regretter. Les données du laboratoire sont une aide de toute valeur, mais c'est uniquement au chevet du malade que l'on acquiert la véritable expérience diagnostique et thérapeutique. Le médecin de famille est le véritable gardien de la santé; et, dans sa sphère il doit se muer en chercheur. De nos jours, on parle avec une certaine compassion de la clinique, que l'on tend à sous-estimer. La « méthode scientifique » du laboratoire s'efforce de désaxer l'art et la science médicale. On néglige « le visage et l'esprit de la maladie » : c'est pourtant ces derniers qui permettent au vieux praticien de campagne de prévoir le danger longtemps à l'avance. La maladie ne se révèle que par ses symptômes ; les premiers signes s'accusent par les sensations et les souffrances du malade. Celles-ci ne peuvent évidemment pas être analysées dans une éprouvette ou pesées à la balance.

Quiconque désireux de déchiffrer l'énigme posée par la maladie doit attentivement tenir compte des plaintes des hommes et femmes qu'il aura à soigner chaque jour.

Jadis, l'éducation médicale se terminait dans la pratique générale ; on essaye d'amenuiser la valeur de cette mode en prônant l'instruction des laboratoires spécialisés. Ils ne répondent cependant pas toujours à ce que, au lit du malade, on en attend. Ils ne comptent pas avec le facteur individuel avec lequel le patient est constamment face à face. Une brève pratique de la clinique montrera qu'un micro-organisme ne se comporte pas toujours de la même manière, mais de façons variables avec les patients. Le médecin de famille apprécit ces variations mieux que le laboratoire, par cette raison que c'est toujours à lui qu'en dernier lieu, revient le malade avec ses prédispositions morbides individuelles.

C'est sous cet aspect que je vais examiner certaines manifestations oculaires produites par trouble du métabolisme des glucidés.

La perturbation du métabolisme de ces corps constitue de nombreux et intéressants problèmes cliniques. Toutefois, on n'envisagera ici la question générale qu'en tant qu'elle aidera à l'interprétation de certaines affections oculaires.

Parmi les sucres, le glucose joue le rôle le plus important dans l'organisme. Il constitue la transformation finale de la portion hydro-carbonée des aliments. Mais avant l'achèvement du cycle, il se transforme en de nombreux corps intermédiaires très complexes et instables. Leurs formules chimiques sont si compliquées que l'expérimentateur considère comme quasi impossible de les reconstituer.

De récentes recherches ont montré le rôle important joué par l'insuline dans l'organisme ; toutefois un déficit dans la production de l'insuline ne semble pas être la cause primitive du trouble du métabolisme des hydrocarbonés.

La dose nécessaire à transformer l'amidon et le sucre varie grandement selon les différents sujets. Certains peuvent digérer et assimiler de très grandes quantités de ces substances, alors que, pour d'autres, tout le glucose dont ils ont besoin semble provenir des protéines. Ils utilisent les hydro-carbonés si parcimonieusement que ces substances digérées partiellement s'accumulent dans l'organisme comme produits usés et causent d'importants troubles dans la santé.

En un mot, leurs transformations bio-chimiques sont si incomplètes qu'il se forme des produits toxiques, dont la présence dans le sang rend le patient singulièrement vulnérable à toutes espèces d'infection. Cette « erreur congénitale du métabolisme » (Garrod), ce facteur cons-

titutionnel, primordial au point de vue étiologique, est trop souvent négligé, on le considère comme trop vague, trop minime preuve pour avoir une valeur scientifique. Cependant tout médecin de famille, attentif et observateur, reconnaît que certains de ses malades sont enclins à des symptômes et à des syndromes particuliers, qui en majorité, sont évitables par des soins appropriés et, surtout, des modifications diététiques.

Une alimentation vicieuse cause bien des maladies. L'ingestion immodérée et prolongée d'hydro-carbonés, dépassant la tolérance du sujet, détermine l'éclosion de conjonctivite phlycténulaire. C'est du sevrage à la dixième année que cette affection est la plus fréquente : c'est donc dans la première enfance qu'on l'observe et dans toutes les classes sociales avec prédominance chez les malheureux mal alimentés, mal logés depuis leur naissance. Les manifestations morbides dont l'œil est le siège sont toujours symptomatiques d'un état constitutionnel anormal, d'une prédisposition héréditaire que développent et aggravent l'habitat insalubre, le manque d'air pur, de soleil, l'excès d'aliments impropres. Bien souvent l'intensité des symptômes oculaires laisse inaperçus les traits généraux du processus morbigène : on ne peut cependant interpréter nettement la maladie qu'en n'accordant au facteur constitutionnel la place qui lui revient tant pour le diagnostic que le traitement.

La propension de ces enfants à la persistance d'infection catarrhale de diverses muqueuses les fait dire atteints de « diathèse exsudative ». Ils sont irritables, agités enclins à de soudains accès de fièvre, à des transpirations profuses nocturnes. Ils ont une appétence insatiable pour les sucreries, les tartines, qu'ils réclament avec insistance et consomment en quantité. On les trouve toujours mangeant biscuits, pain, sucrerie ; leurs organes d'assimilation ne sont jamais au repos. Leurs dents se gâtent prématurément ; leur langue est habituellement chargée ; leurs fèces contiennent beaucoup d'aliments non digérés ; elle ne sont pas de couleur naturelle, mais d'odeur infecte. Ils souffrent de fréquentes crises de coliques ; leur abdomen proémine par distension flatulente des intestins ; l'urine rare laisse déposer des urates et peut contenir des traces de sucre. Acidose et coma ne s'observent presque jamais.

La conjonctivite phlycténucléaire passe habituellement d'un œil à l'autre et lorsque les deux yeux sont simultanément affectés, il n'est pas rare que l'un soit plus malade que l'autre.

L'affection débute par une photophobie intense ; c'est le symptôme le plus pénible de l'affection, en dehors duquel il n'y a pas de véritable douleur.

Le patient souffre uniquement lorsqu'il est exposé à la lumière. L'obscurité atténue la douleur, le patient ouvre ses yeux sans se plaindre s'il se trouve dans un coin obscur de l'appartement ou le visage caché dans son oreiller. Avec la lumière, reparaît la photophobie. Normalement le réflexe lumineux ne détermine aucune sensation pénible ; mais, chez ces enfants, il y a hyperexcitabilité du réflexe pupillaire, et la lumière cause de la douleur par contraction spasmodique du muscle circulaire de l'iris. La pupille reste petite et fermement contractée ; la dilatation atropinique atténue la photophobie ; toutefois son action ne dure que quelques heures ; aussitôt que l'iris se contracte à nouveau, la photophobie réapparaît.

La répulsion vive pour la lumière, sans lésion cornéenne, était considérée, jadis, comme signe de « diathèse strumeuse » ; et à juste titre, car elle est un indice de perturbation du métabolisme. On a suggéré que la « diathèse exsudative » est la partie non tuberculeuse de la « scrofule ».

Simultanément à la photophobie s'observe des congestions, en aire, des vaisseaux conjonctivaux au milieu desquels s'élève un petit bouton (1). Ces petites élévations, de couleur gris jaunâtre, de dimensions très variables, reposent sur la conjonctivite du globe oculaire et très fréquemment sur le limbe cornéen. Ce nodule, accompagné d'inflammation discrète, fait penser à une cause constitutionnelle plutôt que locale.

(1) L'auteur écrit : pustule.

Parfois une bandelette de vaisseaux procède de la conjonctivite sclérale vers une petite phlyctène de la cornée qui, fréquemment, est son centre.

Les nerfs cornéens, mis à découvert, s'irritent et accroissent la photophobie en même temps que le spasme pupillaire. Le nodule caractérise objectivement l'affection ; il est constitué par un petit amas de corpuscules lymphatiques semblables à ceux du tissu lymphoïde.

La plupart des patients ont des végétations adénoïdes, de grosses amygdales et le nodule n'est en somme qu'un signe surajouté de la « diathèse lymphatique ». Au point de vue traitement, il faut songer que la cause du mal réside dans un vice chronique de nutrition tant du fait d'un défaut congénital du métabolisme que de celui d'un habitat malsain et d'une alimentation impropre.

La première indication sera donc de tracer des directives alimentaires en insistant sur la nécessité de les suivre scrupuleusement : tous les sucres, sous toutes formes, le pain, biscuits, pâtisseries, patates et tous aliments similaires seront temporairement supprimés. Une amélioration rapide suivra la prescription d'un régime riche en protéine. Lorsque la langue est saburrale et parsemée de larges papilles rouges, il sera bon d'ordonner un ou deux jours de diète, durant lesquels il sera permis au patient de boire autant d'eau, teintée de lait, qu'il le désirera. Ce jeûne est supporté facilement, la langue se nettoie et concurremment, l'aversion pour la lumière diminuant, l'enfant ouvre les yeux et s'intéresse de nouveau à ce qui l'environne. Tout écart de régime peut déterminer une rechute. L'appétence immodérée de l'enfant pour les sucreries, les biscuits le poussera à s'en approprier furtivement ; il le faut surveiller, car si les progrès ne sont pas manifestes, il est presque certain que le régime n'est pas suivi fidèlement.

S'il existe de la glycosurie, elle est produite par un excédent d'hydro-carbonés dans le régime ; l'insuline est sans action sur elle. Il en découle donc que le pouvoir d'assimilation des hydro-carbonés n'est pas diminué, mais qu'en un court laps de temps, ils sont pris en excès.

Il est à remarquer qu'une très grande quantité d'aliments hydrocarbonés peut être utilisée, lorsque la diététique est appropriée et que l'absorption peut se faire lentement. En d'autres termes, la tolérance pour le glucose est alors fonction de « rapidité » et non de « poids ». Un enfant, par exemple, dont la tolérance pour les amylacés n'en permet qu'une quantité limitée, consommera sans inconvénient une dose élevée de sucre par prises fractionnées et éloignées. En un mot : si l'ingestion est réglée, la marche du métabolisme et celles de l'excrétion suffirent à parer à l'excès ; des troubles, tout au contraire, surviendront dans le cas où une même quantité de sucre est prise en une seule fois et plus particulièrement entre les repas. La loi « rapidité contre poids » joue pour tous les organes.

A la diététique on ajoutera des stimulants du métabolisme telle la lumière *solaire* artificielle ; l'huile de foie de morue, réservoir de ces vitamines si puissantes à maintenir la nutrition. On la donnera lorsque la langue sera nettoyée et à petites doses, une heure après le repas.

Très utile, également, le calcium, en combinaison avec le fer, tel le sirop de lacto-phosphate de chaux.

On peut espérer une guérison complète de la conjonctivite phlyténucléaire, bien traitée dès son début ; mais les récidives seront certaines si les conditions d'habitat et de diète n'ont pas été améliorées. Du reste, même dans des conditions meilleures, un des caractères de l'affection est la propension à des poussées successives. Que d'enfants, vivant dans des rues étroites des grandes villes,

sont privés d'air pur et sont peu ou pas surveillés dans leur alimentation.

La vie à la campagne, avec possibilité de maisons d'éducation dans le voisinage où les enfants seront surveillés durant des années, constitue un grand avantage.

Négligences ou conditions défectueuses seront durement payées. Le danger de l'affection est l'ulcération de la cornée, toujours consécutive à une infection secondaire : elle est presque fatale chez les mal soignés alors que, tenus à l'abri de l'infection, phlyctène ou pustule se résorbent sans laisser de traces. L'ulcération se caractérise par un rapide développement des vaisseaux ; toutefois, dans les cas les plus graves, la vascularisation fait défaut. Rapidement, elle excave l'épaisseur de la cornée. Le pus se collecte entre ses lames puis apparaît dans la chambre antérieure.

La perforation s'accompagne de prolapsus de l'iris et l'œil reste immédiatement endommagé, on ne perdra donc pas de vue que complications et séquelles sont causées par infection secondaire.

Un observateur attentif percevra aisément l'importance relative de la constitution du patient dans la lutte contre les micro-organismes.

Les affaiblis offrent un « terrain » favorable à la prolifération de toutes espèces de bactéries.

Dans les cas où l'affection dure depuis des semaines, les paupières, le nez et la lèvre supérieure se tuméfient : la peau de la face se couvre d'éruption eczémateuse. Des fissures douloureuses s'installent dans la peau de l'angle externe, sur les côtés des narines et autour de la bouche. En outre, la séborrhée du cuir chevelu est fréquente, ainsi que la tuméfaction des ganglions cervicaux, le catarrhe nasal et bronchique, des troubles intestinaux.

Alors, en outre de la sévérité du régime, il faudra favoriser l'élimination des toxines métaboliques et bactériennes, par des bains chauds au moment du coucher ; on usera des purgatifs avec précaution, chez ces enfants enclins à la diarrhée ; on donnera la préférence à la poudre de rhubarbe et à l'antimoine, que l'on fera suivre, un peu plus tard, de petites doses de quinine et de poudre grise.

Le traitement local s'impose : on cherchera à atténuer l'irritation, à prévenir l'infection et à favoriser la cicatrisation. On fera laver fréquemment visage et mains des enfants, on leur évitera de pleurer et de frotter leurs yeux. La pommade atropine, cocaïne et oxyde jaune Hg soulage l'irritation aiguë ; et, agissant comme antiseptique, aide à la réparation de l'ulcération de la cornée.

Jadis, on considérait ces enfants comme scrofuleux, mais après que Koch eut trouvé le bacille tuberculeux dans les ganglions strumeux, on fit de la scrofule une espèce de tuberculose. On a tendance, actuellement à modifier cette opinion : il est devenu fondamental de distinguer « diathèse » et « infection ».

La première est un terrain ; la deuxième un terrain dans lequel se sont implantées des bactéries et, le trouvant favorable à leur développement, elles s'y multiplient. Les micro-organismes prospèrent uniquement dans un milieu favorable : un ganglion sain ne sera pas attaqué par les bacilles tuberculeux, mais s'il est tuméfié à la suite d'une irritation persistante mais non tuberculeuse, il peut aisément se laisser envahir par le dit bacille. L'économie des enfants à poussées phlycténulaires offrent peu de résistance aux infections, bacilles tuberculeux et autres bactéries.

Lorsque la tuberculisation a lieu, les articulations grandes et petites sont fréquemment compromises par l'inflammation de leurs synoviales, suivie de carie et nécrose osseuse. Si les os du pourtour orbitaire sont détruits de la sorte, il s'ensuit des ectropions graves, causes de défiguration hideuse.

Des cicatrices indélébiles sont également la conséquence de la caséification et suppuration des ganglions lymphatiques. L'aspect clinique est dans tous les cas celui de la tuberculose des bovidés ; on en peut conclure que probablement l'infection est d'origine alimentaire : la perturbation du métabolisme des hydro-carbonés a préparé les voies à l'infection tuberculeuse.

L'abus du tabac et de l'alcool cause, chez l'adulte, des désordres du métabolisme semblable à ceux produits, chez les enfants, par la consommation en excès du sucre. Mais, chez l'adulte, ce sont les organes d'élimination qui sont les premiers entrepris. Il est de notoriété que si son urine présente des traces, même légères, de sucre, il est particulièrement exposé à l'action nocive du tabac, mais comme le seuil pour le sucre varie avec les différents sujets, le pourcentage du sucre dans le sang peut être au-dessus de la normale sans qu'il soit possible de déceler des traces de glycosurie urinaire.

Il est probable cependant que, dans bien des cas d'amblyopie toxique, il y a désordre dans le métabolisme des hydro-carbonés. S'il en est ainsi, c'est d'importance thérapeutique et cela indique qu'il existe une ultime connexion entre le métabolisme des protéines et celui des hydrocarbonés, entre l'urée et le glucose.

Les intoxiqués non glycosuriques, par cessation du tabac et agents d'élimination, récupèrent vite leur vision : mais beaucoup de ceux dont l'urine renferme du sucre ne s'améliorent pas sensiblement tant que le régime n'est pas réglé : le changement d'air par déplacement, en mer ou à la montagne, aide le régime.

Il est probable que, même sans glycosurie, il existe de l'hyperglycémie et le dosage du sucre du sang constituera un important facteur pour le diagnostic et le traitement. L'examen du sujet doit être complet et est souvent la source d'intéressantes surprises : là où on a prescrit le diminution des aliments azotés, ce sont les hydrocarbonés qu'il faut restreindre et administrer en outre des corps riches en vitamines, laitues, cresson de fontaine, etc.

Dans la glycosurie chronique, les symptômes sont souvent frustes et, s'il n'y a pas de sucre urinaire, une santé parfaite peut se maintenir.

Ce sont dans ces cas que les accidents oculaires s'établissent volontiers. On a généralement affaire à des sujets grands et gros, de complexion florissante, de manières exubérantes. Ce sont de gros mangeurs et, dans leur jeunesse, leur digestion pouvait répondre à tout ce qui lui était demandé. Le plus souvent, ils déclarent qu'ils n'ont jamais eu besoin du médecin, ni pris un médicament. Avec les ans, leur santé devient moins brillante : ils font de la dyspepsie acide et des éruptions cutanées, ces accidents alternant parfois les uns avec les autres. Ils éprouvent le besoin de changer leurs habitudes alimentaires, et de restreindre l'usage des stimulants. Ils doivent moins manger, être sobres d'alcool et substituer des exercices réguliers à des fatigues non méthodiques, faute de quoi, ils seront soudain arrêtés, par une pneumonie ou autre maladie aiguë ou deviendront incurables par des dégénérescences qui aboutissent au diabète, à la cirrhose rénale, aux ictus cérébraux.

C'est parfois une diminution de vision qui les détermine à consulter et ils restent tout surpris que l'état de leur œil conduise à la reconnaissance du diabète. Les plus importantes de ces manifestations oculaires sont la cataracte et la rétinite. On observe aussi l'amblyopie toxique, névrite rétrobulbaire, iritis, lipémie rétinienne, changement de réfraction.

L'amblyopie, sans lésions décelables du fond d'œil, affectant les deux yeux également et simultanément se voit chez les diabétiques.

Toutefois il faut supprimer tout usage du tabac avant d'imputer cet affaiblissement visuel à la glycosurie.

D'autre fois, c'est une défaillance d'accommodation pour les objets rapprochés qui débute rapidement ; elle est

parfois signe d'une toxémie générale et indique fréquemment une faiblesse musculaire générale causée par la maladie. Plus grave est l'altération de réfraction par augmentation de l'indice.

Le patient, qui peut lire encore, se plaint de ne plus distinguer au loin — myopie diabétique — quelquefois survient inversement de l'hypermétropie. Quoi qu'il en soit de ces perturbations visuelles, il ne semble pas qu'il existe de relation entre elles et la *quantité* du sucre urinaire.

La névrite rétrobulbaire, peu fréquente, survient chez des diabétiques de l'âge moyen ou l'ayant dépassé. A début soudain, elle peut affecter d'emblée les deux yeux. Tel patient, qui avant de se coucher pouvait lire ou travailler comme à son ordinaire, constate à son réveil qu'il perçoit les objets à travers un brouillard. La névrite rétrobulbaire causée par un vice du métabolisme hydrocarboné est d'un pronostic plus sombre que si elle provenait de perturbations du métabolisme des protéines. Ordinairement les agents d'élimination sont de peu de valeur et l'atrophie du nerf optique est prompte à s'installer. A ce sujet, je signalerai que, plusieurs fois, j'ai vu, chez des glycosuriques, survenir rapidement un scotome central après disparition du sucre de l'urine consécutivement à l'emploi de l'eucalyptus et du nitrate d'uranium. Toujours le scotome resta définitif, et l'ophtalmoscope ne laissait percevoir aucun autre trouble qu'une légère congestion de la papille. La survie des malades a été très courte après la perte de leur vision.

L'iritis, que détermine souvent un défaut d'élimination, se voit rarement dans la glycosurie, bien que des modifications de l'épithélium pigmentaire existent presque invariablement et que l'on y ait décelé la présence de glycogène.

En tous cas, il sera toujours sage d'analyser l'urine des porteurs d'iritis, affection toujours causée par quelque état constitutionnel anormal.

La lipémie est rare et ne s'observe que lorsque le pourcentage de graisse dans le sang atteint au moins 5 pour cent : et, la plupart du temps, chez des diabétiques jeunes et aux approches de la mort. On a signalé peu de cas de rétablissement, toutefois l'administration de l'insuline atténue la gravité du pronostic. L'aspect ophtalmoscopique est pathognomonique : les gouttelettes graisseuses, en émulsion dans le sang, donne une coloration jaunâtre typique aux vaisseaux. Dans les cas les plus intenses, artères et veines semblent remplies de lait et aplaties en ruban. Les veines sont habituellement engorgées, mais le contour de la papille apparaît net : on ne note ni hémorrhagies, ni points d'exsudation. La vision persiste.

La cataracte résulterait d'un désordre dans le métabolisme par défaut d'insuline ; elle s'accompagne de dégénérescence dans les couches de l'iris, desquelles il a déjà été fait mention. D'après les statistiques, sa fréquence serait de 4 à 9 pour cent des diabétiques. On observe, chez des gens âgés et glycosuriques, des cataractes plutôt séniles que de cause hyperglycémique. La glycosurie, *per se*, n'influence probablement pas plus la pathogénie de la cataracte que l'albuminurie : et, comme l'albuminurie, sa fréquence est plus considérable qu'on ne le suppose généralement. Il faut donc restreindre l'appellation de « cataracte diabétique » à l'opacité de la lentille survenant chez des diabétiques relativement jeunes et dont l'affection est de marche aiguë. La vue décroît rapidement, sinon soudainement ; l'opacité lenticulaire est spontanée et simultanée dans les deux yeux : son siège est souscapsulaire ; l'aspect du cortex devient rapidement blanc et laiteux : le cristallin paraît nettement augmenté de volume. On a trouvé du sucre dans les éléments du cristallin, mais l'opacité n'est pas due à l'action directe du glucose sur ses fibres.

L'urine renferme toujours alors du sucre dans un pourcentage élevé, mais quelque sévère que soit la glycosurie, la teneur en sucre de l'humeur aqueuse n'atteint pas un demi pour cent. Burdan Cooper constate que la cholestérine ne caractérise, pas plus que la tyrosine, la cataracte diabétique, dans laquelle on n'a jamais trouvé de glycogène. Dans la période de début, on peut arrêter la marche de l'opacité et assister à une récupération de la transparence par une cure à Spa (1) : mais, dans la majorité des cas, la cataracte progresse et l'opération s'impose. Hors un état général fort mauvais, laissant prévoir une mort prochaine, on peut opérer avec toutes chances de succès. Comparativement avec une cataracte sénile d'un sujet sain, le risque de suppuration est plus grand, mais avec de sérieuses précautions antiseptiques, la cicatrisation se fait aussi rapidement dans les deux cas. L'iridectomie s'accompagne d'hémorrhagie profuse ; pour éviter cet inconvénient il est bon de procéder par iridectomie préparatoire, six semaines avant l'extraction ou par extraction simple.

Avant l'usage de l'insuline, on savait qu'il était dangereux d'instaurer un régime trop rigoureux avant l'intervention. La restriction massive des hydro-carbonés faisait disparaître le sucre de l'urine, mais souvent le patient s'éteignait dans le coma post-opératoire. Le sucre, sous une forme ou une autre, est nécessaire à l'entretien du diabétique autant qu'aux autres personnes. Les hydrates de carbone sont requis pour le métabolisme des graisses ; s'ils sont supprimés ou trop restreints, les corps acétoniques apparaissent dans l'urine. Leur présence annonce l'imminence d'un danger. L'insuline permet au patient d'user du sucre, une cure préliminaire sera donc prescrite avant l'opération pour ramener, si possible, le sucre du sang à la normale et permettre au patient une quantité suffisante d'aliments hydro-carbonés. Avant l'usage de l'insuline, Sir Archibald Garrod instituait le traitement selon le schéma de Graham, pendant une quinzaine au moins : mais, avec l'insuline, on peut permettre un régime plus large pour le plus grand bien du sujet. On diminue par ce moyen les risques opératoires — septicémie et coma.

On a signalé une très forte diminution de la tension intraoculaire dans le coma diabétique. Le globe devient si mou que l'on propose de faire, de cet état, un signe différentiel entre un coma diabétique et urémique.

La rétinite chronique du diabétique, a-t-il été déjà dit, s'identifie moins aisément. Dans nombre de cas, glucose et albumine sont présents dans l'urine : en conséquence ces deux états s'inscrivent dans l'image ophtalmoscopique.

L'artério-sclérose est commune aux deux ; mais, tandis que la dégénérescence artérielle se voit seulement dans les derniers temps de la vie du diabétique, elles font, dans l'albumine, partie de toutes les périodes. En somme, l'hémorrhagie est le trait saillant de la rétinite diabétique, tandis que la disposition en étoiles des points blancs dans la macula, reliquats de l'œdème par rétention des chlorures, est plus spéciale à la rétinite albuminurique.

La rétinite diabétique se rencontre invariablement dans les dernières années de la vie et se cantonne fréquemment dans un seul œil. Elle n'a pas une signification pronostique funeste comme la rétinite albuminurique en ce qui a trait à la survie, car tout en étant un symptôme final dans la marche de l'affection, beaucoup de patients vivent des années encore après qu'elle a été décelée dans le fond d'œil. C'est de l'état du cœur, des reins, des vaisseaux, que s'établira la différence du pronostic. Le danger pour la vie dépend moins de la glycosurie que de la tension sanguine élevée, surtout dans la diastole, et concomitants à un certain degré de néphrite. Dans ces cas, il faut toujours redouter une mort soudaine par apoplexie cérébrale ou défaillance cardiaque.

Si la tension sanguine est modérée, l'élimination rénale satisfaisante, la mort ne se produit pas subitement.

(1) Spa, cure par les alcalins pris soit dans des verres d'eau tiède, soit en une station thermale.

mais plutôt par quelques affections intercurrentes elle la gangrène des extrémités ou affection pulmonaire.

Le pronostic quant à la vue est plus sombre dans la rétinite diabétique que dans l'albuminurique. L'étendue et le siège de l'hémorragie en règlent la gravité. Non limitée, ponctuée et centrale, elle anéantira les facultés maculaires, rendant impossible la lecture et laissant au patient une vision périphérique suffisant à se conduire. D'autres fois elle sera si étendue que toute vision sera perdue et à tout jamais.

On ne rencontré pas de rétinite chez les diabétiques jeunes, à forme grave et de grande acuité. Donc, ni l'hyperglycémie ni le produit du métabolisme inverti des graisses, acide. acéto-acétique et acétone, ne sont causes de rétinite. Elle ne s'observe pas chez les diabétiques avant l'âge moyen ; sa fréquence croît dans les dernières années de la vie ; elle est déterminée par la dégénérescence vitale des tissus. Aussi bien les formes diabétiques et albuminuriques se ressemblent étroitement : il existe un air de parenté dans l'image ophtalmoscopique des rétinites diabétique, albuminurique et artério-scléreuse : aussi serait-il fort téméraire que de risquer un diagnostic sur le seul aspect du fond d'œil.

Les caractéristiques de la rétinite albuminurique sont une tension sanguine élevée et l'état pathologique des tuniques vasculaires. Par conséquent une rétinite, avec tension sanguine normale, sans albumine dans l'urine, de façon constante, n'est pas albuminurique. On conçoit qu'une cause métabolique spéciale, imprime à chaque rétinite des caractères distinctifs. Dans les formes aiguës l'existence de la toxémie s'accuse particulièrement. Prenons comme exemple du type albuminurique la rétinite de la grossesse : l'invasion est soudaine, la marche rapide et la terminaison générale est la guérison intégrale. Les caractéristiques ophtalmoscopiques consistent en une congestion intense des vaisseaux rétiniens, avec des hémorrhagies, le plus généralement en flammèches, de l'œdème accusé de la rétine et de la papille optique, de nombreuses taches d'exsudats à limites diffuses et d'aspect laiteux. Si un trouble rétinien aigu survient chez un diabétique, il est dû à une thrombose des vaisseaux suivie d'hémorrhagie profuse au point de pouvoir infiltrer les couches de la rétine, rester sushyaloïdienne ou à travers l'hyaloïde, arriver jusque dans le vitré. Quelle que soit la toxine, elle semble accroître la coagulabilité du sang à un tel degré que des caillots se forment dans les vaisseaux. Rien de comparable à la gangrène des extrémités ne se produit dans l'œil, bien que l'oblitération des capillaires, suivie de la destruction des tissus qu'ils irriguent, se produise dans l'artério-sclérose avancée des vaisseaux rétiniens.

Louis VIGNES.
Ancien président de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 novembre 1929.

L'examen radiologique au cours de la réduction des fractures de jambes. — *M. Aubourg* rappelle les excellents résultats que Saissi (Th. Paris, 1911) a obtenus par la réduction immédiate et lente des fractures. Les radiographies en série montrent que les déplacements secondaires sont moins fréquents et moins importants en réduisant de suite et lentement les fractures au lieu de les réduire tardivement et brusquement. L'auteur, après avoir montré les erreurs de la radioscopie au cours de la réduction leurs causes physiologiques, conclut qu'en radiologie osseuse une radiographie même médiocre vaut mieux que le calque radioscopique le mieux dessiné.

A propos du traitement des tuberculoses chirurgicales. — *M. R. Massart* fait un exposé détaillé de la manière dont il comprend le traitement des tuberculoses chirurgicales dans l'état actuel de nos connaissances. Il étudie successivement la tuberculose du nourrisson, les adénites, les tuberculoses osseuses et articulaires, montrant pour ce dernier groupe la nécessité du contrôle radiographique et du laboratoire.

Névralgie tardive du nerf cubital consécutive à une fracture du condyle externe de l'humérus. — *M. Judet* communique l'observation d'une malade âgée de 35 ans qui, à l'âge de 5 ans, avait eu une fracture du condyle externe de l humérus consolidée vicieusement en cubitus valgus. La malade présentait dans la zone du nerf cubital des douleurs qui n'étaient apparues qu'à l'âge de 33 ans. A l'opération le nerf se montra augmenté de volume, congestionné au niveau de la gouttière épitrochléo-oléocranienne et surtout fortement tendu en arc de cercle autour de la déviation en dehors du coude. Le nerf fut transposé, fixé au devant de l'épitrochlée sous un pont aponévrotique. Guérison maintenue depuis deux ans.

Gastro-entérostomie pour sténose cicatricielle d'un ulcère pylorique. Opération itérative 23 ans plus tard. Jéjunostomie pour sténose par bride cicatricielle du jéjunum et coudure par une mésentérite rétractile. — *M. Thévenard* communique cette observation. Après avoir discuté l'étiologie possible de cette lésion, ulcère peptique, ulcère simple du jéjunum, tuberculose, etc., l'auteur croit pouvoir incriminer l'évolution d'un ulcère propre du jéjunum.

Fractures des deux fémurs, dont l'une ouverte avec perte de substance diaphysaire traitée par ostéosynthèse. Correction du raccourcissement relatif. — *M. Muller* (de Belfort). — A droite, le foyer de fracture présentait des fragments détachés sur une longueur de 7 cm. : ostéosynthèse des fragments restant de la diaphyse, non régularisés pour éviter de raccourcir encore le membre. A gauche, fracture sous trochantérienne fermée, traitée par légère extension avec maintien du chevauchement. Après consolidation, le raccourcissement relatif du fémur droit n'est que de 4 cm. La question se pose de savoir s'il y a intérêt à exagérer le chevauchement des fragments du côté le plus long pour annuler complètement le raccourcissement relatif.

Kyste hydatique du poumon à extériorisation thoraco-pariétale. — *MM. Bressot* (de Constantine) et *Chureau* (de Paris) communiquent l'observation d'une femme indigène de 26 ans qui présentait, avec des douleurs de ceinture d'intensité croissante, une tumeur rénitente, sans adhérences avec la peau, située dans la région thoracique postérieure. A la ponction on retira du liquide eau de roche. Les examens, clinique, radiographique et de laboratoire montrèrent d'autres signes de kyste hydatique. A l'opération, on trouva un kyste en bissac : la tumeur sous-cutanée communiquait à travers la paroi thoracique avec une cavité profonde de la grosseur d'une mandarine. Guérison.

A propos d'un abcès amibien du poumon. — *M. Nicolas* (de la Nouvelle-Calédonie) communique l'observation de ce cas, guéri simplement par ponctions et injections d'émétine. Le malade, un Javanais, n'avait jamais été atteint de dysenterie amibienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 novembre 1929.

Fistules duodénales. — *M. Métivet* analyse une observation de *M. Viel* (de Cherbourg) concernant un cas de fistule duodénale qui s'est fermée spontanément. La fistule était consécutive à une perforation gastro-duodénale traitée par tamponnement et gastro-entérostomie.

Fistule de l'anse sigmoïde à la fesse. — *M. Okinczyc* rapporte une observation de *M. Vaulande* (de l'Armée). A la suite d'un abcès fistulisé de la fesse, M. Vaulande s'est aperçu

que des gaz passaient par la fistule. Il a pu poser le diagnostic par rectosigmoïdoscopie et radiographie. Il a fait dans un premier temps un anus cœcal, puis il a abouché la fistule à la paroi antérieure. Dans un 3e temps, il a fait la cure des anus cœcal et gauche, celle ci par l'entérosomie.

Double perforation d'ulcère gastrique et duodénal. — *M. P. Duval* rapporte une observation de *M. Coureaud* (de la Marine). Perforation en deux temps, à quelques heures d'intervalle ; double suture et double épiplooplastie. Gastro entérostomie complémentaire. Guérison.

Fracture spontanée d'une apophyse transverse après iléosigmoïdostomie. — *M. Duval* analyse une observation de *M. Leclerc* (de Dijon). Celui-ci incrimine la décalcification consécutive à une fistule biliaire dans la genèse de cette fracture.

M. Duval admet difficilement qu'il s'agisse d'une fracture véritablement spontanée : le rôle de la contraction musculaire paraît ici en effet évident. D'autre part, la radiographie ne montre dans ce cas aucune décalcification locale ou générale.

Inondation péritonéale par rupture d'un corps jaune. *M. Gernez* relate une observation de *M. Murard* (du Creusot). Il s'agit d'une femme jeune ayant présenté à plusieurs reprises des crises douloureuses menstruelles. Inondation péritonéale. A l'opération, on ne trouve aucune autre lésion qu'un corps jaune présentant des traces nettes d'hémorragie récente.

Ileus biliaire. — *M. Auvray* rapporte trois observations de *M. Morice* (de Caen). La première concerne un cas où l'auteur a extrait par entérostomie deux calculs, vidangé et lavé l'intestin. Mort au 10e jour par ouverture de la vésicule, les adhérences cholécysto-entériques ayant brusquement cédé.

Le 2e malade est sorti de l'hôpital guéri, mais revient le 3e jour avec une pancréatite hémorragique dont il meurt.

La 3e malade a été opérée à l'anesthésie locale, déjà moribonde elle a guéri pourtant.

207 cas d'ulcères perforés gastro-duodénaux. — *M. Judin* apporte cette importante statistique, résultat des opérations faites à l'hôpital spécial d'urgence de Moscou.

Mortalité globale de 24,4 %. On a fait 117 gastro-entérostomies complémentaires. On a utilisé l'anesthésie des splanchiques.

Actuellement, on a tendance à faire des interventions très larges (résections étendues).

Hématémèse d'origine splénique avec thrombose de la veine splénique. — *M. Duval* rapporte cette observation, où la malade a guéri par splénectomie.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 novembre 1929.

Sur un cas de septicémie puerpérale à bacilles perfringens. — *MM. P. Baize et M. Mayer* rapportent l'observation d'une femme de 24 ans qui, à la suite de manœuvres ayant entraîné l'avortement, présenta un ictère hémolytique aigu avec hémoglobinurie et laquage du sang, anurie, état général grave, et évolution mortelle en 6 jours. L'hémoculture révéla la présence dans le sang du bacillus perfringens et l'autopsie montra l'infiltration gazeuse de tous les organes, en particulier du foie. Les auteurs rappellent que ces septicémies, peu connues en France et surtout étudiées par les Allemands, ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le croit, à condition de les rechercher systématiquement par l'hémoculture ou anaérobiose.

Un nouveau cas de septicémie à méningocoque à type pseudo-palustre guérie par la chimiothérapie acridinique. — *MM. Veillon, René Martin et Etienne Roux* rapportent l'observation d'un malade atteint d'une septicémie à méningocoques B (forme pseudo-palustre) qui évoluait depuis trois semaines et qui fut guéri très rapidement et définitivement par la chimiothérapie acridinique. Dès la deuxième injection intraveineuse de jaune d'acridine, la température tomba au-dessous de 37° et s'y maintint par la suite. Ce succès thérapeutique est d'autant plus intéressant à retenir qu'il s'agissait d'une méningococcie de date relativement récente, or, on sait que les septicémies à méningocoques sont surtout difficiles à guérir quand elles datent de moins d'un mois.

Syndrome de Hanot et cirrhose biliaire. — *MM. Noël Fiessinger, H.-R. Olivier et Guy Albot.* — Si le syndrome de *Hanot* possède une personnalité indiscutable, on ne peut en dire de même des lésions qu'il est classique de décrire comme caractéristiques de la cirrhose biliaire. Deux observations établissent la complexité du problème. Dans l'une, il s'agit d'un syndrome typique de *Hanot*, cirrhose, hypertrophique fébrile avec ictères et grosse rate sans circulation collatérale, qui se transforma deux ans plus tard, en une cirrhose fébrile avec ictère, ascite et circulations collatérales. Deux coupes de ce foie, à deux années de distance, montrent des lésions différentes : au début une cirrhose insulaire avec figures de dégénérescence cellulaire et réticulose diffuse, plus tard cirrhose annulaire typique ; mais chaque fois on observe l'absence d'angiocholite chronique et d'altération des voies biliaires. Dans la deuxième absrervation, mêmes constatations cliniques de syndrome de *Hanot*. L'examen biopsique montre une cirrhose insulaire avec dégénérescences cellulaires et pas d'angiocholite. Mais dans cette observation, les auteurs font deux constalations nouvelles : le caractère aseptique de la bile vésiculaire et l'inefficacité thérapentique de la cholécystostomie tant sur la fièvre que sur l'ictère.

Dans les deux cas, les auteurs mettent en relief, malgré la lente évolution, des signes certains d'insuffisance hépatique sous forme d'élévation du coefficient ammoniacal corrigé et de l'indice de désamination, de glyco-lévolusurie et d'urobilinurie. Ces troubles fonctionnels associés aux renseignements histologiprouvent qu'il existe bien de l'hépatite et que l'ictére semble dû à une trombose biliaire trabéculaire. L'infection en cause reste inconnue et toutes les constatations classiques demandent à être reprises avec des techniques modernes moins exposées aux erreurs.

M. Hallé insiste sur la rareté actuelle du syndrome de Hanot et pense avec M. Fiessinger qu'il doit y avoir à l'origine une infection de cause inconnue.

M. Lereboullet partage la même opinion.

M. Bezançon rapporte un cas de syndrome clinique de Hanot qui avait pour origine un obstacle sur le cholédoque. Il insiste sur la rareté du syndrome.

M. Bard se demande s'il ne s'agit pas d'une maladie locale et infectieuse.

Le tubage duodénal dans le traitement de l'urémie. — *M. Charles Auguste* (de Lille).

L'action du thorium X sur le psoriasis et les arthropathies psoriasiques. — *MM. André Léri et J.-A. Lièvre* rapportent l'observation d'une malade atteinte depuis dix ans d'un psoriasis intense et généralisé et, depuis six ans d'un rhumatisme chronique également généralisé extrêmement douloureux, accompagné de poussées inflammatoires incessantes. Une sédation des douleurs, le décapage des plaques psoriasiques furent obtenus dès les premières injections de thorium X. Au bout de deux séries de huit injections, le psoriasis avait complètement disparu, l'infiltration dermique s'était résorbée, les douleurs articulaires étaient nulles, l'état général transformé ; la malade, auparavant immobilisée de façon totale, avait repris ses occupations.

Ayant soigné par ailleurs une vingtaine de psoriasiques, les auteurs ont constaté que l'atténuation du psoriasis par le thorium X est habituelle, bien que souvent inférieure aux autres traitements connus, et ordinairement non définitive.

L'intérêt de ce médicament réside dans le fait qu'il peut agir dans des cas ayant résisté à toutes les thérapeutiques, comme ils l'ont noté dans leur première observation et dans quatre cas de psoriasis durant depuis quatre ans, dix ans, vingt ans et vingt-cinq ans. D'autre part, le rhumatisme psoriasique, souvent rebelle, semble particulièrement justiciable du thorium X.

René Giroux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 novembre 1929.

Utilisation du singe pour la préparation du sérum. — M. *A. Pettit* — L'utilité du sérum antipoliomyélitique ou antiparalytique infantile semble établie, tout au moins si l'on en juge par les demandes reçues depuis quatre mois des pays les plus divers d'Europe et d'Amérique.

Jusqu'à présent, le sérum était préparé au moyen de chevaux ; aujourd'hui, l'auteur montre qu'on peut préparer du sérum antipoliomyélitique avec le singe ; le pouvoir neutralisant du virus et l'activité thérapeutique sont plus élevés qu'avec le sérum fourni par le cheval.

La préparation du sérum au moyen du singe ne présenterait que des inconvénients purement matériels : elle est très onéreuse ; le maniement de gros singes est laborieux et même dangereux ; leur entretien est difficile et coûteux ; des installations appropriées sont nécessaires.

Cette méthode est d'ailleurs applicable à diverses maladies infectieuses du système nerveux à virus inconnu.

Les pèlerinages musulmans. — M. *Vaquez*, rapporteur de la Commission nommée pour étudier les vœux présentés par M. *Dinguizli* au sujet de l'hygiène des pèlerinages musulmans, propose à l'Académie de voter ces vœux.

L'Académie les adopte.

Hygiène publique. — Une discussion importante s'est élevée au sujet de la lecture du rapport présenté par M. *Bezançon* au nom de la Commission des épidémies. Le rapporteur constate qu'il y a encore beaucoup à faire pour que l'hygiène publique en France soit autre chose qu'une simple façade. Il existe certains départements organisés d'une façon satisfaisante ou remarquable, il en est d'autres où l'hygiène publique n'est pas assurée.

L'Académie vote à l'unanimité le vœu suivant présenté par M. Léon Bernard :

L'Académie émet le vœu que vienne le plus rapidement possible en discussion devant le Parlement le projet de révision de la loi de 1902, déposé depuis plusieurs années, la refonte de cette loi étant la première étape nécessaire de la réforme des institutions d'hygiène publique qui importe au premier chef à la santé, à la prospérité et à l'avenir du pays.

Le diplôme de chirurgien. — M. *Rouvillois* apporte, au nom de la Commission spéciale, un rapport qui consiste dans la reproduction de l'exposé fait à cette commission par M. Quénu.

En voici un extrait :

....

« Il est admissible que les soins immédiats aux accidentés, les fractures fermées, les luxations, l'ouverture des abcès et des panaris n'exigent pas de diplôme spécial ; mais celui-ci devient nécessaire pour toute intervention où l'insuffisance de la technique peut amener des complications graves ou la mort.

A l'époque de l'automobile et du téléphone, on ne peut guère discuter l'avantage qu'il y a à attendre cinq à six heures les soins d'un chirurgien de métier plutôt que de se confier à un incompétent.

Il est facile d'adopter les usages traditionnels et de consacrer chirurgiens ceux qui auront, après leur doctorat, passé plusieurs années avec des fonctions et des responsabilités dans un service de chirurgie, en aidant le chef de service à opérer, en opérant sous son contrôle ou celui d'un de ses assistants. Un jury délivrera ce diplôme après vérification des stages, des notes obtenues, etc., sans thèse de chirurgie obligatoire. En cas d'intervention grave faite par un non diplômé seule une commission de techniciens aurait le droit d'estimer s'il y a eu ou non faute commise à être intervenu... »

La commission propose le vœu suivant :

« Les grandes opérations afférentes à la chirurgie et aux spécialités chirurgicales ne pourront être pratiquées que par des docteurs en médecine ayant obtenu, après des études garantissant leurs connaissances techniques, un diplôme au un certificat spécial.

La discussion est renvoyée à quinzaine.

Le vestibule sinusal de l'oreillette, son rôle en physiologie cardiaque. — M. *E. Géraudel.*

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 novembre 1929.

A propos du traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire du genou par l'incrustation de greffons. — M. *Dupuy de Frenelle* cherche, par l'avivement large de l'os au voisinage des lésions osseuses, à provoquer un remaniement osseux qui aide à la fixation de la chaux sanguine sur l'épiphyse malade. Sur chaque côté du genou il ouvre une tabatière taillée dans le condyle fémoral et dans la tubérosité tibiale. Dans cette tabatière il dépose le volumineux greffon osseux prélevé sur le tibia puis referme le couvercle. Il compte sur l'action de présence du greffon pour créer un mouvement de recalcification osseuse dans l'épiphyse malade. Il cite deux observations d'opérations datant de 9 et 7 ans avec guérison sans récidive.

La chirurgie des emphysémateux. — M. *Ch. Buizard* fait un rapport sur un travail de M. *Bossy* (de Liège). — L'auteur étudie la physiologie de la respiration à l'état normal et chez les emphysémateux ; il insiste, en particulier, sur la solidarité qui existe entre le cœur et les poumons, Pour lutter contre le premier degré d'emphysème, il pratique la myorraphie des grands droits ; il a fait cette opération dans 41 cas avec bon résultat. Dans un second degré d'emphysème, avec cœur non compensé, il pratique la phrénicectomie ; il en communique une observation avec résultat très satisfaisant.

Diagnostic topographique des appendicites aiguës. — M. *Bonnet* fait un rapport sur un travail de M. Doolindo *A. Pasqualis* (Buenos-Aires). — Pour l'auteur il serait possible de déterminer la situation de l'appendice dans les appendicites aiguës en se basant sur la dissociation des températures rectale et axillaire. Les cas où la dissociation serait supérieure à un degré correspondraient à des appendices libres avec risque de péritonite généralisée. Par contre, les cas où la dissociation serait inférieure à un degré correspondraient à des appendices sous-séreux pré ou surtout rétro-cæcaux. Ces conclusions basées seulement sur dix observations semblent au rapporteur un peu théoriques étant données surtout les incertitudes et les irrégularités de la température axillaire.

Le traitement chirurgical opératoire de la néphrolithiase bilatérale. — M. *Nora* fait un rapport sur un travail important de M. *Dziembowski* (de Bydgosscz, Pologne), où l'auteur donne les résultats de son expérience sur ce sujet : les cas où il faut intervenir et ceux où il vaut mieux s'abstenir ; si l'opération doit être uni ou bilatérale ; sur quel rein il faut intervenir d'abord, quel laps de temps doit séparer les deux interventions. Avec une grande prudence, il montre que les cas relevant de la chirurgie sont peu nombreux.

Sésamoïdes douloureux des gros orteils. — M. *André Trèves* rappelle les travaux de *Mouchet* et *Frœlich* sur les fractures des sésamoïde et les sésamoïdes bipartites. Il a publié une observation de sésamoïdite qui présentait un aspect flou et pommelé analogue à celui des épiphysites des adolescents et des adultes jeunes. D'autres cas analogues ont été publiés depuis. L'auteur a enlevé récemment trois sésamoïdes sur quatre chez une jeune fille qui ressentait des douleurs à ce niveau : il n'existait pas d'altération visible des sésamoïdes. La pathogénie de ces diverses lésions n'est pas univoque et peut être rattachée à des causes très diverses.

Chirurgie du hile du poumon. — M. *Petit de la Villéon* présente une jeune femme opérée pour un projectile inclus dans le hile du poumon et donnant lieu à des hémorragies très graves. Il appliqua sa méthode d'extraction des projectiles hilaires : thoracotomie postérieure et tamponnement. Extraction du projectile. Guérison.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Maladies infectieuses.

Une septicémie à streptocoques, observée par les médecins-colonels Spick et de Lavergne, est curieuse au point de vue des étapes cliniques qu'elle a parcourues (*Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1929).

Le début s'est fait par une infection catarrhale (angine, puis trachéo-bronchite) d'allure banale et simple.

Puis vinrent des signes de congestion pulmonaire bilatérale, qui, après huit jours environ, donnait à la radiographie un aspect pseudo-granulique.

Ensuite, au cours d'une poussée septicémique, née de la streptococcie pulmonaire, le streptocoque se fixe sur l'articulation lombo-sacrée et détermine une ostéo-arthrite avec réaction méningée de voisinage cliniquement et biologiquement appréciable, ainsi que des douleurs radiculaires tabétiformes.

Enfin signes cliniques de septicémie, confirmée par l'hémoculture qui décèle le streptocoque hémolytique ; essaimage du streptocoque en quatre points du tissu cellulaire sous-cutané, en un point du tissu cellulaire profond et dans l'articulation de la hanche.

A noter, en outre, l'absence de localisation endocarditique.

La coexistence d'une septicémie à streptocoques et d'une réaction méningée à lymphocytes a conduit à rechercher une lésion vertébrale, qui était muette à l'examen clinique et que l'examen radiographique a permis de déceler.

Tube digestif.

L'appendicite tardivement opérée laisse des séquelles colo-hépatiques. G. Coupu donne, dans la *Gazette médicale du Centre* (15 septembre 1929), la biographie pathologique *romancée* d'un ancien commissaire de la marine, âgé de 40 ans, débarrassé de son appendice 20 ans après la crise initiale et présentant 10 ans après un syndrome digestif, dont voici les éléments :

Constipation chronique, augmentée par les laxatifs, amendée par les mucilages ; intolérance aux aliments à déchets cellulosiques ; malaises digestifs avec crises d'asthénie profonde ou douleurs épigastriques 5 ou 6 heures après les repas, au moment de la digestion cæcale ; état saburral continuel de la langue ; hypotension artérielle ; périodes d'oligurie ; intégrité radiologique du pylore, du duodénum et de la vésicule biliaire ; distension gazeuse radioscopique de l'angle colique droit.

Il s'agit d'une typhlo-colite chronique, avec stase cæcale et toxémie par poisons intestinaux altérant la glande hépatique et la congestionnant et avec coli-bacillémie probable, accompagnée de décharges bactériuriques ; elle a fatalement survécu à l'appendicectomie.

Neurologie.

Dans la sclérose en plaques, les troubles de la sensibilité doivent être considérés, contrairement à l'opinion classique, comme faisant partie du tableau clinique habituel ; J. Abadie et E. Laubie les ont rencontrés dans 68 % des cas. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 30 septembre 1929.)

Les plus importants et les plus fréquents sont les troubles subjectifs, douleurs et paresthésies variées et variables, qui existent dès le début de l'affection, s'exaspèrent à chaque poussée, prennent le plus souvent un caractère constrictif et arrivent même à constituer une forme douloureuse de la sclérose en plaques.

Les troubles objectifs sont moins importants et plus rares, souvent passagers et sans caractères spéciaux ; les troubles de la sensibilité profonde sont plus fixes.

Considérés dans leur ensemble, les troubles de la sensibilité prennent, par leur polymorphisme, leurs associations changeantes, leur intermittence et leur allure évolutive, une très grande valeur pour le diagnostic.

Oto-rhino-laryngologie.

La septico pyohémie otitique sans thrombo-phlébite ne saurait être méconnue, pourvu que l'otite ne passe pas inaperçue (Julien Viel, *Gazette médicale de Nantes*, 1er octobre 1929.)

Il faut tout d'abord s'assurer de l'état de l'oreille ; un examen rapide permet d'éliminer l'érysipèle de l'oreille, dont la rougeur et le gonflement sont caractéristiques.

L'examen du tympan montre s'il s'agit d'otite aiguë ou d'otorrhée réchauffée.

La coexistence de l'otite et de la septico-pyohémie ne représente pas nécessairement une relation de cause à effet ; une étude minutieuse du malade s'impose afin de ne pas laisser échapper quelque autre cause d'infection. L'examen clinique et les épreuves de laboratoire permettront d'éliminer la granulie, l'endocardite infectieuse, la dothiénentérie et la malaria.

Il y aura ensuite lieu d'établir s'il y a ou non thrombophlébite du sinus latéral ; le seul signe de certitude est fourni par la trépanation de l'apophyse et la dénudation du sinus.

L'action hémostatique des rayons X représente, pour l'oto-rhino-laryngologiste, une méthode de choix, qui lui rendra les plus grands services dans la pratique courante, soit préventivement soit curativement (Barthelemé, *Strasbourg médical*, n° 11, 1929.)

L'irradiation diminue le temps de coagulation et raccourcit la durée du saignement ; le mécanisme en est mal connu.

La technique varie suivant les cas ; l'irradiation doit porter sur la zone hémorragique, presque toujours sur la rate et parfois sur la moelle osseuse et l'hypophyse.

Pathologie coloniale.

La vaccination anti-rabique du chien a été très favorablement accueillie par les vétérinaires du Maroc (Remlinger et Bailly, *Maroc-Médical*, 15 août 1929).

264 chiens, vaccinés au moyen du virus-éther, ont été tenus en observation après l'inoculation, un laps de temps variant de 3 à 20 mois. Aucun d'eux n'a pris la rage, qu'il ait été inoculé après morsure par des animaux enragés ou suspects (30 cas) ou que l'immunisation ait été faite sans morsure préalable (2 chiens, mordus après avoir été vaccinés, ont échappé à la maladie).

La vaccination n'a donné lieu à aucun accident soit paralytique, soit toxique ; le virus-éther est privé des propriétés nocives des antigènes cérébraux, dont les lipoïdes sont entraînés en grande partie par l'éther.

Varia.

Rien ne semble plus facile et en réalité rien n'est plus difficile à diagnostiquer qu'une crise aiguë d'appendicite. En théorie nous avons trop de signes pour conclure, et en pratique nous n'en avons pas assez (P. Garnier, de Chalonnes-sur-Loire).

Le coli-bacille est responsable, dans le domaine digestif, de syndromes infectieux allant de l'état typhoïde à l'embarras gastrique fébrile, dont l'hémoculture révèle parfois la nature, mais, semble-il, plus rarement que dans la réalité (H. Mallié, d'Angoulême).

Il ne faut pas se hâter d'affirmer un diagnostic de sacrocoxalgie sans avoir une excellente radiographie Barbier et Chevasse, de Dijon).

J. LAFONT.

avaient affaire à un rude jouteur. Devant la mauvaise foi, le dépit, l'entêtement d'adversaires, dont on eût vraiment pu croire que ses découvertes leur faisaient un tort personnel, leur arrachaient quelque partie de leur bien, Pasteur demeurait intraitable.

Aucune concession à espérer de lui. Il avait l'implacable probité du grand savant, devant qui aucune considération ne peut prévaloir contre la vérité démontrée par l'expérience.

Quelle volonté invincible, quelle conviction profonde dans les mémorables paroles qu'il prononçait en 1875 à l'Académie de Médecine :

« La science ne doit s'inquiéter en quoi que ce soit des conséquences de ses travaux. Si par le développement de mes études expérimentales, j'arrivais à démontrer que la matière peut s'organiser d'elle-même en une cellule ou en un être vivant, je viendrais le proclamer dans cette enceinte avec la légitime fierté d'un inventeur qui a la conscience d'avoir fait une découverte capitale, et j'ajouterais, si l'on m'y provoquais : tant pis pour ceux dont les doctrines ou les systèmes ne sont pas d'accord avec la vérité des faits naturels. »

Cette émouvante profession de foi se terminait par ces mots où se laisse voir toute la douceur, toute la sensibilité de son âme : « En chacun de nous il y a deux hommes : le savant, celui qui a fait table rase, qui, par l'observation, l'expérimentation et le raisonnement, veut s'élever à la connaissance de la nature, et puis l'homme sensible, l'homme de tradition, de foi ou de doute, l'homme qui pleure ses enfants qui ne sont plus, qui ne peut, hélas ! prouver qu'il les verra, mais qui le croit et l'espère. »

Il faut noter cette expression : l'homme sensible. La sensibilité de Pasteur était délicate et profonde, et j'en eus un jour une preuve bien émouvante. A ma demande, et sur les instances de son gendre, il avait consenti à présider, dans la grande salle des fêtes de la Sorbonne, la séance annuelle d'une société d'enseignement populaire « l'Union française de la Jeunesse », dont j'étais alors le Président. Dans le beau discours où il nous complimentait sur notre œuvre d'enseignement gratuit, quand il en vint à citer les cours que nous avions organisés spécialement pour les ouvriers tanneurs, il s'arrêta un instant, ne pouvant plus parler, et toute la salle surprise et troublée, le vit essuyer ses yeux pleins de larmes.

« Je suis fils de tanneur, nous dit-il. C'est aux sacrifices, aux privations que s'est imposés mon père que je dois d'être ce que je suis. Votre assistance à ces bons travailleurs évoque en moi de bien doux souvenirs ». On devine par quelle ovation fut salué ce cri de reconnaissance filiale ».

Après avoir évoqué ses souvenirs sur les personnalités qu'il a rencontrées dans sa carrière. M. Marcel Charlot termine en écrivant : « Un instant la pensée m'était venue d'évoquer, dans ces souvenirs, certaines veuves de grands hommes.

A la réflexion, le sujet m'a paru trop délicat. J'en ai connu d'admirables, gardant avec une réserve fière et une haute dignité le culte de l'époux. J'en ai connu aussi de bruyantes. Elles avaient volontiers la plainte à la bouche : on oubliait l'illustre mort pour des renommées moins solides ; on n'achetait pas ses livres ; on ne lui élevait pas de statues, ou pas assez. Avouons que c'est un rôle difficile à tenir, que celui de veuve de grand homme. Peut-être, les ridicules de certaines trouvaient-ils leur excuse dans la faiblesse du mari. Comment une existence d'admiration mutuelle, de constante exaltation réciproque ne finirait-elle pas par fausser le jugement ? En général, et sauf exceptions, je crois qu'on a la veuve qu'on mérite. Un matin, comme je me rendais chez le directeur des Beaux-Arts, mon ami Henry Roujon, dans l'antichambre j'en croisai une que je connaissais bien, une terrible. Elle sortait de chez lui. En entrant je trouve Roujon en proie à une colère qu'il n'essayait pas de maîtriser. Ses longues jambes maigres arpentaient le cabinet de long en large, sa curieuse figure de Don Quichotte était empourprée. Il me raconte l'assaut qu'il venait de subir, et qui n'était pas le premier. Roujon, l'homme le plus spirituel peut-être que j'ai connu, avait parfois des saillies délicieuses. Il s'arrête tout à coup, comme frappé d'une lumière subite, et il me dit : « Ah ! je comprends maintenant ! Je comprends pourquoi le peuple, dans son argot, appelle la guillotine « la veuve ».

Une pièce sur Lamarck. — Le Centenaire de Lamarck a inspiré à Albert Milice une œuvre dramatique sur le fondateur de la biologie. Le Muséum ayant décidé de contremander la cérémonie du Centenaire, il se peut que cette pièce ne soit jamais représentée. C'est une reconstitution fidèle d'une époque riche en grands hommes d'après des textes puisés aux Archives nationales. Du cèdre du Liban à la Maison de Buffon, que d'images à retenir, que de personnages à montrer.

Il faut espérer que l'effort patient de M. Albert Milice n'aura pas été fait en vain et que nous aurons, à défaut d'une représentation, une lecture qui nous permettra d'y applaudir. L'air du temps n'est pas aux grandes œuvres d'idées, mais il se trouve un public qui les aime. (*Comœdia*.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

L'avenir de la médecine, par James MACKENZIE ; nouvelle édition. In-8 : 20 fr. Alcan.

Les rayons ultra-violets et infra-rouges, par W. VIGNAL. In-16, 240 p. 26 fig., 2 pl. : 30 fr. (Doin).

Les ictères infectieux. Etude clinique et étiologique, par J. TROISIER et R. CLÉMENT. In-8, 152 p. : 18 fr. (Doin).

L'hérédité, par J. Arthur THOMSON, trad. de Henri DE VARIGNY. In-8, 26 fig. : 50 fr. (Payot).



NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'internat en médecine (Oral. Suite).* — Séance du 26 novembre. — Questions données : Symptômes et évolution de l'endocardite rhumatismale ; symptômes et diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale. Mlle L'Hoir 25, MM. Gouttalier 19, Chomer 26, Patey 28, Relier 26, Barrier 26, Ménétrier 18, Mulot 22, Minet 20, Coste 28.

Séance du 27 novembre. — Questions données : Signes et diagnostic des paraplégies syphilitiques ; signes diagnosti de l'obstruction calculeuse du cholédoque : Mlle Lance 23, Pescarolo 23, de Parienté 25, Bridgmon 17, Goldsztapi 17, Guillemin 23, Reboul 24, Demoulin 25, Fourestier 20, Lieffring 26.

Séance du 28 novembre. — Questions données : Symptômes et complications des oreillons ; Signes et diagnostic des ruptures des grossesses tubaires : MM. Marx 23, de Langre 28, Vautrin 25, Deparis 25, Friedman 25, Béchet 25, Olivier (Henri) 29, Gabriel 25, Gallot 29, Mme Laquerrière 26.

Séance du 30 novembre. — Questions données : Maladie d'Addison (signes et diagnostic) ; Signes et diagnostic du cancer du col de l'utérus : MM. Martel 8, Regnault 22, Lepart 25, Meillaud 25, Lemaître (Yois) 27, Mlles Barnaud 27, Picaudet 19, Ducoste 24, MM. Leroy 19, Lejeune 26.

Concours de stomatologiste. — Epreuve orale de prothèse. — Séance du 26 novembre. — Question donnée : Prises d'empreinte de la bouche en vue d'une restauration prothétique dentaire : MM. Dechaume 19, Béal, 15, Sassier 14, Lacaisse 19.

Consultation écrite dentaire. — Séance du 30 novembre. — MM. Lacaisse 29, Béal 24, Sassier 23, Dechaume 30.

Classement des candidats : MM. Dechaume 133 points, Lacaisse 131, Sassier 111, Béal 11. Sont nommés stomatologistes des hôpitaux : MM. Dechaume et Lacaisse.

Concours d'ophtalmologiste. — Epreuve opératoire. — Séance du 26 novembre. — Questions données : Extirpation de la glande lacrymale orbitaire : MM. Veil 18, Favory 18, Kalt 16, Lagrange 19.

Epreuve clinique. — Séance du 30 novembre. — MM. Lagrange 19, Favory 19.

Séance du 2 décembre. — MM. Kalt 20, Veil 19.

A la suite de ce concours M. Lagrange est nommé ophtalmologiste des hôpitaux

Commission du prix Civiale. — MM. Fournier, Apert et Gosset remplacent MM. Auclair, Labbé et Robineau, non acceptants.

Concours des prix de l'internat. — 1° Médecine : Composition du jury : MM. Marchal, Crouzon, Jacob, Kindberg et Lesné. 10 candidats : MM. Dreyfus, Salmon, Wallich, Benoist, Oumansky, Delarue, Cournaud, Foumailloux, Puech et Bize.

2° Chirurgie et accouchements : Composition du jury : MM. Ombredanne, Brpcq, de Gaudart d'Allaines, Prélat et Levy-Solal.

Quatre candidats : MM. Funck, Blondin, Laënnec et Lecœur.

Actes de la Faculté de médecine. — *Thèses.* — 25 novembre. — M. Ardouin. Y a-t-il des diabètes réfractaires à l'insuline ? — M. Mauvais. Les hémorragies gastro-intestinales.

27 novembre. — M. Fontaine. Résultats comparatifs de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon. — M. Brunet. Les compressions intrinsèques du tube digestif. — M. Blum. L'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. — M. Vernier. Traitement du lupus tuberculeux. — M. Dordain. Etude de l'étranglement herniaire aigu. — M. Georgiacès Dimitri. Etude du syndrome counu sous le nom de diabète rénal. — M. Lachowski. Troubles algotrophiques et radiothérapie.

Académie de médecine. — La séance annuelle de l'Académie de médecine, au cours de laquelle seront proclamés par M. Quénu, président, les prix et récompenses décernés en 1929, aura lieu le mardi 10 décembre, à 3 heures précises.

M. Renault, secrétaire annuel, présentera un rapport sur les prix, et M. Achard, secrétaire général, prononcera l'éloge de Laveran.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). (Service de M. le Dr H. Dufour). — M. le Dr Dufour fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades, accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques. Tous les matins, enseignement des stagiaires. Première conférence, le vendredi 6 décembre 1929.

Hopitaux Laënnec et Enfants-Malades-Necker. — Les Drs Monthus et A. Cantonnet, ophtalmologistes de ces hôpitaux, feront, à dater du 5 janvier 1930, tous les dimanches du 1er trimestre, des présentations de malades (consultation expliquée) avec la collaboration de MM. Favory, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu ; Besnard, Cadilhac, Fombeure, Filliozat, Martin, assistants de ces services.

1er et 3e dimanches : hôpital des Enfants-Malades ; 2e et 4e dimanches : hôpital Laennec, à 10 heures 1/2.

Hôpitaux de Bordeaux. — *Concours de l'internat.* — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Laumonier, Monglon, Laporte, Chastaignet, Bargue, Marty, Lévy, Ouary.

Internes provisoires : MM. Soureil, Lelain, Dupin, Lapouge Clavel, de Talouarn, Rigaud, Ferradou.

Un Automobile-Club médical. — Nous avons désormais un Automobile-Club médical. Il vient de se fonder à Paris, sous la présidence d'honneur du professeur J.-L. Faure et sous

la présidence effective du docteur Trémolières, médecin des hôpitaux.

Ce nouveau club englobe Paris, la Seine et les départements limitrophes. Le secrétaire général est M. Lafond, 89, boulevard de Magenta (10e).

Une médaille est remise au docteur Léopold-Lévi. — Au siège de la Société de médecine de Paris, dont il fut président, le docteur Léopold-Lévi a reçu, des mains de ses amis et de ses élèves une médaille à l'occasion de sa récente promotion dans la Légion d'honneur.

Le professeur Achard, dont le docteur Léopold-Lévi fut l'élève et est resté le collaborateur, présidait la cérémonie.

La carrière du Dr Léopold-Lévi fut retracée par le docteur Barth, qui fut un de ses premiers maîtres; par les docteurs Bensaude, Pauchet et Dartigues, qui sont ses collègues et furent ses camarades d'internat.

L'avers de la médaille qui lui fut remise est une des dernières œuvres du maître Bourdelle et la seule médaille d'un vivant qu'il ait exécutée. Le revers, qui représente le docteur Léopold-Lévi, entouré de ses amis et de ses élèves au cours d'une leçon, est dû à M. Lavrière.

Sanatorium départemental de Ponteils. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium départemental de Ponteils (Gard).

Le traitement est fixé à 32.000 fr.

Les candidatures, accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus seront adressées au Ministère du travail et de l'hygiène (Direction de l'Assistance, 4e Bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris) où elles seront reçues jusqu'au 9 décembre 1929.

Conférences de thérapeutique chirurgicale sur les affections des membres. Sous la direction de M. le docteur Charles Dujarier, directeur de l'Amphithéâtre des hôpitaux et vec la collaboration de MM. les docteurs Lenormant, Mathieu, Moure, professeurs agrégés, Braine, Petit-Dutaillis, chirurgiens des hôpitaux. Iselin, aide d'anatomie.

Ces conférences gratuites auront lieu du 9 au 19 décembre 1929, de 16 h. 1/2 à 17 h. 1/2, à l'Amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-a-Moulin. Elles seront faites en liaison avec le cours de technique chirurgicale des membres, fait aux mêmes dates à l'Amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e)

Programme. — 1o Lundi 9 décembre. Dr Petit-Dutaillis : La chirurgie du système nerveux périphérique. Les indications opératoires et les résultats. — 2o Mardi 10 décembre. Dr M. Iselin : Traitement des phlegmons des gaines et de leurs séquelles. Les greffes tendineuses. — 3o Mercredi 11 décembre. Dr Dujarier : Le traitement des fractures de jambe et du cou-de-pied. — 4o Jeudi 12 décembre. Dr Moure : Plaies des troncs artériels des membres et anévrismes traumatiques. Indications opératoires. — 5o Vendredi 13 décembre. Dr Mathieu : Traitement des séquelles de la coxalgie. — 6o Samedi 14 décembre. Dr Lenormant : Traitement des ankyloses des membres (résections orthopédiques et arthroplasties). — 7o Lundi 16 décembre. Dr Dujarier : Le traitement des fractures de l'avant-bras. — 8o Mardi 17 décembre. Dr Braine : Lésions traumatiques des ménisques et des ligaments croisés. — 9o Mercredi 18 décembre. Dr Dujarier : La chirurgie des pseudarthroses. — 10o Jeudi 19 décembre. Dr Braine : Les amputations et désarticulations du membre inférieur. Choix du procédé.

Association générale des étudiants. — La section de médecine de l'Association des étudiants organise le 7 décembre, à 20 h. 30 précises, en son hôtel, 13, rue de la Bûcherie, à l'occasion de la réception des professeurs de la Faculté, une grande fête, au cours de laquelle on pourra applaudir les plus grandes vedettes de Paris.

A minuit bal de nuit ; tombola ; cotillons et nombreuses attractions.

Une protestation de la Faculté de médecine de Montpellier. — *A la suite du vote de la Chambre en faveur des crédits nécessaires à la transformation en faculté de l'Ecole de médecine de Marseille, MM. Euzière et Delmas ont communiqué aux journaux la protestation suivante :*

Dans sa séance du vendredi 15 novembre, la Chambre des députés, malgré la vigoureuse intervention de M. Alès, a décidé, sur la demande de M. Marraud, ministre de l'Instruction publique, d'inscrire en recette et en dépense le crédit représentant la subvention à la Faculté de médecine de Marseille, crédit adopté par 440 voix contre 115.

Il importe de remarquer que la dépense ainsi imposée au budget l'est en violation des engagements précédement pris et en vertu desquels *la ville de Marseille devait faire tous les frais de ce nouvel établissement.*

D'autre part, tandis que cette dépense d'un tour nettement somptuaire est ainsi engagée, l'attention doit être attirée sur le fait que d'incessantes compressions de crédits ont abouti en fait à entraver le fonctionnement régulier de la Faculté de médecine de Montpellier.

Les titulaires de chaires fondamentales ne sont pas payés par l'Etat et leur traitement n'est assuré que par d'inadmissibles virements de crédits à partir des fonds de travaux pratiques.

Son musée anatomique, le plus important, pour ne pas dire le seul de France, est mis en péril par la suppression de son conservateur et de son garçon. Des enseignements supplémentaires sont demandés à des agrégés sans rétribution. Des emplois de chefs de travaux, de préparateurs ou d'aides ont été supprimés, les crédits d'achats pour la bibliothèque ou d'abonnements à des périodiques diminués, des budgets de laboratoire sont à peine doublés depuis 1914.

Tous ces sacrifices pouvaient être admissibles si d'impérieuses nécessités budgétaires en avaient imposé l'obligation.

Il est difficile de les admettre s'il se trouve des fonds pour créer un établissement dont la nécessité est bien loin d'être

démontrée. Il ne s'agit pas seulement de l'indiscutable préjudice qui va être porté au plus ancien établissement d'enseignement médical du monde auquel à diverses reprises et naguère encore en 1921, à propos d'un de ses centenaires, le président de la République lui-même avait assuré qu'il ne serait jamais mis en péril.

Mais l'ensemble des Facultés de médecine de France a tout à perdre à cette création, qui aboutit en fait à un tel émiettement de crédits que les établissements existants voient de ce fait leur fonctionnement compromis. »

A l'occasion de la discussion du chapitre 17 *bis* de l'Instruction publique « portant ouverture d'un crédit sur la création d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie à Marseille », de nombreux sénateurs ont pris part à la discussion qui a duré près de deux heures. Il résulte du vote intervenu que la question devra être à nouveau instruite et discutée.

M. Schrameck, sénateur des Bouches-du-Rhône, avait demandé le rétablissement du crédit de 369.958 francs voté par la Chambre et supprimé par la Commission sénatoriale des Finances. Il a soutenu très énergiquement la cause de Marseille, expliqué l'intérêt que cette fondation représenterait pour la science médicale française, et notamment en ce qui concerne le recrutement et la formation de nos médecins coloniaux. Il soutint également que Marseille avait rempli toutes ses obligations.

M. Pelisse, sénateur de l'Hérault, fit observer que l'on ignorait les termes de la nouvelle convention passée entre Marseille et Montpellier. Il demanda la disjonction du crédit. M. Flaissières, maire de Marseille, soutint les intérêts de sa ville. M. Mario Roustan, sénateur de l'Hérault, demanda le renvoi devant la Commission de l'Enseignement.

M. Pierre Marraud, ministre de l'Instruction publique, tout en exprimant sa sympathie pour Montpellier, assura que la nouvelle Faculté pouvait parfaitement fonctionner à Marseille et qu'elle pouvait même être ouverte à la fin de l'année. Il ajouta qu'il acceptait pourtant la disjonction.

Après quoi, MM. Charles Dumont, rapporteur général, et le Moignic, soutinrent ce même point de vue, tandis que MM. Honnorat, Victor Bérard et Tissier, défendaient la création de la nouvelle Faculté à Marseille.

Mais, mis aux voix au scrutin public, le chapitre 17 *bis* fut repoussé par 214 voix contre 84, sur 298 votants.

Académie des sciences. — *Liste des prix et subventions attribués en 1929.* — Prix Lalande (1.000 fr.) à M. Alexandre Véronnet ; Prix Damoiseau (2.000 fr.) à M. Gaston Fayet ; Prix Valz (1.000 fr.) à M. Louis Dunoyer ; Prix Gay (1.500 fr.) à Ludovic Gaurier ; Fondation Tchihtchef (3.000 fr.) à M. Pollacchi ; Prix Montyon des arts insalubres (2.500 fr.) à M. Daniel Florentin ; Prix Jecker, un prix de 5.000 fr. à M. Richard Fosse et un prix de 5.000 fr. à M. Marcel Sommelet ; Fondation Cahours (3.000 fr.), les arrérages de la fondation sont partagés entre MM. Henri Moureu et Raymond Quelet ; Prix Houzeau (1.000 fr.) à M. André Travers ; Prix Desmazières (1.600 fr.) à M. l'abbé Hubert Bourdot ; Prix Montagne, à M. Pierre Dangeard et à M. Robert Potier de la Varde ; Prix Thore (1.000 fr.) à M. Charles Douin ; Prix de Coincy (1.000 fr.) à M. Paul Dop ; Prix Cuvier (1.5000 fr.) à M. Emile Topset ; Fondation Savigny 1.500 fr.) à M. Henri Gauthier ; Prix Lallemand (1.800 fr.) à Mlle Marie-Louise Verrier ; Prix Serres (7.500 fr.) à MM. P. Bouin et P. Ancel ; Prix Petit d'Ormoy, sciences naturelles (10.000 fr.) à M. Paul Gauber ; Fondation Bouchard (5.000 fr.) à M. Serges Oberlin.

Prix Gaston Planté (3 000 francs) à M. Charles Féry ; Prix Hébert (1.000 francs) à M. Geoges Déjardin : Prix Henri de Parville (1.500 francs) à M. Marcel Pauthenier ; Prix Hugues (2.500 francs) à M. Jean-Jacques Trillat ; Fondation Clément Félix (2.500 francs), les arrérages de la fondation sont attribués à M. René de Mallemann ; Prix Montyon : un prix de 2.500 à M, Gaston Cotte ; un prix de 2.500 à MM. David Olmer et Jean Olmer ; un prix de 2.500 francs à M. Francis Rathery ; une mention honorable de 1.500 francs à M. Charles Joyeux ; une mention honorable de 1.500 francs à M. Camille Simonin ; une mention honorable de 1.500 francs à Mlle Suzanne Guéry ; Prix Barbier (2.000 francs) à MM. Prosper Merklen et Maurice Wolf ; Prix Bréant : un prix de 3.000 francs à M. Marcel léger ; un prix de 2.000 francs à MM. Pierre Lereboullet et G. Boulanger-Pillet ; Prix Godard (1.000 francs) à M François Aman-Jean ; Prix Mège (1.000 francs) à M. Paul Chavigny ; Prix du baron Larrey (1.000 francs) à M. Joseph Uzac ; Prix Argut (1.200 francs) à M. Rebert Leroux-Robert ; Prix Montyon (1.500 francs) à M. Andre Strohl ; Prix Pourat : un prix de 1.000 francs à M. Léon Velluz ; un prix de 1.000 francs à MM. Henri Bulliard et Antoine Giroud ; Prix Philipeaux (1.000 francs) à M. Louis Genevois ; Prix Fanny Emden (3.000 francs) à M. César Baudi de Vesme.

Nécrologie. — Dr Jacques FERRAN, né en 1852, à Corbera-d'Ebre, province de Tarragone, vient de mourir à Barcelone à l'âge de 79 ans. Le docteur Ferran était lauréat du prix Bréant, décerné par l'Académie de médecine de Paris, pour ses travaux bactériologiques. Il était le fondateur du laboratoire de bactériologie de Barcelone, qu'il a dirigé pendant de longues années. — Dr RENOUX (de Viroflay). — Professeur Oscar BEUTTNER, chirurgien chef de la clinique obstétricale de Genève, décédé à l'âge de 63 ans. — Dr Maurice DUSAUSSAY, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à « La Maltera ». — Dr CORDIER, des Desvres (Pas-de-Calais), décédé à l'âge de 77 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Proportions des membres inférieurs et du buste (rapport de Manouvrier) suivant les tailles, pendant l'enfance et la jeunesse,

Par le Professeur **P. NOBÉCOURT**.

La *taille* T, *hauteur du corps* ou *stature* est la somme des segments du corps : tête, cou, tronc, membres inférieurs.

Pendant toute la période de croissance staturale, chacun de ces segments s'allonge suivant un rythme particulier ; par suite, sa participation à la stature diffère pour chaque âge.

Sauf dans des cas particuliers, il suffit, en clinique, d'évaluer les proportions respectivesdu buste et des membres inférieurs.

Pour le *buste* B, qui comprend la tête, le cou et le tronc, on mesure la distance du vertex au plan du siège, sur lequel est assis le sujet.

Pour les *membres inférieurs*, on considère, avec Manouvrier, leur *longueur réduite* S ; celle-ci est le nombre obtenu en soustrayant le buste de la taille : S = T — B.

Le rapport de la longueur réduite des membres inférieurs au buste S/B ou *rapport de Manouvrier* traduit les proportions respectives de ces deux segments. Il est d'autant plus fort que les membres inférieurs sont plus longs relativement au buste ou, ce qui revient au même, que le buste est plus court, relativement aux membres inférieurs.

Le rapport S/B a été calculé aux différents âges, pendant la période de croissance staturale, par Manouvrier et par Paul Godin. Les moyennes qu'ils donnent ne concordent pas toutes. On peut adopter les suivantes (1) :

Garçons et filles.

Nouveau-né	0,50
1 an	0,66
2 ans	0,70
3 ans	0,71
4 ans	0,76
5 ans	0,77
6 ans	0,77
7 ans	0,78
8 ans	0,80

	Garçons	Filles
9 ans	0,80	0,81
10 ans	0,81	0,90
11 ans	0,82	0,92
12 ans	0,82	0,92
13 ans	0,90	0,90
14 ans	0,92	0,90
15 ans	0,92	0,90
16 ans	0,90	0,90
17 ans	0,90	0,90
23 ans	0,90	0,90

Durant la période de croissance staturale, le rapport de Manouvrier présente des changements importants.

Faible à la naissance (0,50), il augmente rapidement jusqu'à 3 ans (0,71) et surtout pendant la première année (0,66 à un an).

Ensuite il augmente de plus en plus lentement et, à partir de 10 ans, est différent pour les filles et les garçons.

Pour les filles, l'augmentation est forte de 9 ans (0,81) à 10 ans (0,90) ; le maximum (0,92) est atteint à 11 ans et 12 ans.

Pour les garçons, l'augmentation est forte de 12 ans (0,82) à 13 ans (0,90) ; le maximum (0,92) est atteint à 14 et 15 ans.

A partir de 13 ans, pour les filles, de 16 ans pour les garçons, il se fixe à 0,90 (1).

Le rapport de Manouvrier précise les modalités de l'allongement respectif du buste et des membres inférieurs pendant la période de croissance staturale. Pendant les premières années de la vie, la croissance staturale est forte, les membres inférieurs s'allongent beaucoup et le rapport de Manouvrier augmente rapidement. Il en est de même au début de l'évolution pubertaire ; toutefois les changements sont moins grands. A partir de l'éclosion pubertaire, c'est surtout le buste qui s'allonge ; le rapport de Manouvrier diminue un peu. Comme l'a écrit P. Godin : « La taille doit la plus grande part de son allongement, avant la puberté, au membre inférieur, après la puberté, au buste ». Les différences entre les sexes, observées dans les rapports de Manouvrier pendant la période pubertaire, tiennent à ce que celle-ci est plus précoce chez les filles que chez les garçons (2).

A un même âge, les enfants et les jeunes gens n'ont pas tous des rapports de Manouvrier correspondant à la moyenne. Le rapport peut être plus fort ou plus faible, s'en éloigner peu ou beaucoup.

Avec Manouvrier, on peut classer les individus en trois catégories :

Est *mésatiskèle* ou *mésoskèle* (μέσος, moyen ; σκέλος, jambes, membre inférieur) le sujet dont le rapport est moyen ou diffère peu de la moyenne (± 0,04 au maximum).

Est *macroskèle* (μακρός, grand) le sujet dont le rapport est supérieur à la moyenne de 0,05 au moins.

Est *brachyskèle* (βραχύς, court) le sujet dont le rapport est inférieur à la moyenne de 0,05 au moins.

Il existe des *degrés* dans la macroskélie et la brachyskélie. L'écart plus ou moins grand entre le rapport de Manouvrier moyen et celui du sujet permet de distinguer les *catégories* suivantes :

Macroskélie légère, avec des écarts de		+ 0,05 à + 0,09
— moyenne	—	+ 0,10 à + 0,14
— forte	—	+ 0,15 à + 0,19
— très forte	—	+ 0,20 et au-delà
Brachyskélie légère, avec des écarts de		— 0,05 à — 0,09
— moyenne	—	— 0,10 à — 0,14
— forte	—	— 0,15 à — 0,19
— très forte	—	— 0,20 et au-delà

Le mésoskèle est bien proportionné. Le macroskèle a des membres inférieurs trop longs, un buste trop court. Le brachyskèle a des membres inférieurs trop courts, un buste trop long.

* * *

Il est intéressant de rechercher comment se comporte le rapport de Manouvrier suivant que les enfants et les jeunes gens ont, soit une taille moyenne, soit une stature supérieure à la moyenne, soit une stature inférieure à la moyenne.

Nous considérons comme tailles moyennes celles que nous avons adoptées ailleurs (3). Nous admettons que sont supérieures ou inférieures aux moyennes les tailles qui en diffèrent de 6 cm. au moins (4).

Nous avons calculé le rapport de Manouvrier pour 172 enfants et jeunes gens :

41 de tailles moyennes : 12 garçons et 29 filles ;

73 de tailles supérieures aux moyennes : 30 garçons et 43 filles ;

58 de tailles inférieures aux moyennes : 29 garçons et 29 filles.

* * *

(1) P. NOBÉCOURT. — Les enfants trop petits (*L'Expansion scientifique française*, 1929, p. 40.)

(1) Pour certains auteurs, le rapport de Manouvrier serait un peu faible : 0,88 (garçon adulte), 0,88 (fille de 13 ans), 0,85 (fille adulte).

(2) P. NOBÉCOURT. — La période pubertaire. (*Journal des praticiens*, 7 janvier 1928.)

(3) P. NOBÉCOURT. — *Loc. cit.*, p. 24.

(4) P. NOBÉCOURT. — Remarques sur les hautes tailles dans l'enfance et la jeunesse. (*Le Progrès médical*, 26 octobre 1929.)

Voici, tout d'abord, les constatations faites en comparant les rapports de Manouvrier des enfants et des jeunes gens observés avec les rapports de Manouvrier moyens des sujets de même âge.

TAILLES MOYENNES

Sur 41 sujets, *garçons et filles*, de tailles moyennes, on trouve :

19 mésoskèles,	soit, pour 100,	46,34
14 macroskèles	—	34,14
8 brachyskèles	—	19,51

Sur 12 *garçons*, on compte :

6 mésoskèles,	soit, pour 100,	50
6 macroskèles	—	50

Sur 29 *filles*, on compte :

13 mésoskèles,	soit, pour 100,	44,82
8 macroskèles	—	27,58
8 brachyskèles	—	27,58

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

Pour les 14 *garçons et filles* :

0,05 à 0,09,	11 fois,	soit, pour 100,	78,57
0,10	1	—	7,14
0,15	2	—	14,28

Pour les 6 *garçons* :

0,05 à 0,09,	4 fois,	soit, pour 100,	66,66
0,10	1	—	16,66
0,15	1	—	16,66

Pour les 8 *filles* :

0,05 à 0,09,	7 fois,	soit, pour 100,	87,50
0,15	1	—	12,50

Le degré de la BRACHYSKÉLIE est :

Pour les 8 *filles* :

0,05 à 0,09,	7 fois,	soit, pour 100,	87,50
0,15	1	—	12,50

TAILLES SUPÉRIEURES AUX MOYENNES

Sur 73 sujets, *garçons et filles*, de tailles supérieures aux moyennes on trouve :

29 mésoskèles,	soit, pour 100,	39,72
43 macroskèles	—	58,90
1 brachyskèle	—	1,36

Sur 30 *garçons*, on compte :

4 mésoskèles,	soit, pour 100,	13,33
26 macroskèles	—	86,66

Sur 43 *filles*, on trouve :

25 mésoskèles,	soit, pour 100,	58,13
17 macroskèles	—	39,53
1 brachyskèle	—	2,32

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

Pour les 43 *garçons et filles* :

0,05 à 0,09,	20 fois,	soit, pour 100,	46,51
0,10 à 0,14,	18	—	41,86
0,15 à 0,19,	3	—	6,97
0,20 à 0,22,	2	—	4,65

Pour les 26 *garçons* :

0,05 à 0,09,	12 fois,	soit, pour 100,	46,15
0,10 à 0,14,	10	—	38,46
0,15 à 0,16,	2	—	7,61
0,20 à 0,22,	2	—	7,61

Pour les 17 *filles* :

0,05 à 0,09,	8 fois,	soit, pour 100,	47,05
0,10 à 0,14,	8	—	47,05
0,18	1	—	5,88

Pour la seule *fille*, qui présente de la BRACHYSKÉLIE, celle-ci est de 0,16.

TAILLES INFÉRIEURES AUX MOYENNES

Sur 58 sujets, *garçons et filles*, de tailles inférieures aux moyennes, on trouve :

27 mésoskèles,	soit, pour 100,	46,55
11 macroskèles	—	18,96
20 brachyskèles	—	34,48

Sur 29 *garçons*, on compte :

17 mésoskèles,	soit, pour 100,	58,62
9 macroskèles	—	31,03
3 brachyskèles	—	10,34

Sur 29 *filles*, on trouve :

10 mésoskèles,	soit, pour 100,	34,48
2 macroskèles	—	6,89
17 brachyskèles	—	58,62

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

Pour les 11 *garçons et filles* :

0,05 à 0,09 :	6 fois,	soit, pour 100,	54,54
0,10 à 0,14 :	5	—	45,45

Pour les 9 *garçons* :

0,07 à 0,08 :	5 fois,	soit, pour 100,	55,55
0,10 à 0,14 :	4	—	44,44

Pour les 2 *filles*, 0,05 et 0,12.

Le degré de la BRACHYSKÉLIE est :

Pour les 20 *garçons et filles* :

0,05 à 0,09 :	10 fois,	soit, pour 100,	50
0,10 à 0,14 :	6	—	30
0,15 à 0,19 :	3	—	15
0,22	1	—	5

Pour les 3 *garçons* :

0,09 :	1 fois,	soit, pour 100,	33,33
0,15 et 0,19 :	2	—	66,66

Pour les 17 *filles* :

0,05 à 0,09 :	9 fois,	soit, pour 100,	52,94
0,10 à 0,14 :	6	—	35,29
0,15 :	1	—	5,88
0,22 :	1	—	5,88

***

Les enfants et les jeunes gens qui ont, soit des tailles supérieures, soit des tailles inférieures aux moyennes, ont des tailles soit de sujets plus âgés soit de sujets plus jeunes.

Il importe donc de *comparer leurs rapports de Manouvier avec les moyennes correspondant, non plus à l'âge réel, mais à l'âge dont le sujet a la taille.*

TAILLES SUPÉRIEURES AUX MOYENNES

A. GARÇONS. — 4 *sont mésoskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles :

2 sont mésoskèles.
1 est brachyskèle :

27.2512, 3 *ans.*
T = 101 cm, correspondant à 4 ans 8 mois.

S/B = 0,71, au lieu de :
0,74 pour l'âge, soit — 0,03
0,77 pour la taille, soit — 0,06

1 est macroskèle :

26.2027, 15 *ans 3 mois.*
T = 164 cm., correspondant à 18 ans.
S/B = 0,95, au lieu de :
0,92 pour l'âge, soit + 0,03
0,90 pour la taille, soit + 0,05

26 *sont macroskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles :

6 sont mésoskèles :

28.2764, 7 *ans 3 mois.*
T = 127 cm., correspondant à 9 ans 11 mois.
S/B = 0,83, au lieu de :
0,78 pour l'âge, soit + 0,05
0,81 pour la taille, soit + 0,02

28.2820, 10 *ans 2 mois.*
T = 146 cm. 5, correspondant à 13 ans 3 mois.
S/B = 0,95, au lieu de :
0,81 pour l'âge, soit + 0,14
0,91 pour la taille, soit + 0,04

25.1973, 10 *ans 10 mois.*
T = 145 cm., correspondant à 13 ans.
S/B = 0,90, au lieu de :
0,82 pour l'âge, soit + 0,08
0,91 pour la taille, soit — 0,01

28.2937, 11 *ans 4 mois.*
T = 148 cm., correspondant à 13 ans 6 mois.
S/B = 0,94, au lieu de :
0,82 pour l'âge, soit + 0,12
0,91 pour la taille, soit + 0,03

29.3022, 12 *ans 7 mois.*
T = 150 cm., correspondant à 13 ans 10 mois.
S/B = 0,91, au lieu de :
0,86 pour l'âge, soit + 0,05
0,92 pour la taille, soit — 0,01

29.3112, 12 *ans 9 mois.*
T = 152 cm. 5, correspondent à 14 dans 3 mois.
S/B = 0,94, au lieu de :
0,88 pour l'âge, soit + 0,06
0,92 pour la taille, soit + 0,02

20 *sont macroskèles.*

Pour ceux-ci :

13 fois la macroskélie n'est pas modifiée et reste dans la même catégorie ;

6 fois la macroskélie est moins accentuée et passe dans une catégorie inférieure :

28.2810, 9 *ans 4 mois.*
T = 141 cm., correspondant à 12 ans 4 mois.
S/B = 0,92, au lieu de :
0,80 pour l'âge, soit + 0,12
0,85 pour la taille, soit + 0,07

D. 5299, 9 *ans 6 mois.*
T = 140 cm., correspondant à 12 ans 2 mois.
S/B = 1,00, au lieu de :
0,80 pour l'âge, soit + 0,20
0,83 pour la taille, soit + 0,17

23.1078, 9 *ans 9 mois.*
T = 140 cm., correspondant à 12 ans 2 mois.
S/B = 0,97, au lieu de :
0,81 pour l'âge, soit + 0,16
0,83 pour la taille, soit + 0,14

27.2519, 11 *ans 8 mois.*
T = 147 cm., correspondant à 13 ans 4 mois.
S/B = 0,96, au lieu de :
0,82 pour l'âge, soit + 0,14
0,91 pour la taille, soit + 0,05

20.305, 12 *ans 7 mois.*
T = 157 cm., correspondant à 15 ans.
S/B = 0,98, au lieu de :
0,86 pour l'âge soit + 0,12
0,92 pour la taille soit + 0,06

25.1661, 12 *ans 8 mois.*
T = 161 cm., correspondant à 15 ans 10 mois.
S/B = 1,09, au lieu de :
0,87 pour l'âge, soit + 0,22
0,91 pour la taille, soit + 0,18

Une fois la macroskélie augmente et passe dans une catégorie supérieure :

21.559. — 13 *ans 6 mois.*
T = 168 cm. correspondant à une taille d'adulte.
S/B = 1,00, au lieu de :
0,91 pour l'âge, soit + 0,09
0,90 pour la taille, soit + 0,10

Somme toute, pour 30 garçons de tailles supérieures aux moyennes, on trouve :

	Pour l'âge		Pour la taille	
Mésoskèles :	4, soit, pour 100,	13,33	8, soit pour 100	26,66
Macroskèles :	26 —	86,66	22 —	73,33

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

	Pour l'âge		Pour la taille	
0,05 à 0,09 :	12 fois, soit, p. 100,	46,15	12 fois, soit, p. 100,	54,54
0,10 à 0,14 :	10 —	38,46	8 —	36,36
0,15 à 0,19 :	2 —	7,61	2 —	9,09
0,20 à 0,22 :	2 —	7,61	0 —	0

B. FILLES. — 25 *sont mésoskèles pour leurs âges.* Elles le sont également pour leurs tailles.

17 *sont macroskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles :

5 sont mésoskèles.

27.2349, 6 *ans, 7 mois.*
T = 132 cm., correspondant à 10 ans 8 mois.
S/B = 0,90, au lieu de :
0,77 pour l'âge, soit + 0,13
0,91 pour la taille, soit — 0,01

B.3231, 6 *ans 10 mois.*
T = 116 cm., correspondant à 8 ans
S/B = 0,84, au lieu de :
0,77 pour l'âge, soit + 0,07
0,80 pour la taille, soit + 0,04

27.2593, 7 *ans 8 mois.*
T = 128 cm. 5, correspondant à 10 ans 3 mois.
S/B = 0,90, au lieu de :
0,79 pour l'âge, soit + 0,11
0,90 pour la taille, soit 0

26.2121, 8 *ans 7 mois.*
T = 140 cm., correspondant à 11 ans 9 mois.
S/B = 0,93, au lieu de :
0,80 pour l'âge, soit + 0,13
0,92 pour la taille, soit + 0,01

28.2634, 9 *ans.*
T = 129 cm., correspondant à 10 ans 4 mois.
S/B = 0,90, au lieu de :
0,81 pour l'âge, soit + 0,09
0,90 pour la taille, soit 0

12 *restent macroskèles.*

Pour celles-ci :

6 fois la macroskélie n'est pas modifiée et reste dans la même catégorie ;

3 fois la macroskélie diminue et passe dans une catégorie inférieure :

27.2594, 9 *ans 5 mois.*
T = 135 cm. 5, correspondant à 11 ans 1 mois.
S/B = 1,02, au lieu de :
0,84 pour l'âge, soit + 0,18
0,92 pour la taille, soit + 0,10

10 *ans 1 mois.*
T = 139 cm., correspondant à 11 ans 7 mois.
S/B = 1,01, au lieu de :
0,91 pour l'âge, soit + 0,10
0,92 pour la taille, soit + 0,09

10 *ans 7 mois.*
T = 142 cm., correspondant à 12 ans.
S/B = 1,01, au lieu de :
0,91 pour l'âge, soit + 0,10
0,92 pour la taille, soit + 0,09

A 9 ans 5 mois la macroskélie forte devient moyenne ; aux autres âges, la macroskélie moyenne devient légère.

3 fois la macroskélie augmente, 2 fois sans changer de catégorie, 1 fois en passant dans la catégorie supérieure.

28.2880, 12 *ans 8 mois.*
T = 167 cm., taille d'adulte de haute stature.
S/B = 1,00, au lieu de :
0,91 pour l'âge, soit + 0,09
0,90 pour la taille, soit + 0,10

Une fille, enfin, brachyskèle pour son age, l'est également *pour sa taille.*

27.2529, 13 *ans 10 mois.*
T = 158 cm. 5, taille d'adulte de stature moyenne.
S/B = 0,74, au lieu de :
0,90 pour l'âge et pour la taille, soit — 0,16

Somme toute, pour 43 filles de tailles supérieures aux moyennes, on trouve :

	Pour l'âge		Pour la taille	
Mésoskèles :	25, soit, pour 100,	58,13	30, soit, pour 100,	69,76
Macroskèles :	17 —	39,53	12 —	27,90
Brachyskèles	1 —	2,32	1 —	2,32

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

	Pour l'âge		Pour la taille	
0,05 à 0,09 :	8 fois, s it, p. 100,	47,05	7 fois, soit, p. 100,	58,33
0,10 à 0,14 :	8 —	47,05	5 —	41,66
0,15 à 0,19 :	1 —	5,88	0 —	0

GARÇONS ET FILLES RÉUNIS. — Sur 73 sujets, garçons et filles de tailles, supérieures aux moyennes, on compte :

	Pour l'âge		Pour la taille	
Mésoskèles :	29, soit, pour 100,	39,72	38, soit pour 100,	52,05
Macroskèles :	43 —	58,90	34 —	46,57
Brachyskèles :	1 —	1,36	1 —	1,36

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

	Pour l'âge		Pour la taille	
0,05 à 0,09 :	20 fois, soit, p. 100,	46,51	19 fois, soit, p. 100,	55,88
0,10 à 0,14 :	18 —	41,86	13 —	38,23
0,15 0 0,19 :	3 —	6,97	2	5,88
0,20 à 0,22 :	2	4,65	0	0

TAILLES INFÉRIEURES AUX MOYENNES

A. GARÇONS. — 17 *sont mésoskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles :

12 sont mésoskèles.
5 sont macroskèles.

21.529, 8 *ans 9 mois.*
T = 106 cm., correspondant à 6 ans 4 mois.
S/B = 0,83, au lieu de :
0,80 pour l'âge, soit + 0,03
0,77 pour la taille, soit + 0,06

23.1182 (*), 13 *ans 10 mois.*
T = 133 cm., correspondant à 10 ans 6 mois,
S/B = 0,95, au lieu de :
0,92 pour l'âge, soit + 0,03
0,81 pour la taille, soit + 0,14

D. 4858, 14 *ans 6 mois.*
T = 137 cm. 5, correspondant à 11 ans 6 mois.
S/B = 0,93, au lieu de :
0,92 pour l'âge, soit + 0,01
0,82 pour la taille, soit + 0,11

23.1182 (*), 14 *ans 10 mois.*
T = 139 cm., correspondant à 12 ans.
S/B = 0,93, au lieu de :
0,92 pour l'âge, soit + 0,01
0,82 pour la taille, soit + 0,11

15 *ans 11 mois.*
T = 144 cm., orrespondant à 12 ans 11 mois.
S/B = 0,94, au lieu de :
0,90 pour l'âge, soit + 0,04
0,88 pour la taille, soit + 0,06

9 *sont macroskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles, ils sont tous également macroskèles, 7ne changent pas de catégories, 2 passent dans des catégories supérieures :

27.2333, 12 *ans 4 mois.*
T = 128 cm., correspondant à 9 ans 6 mois.
S/B = 0,91, au lieu de :
0,84 pour l'âge, soit + 0,17
0,80 pour la taille, soit + 0,11

La macroskélie, de légère, devient moyenne.

28.2831, 14 *ans 10 mois.*
T = 140 cm. 5, correspondant à 12 ans 3 mois.
S/B = 1,00, au lieu de :
0,92 pour l'âge, soit + 0,08
0,86 pour la taille, soit + 0,16

La macroskélie, de légère, devient forte.

3 *sont brachyskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles, la brachyskélie diminue ; 2 sont même mésoskèles :

B.2413, 2 *ans 2 mois.*
T = 62 cm., correspondant à 4 mois.
S/B = 0,55, au lieu de :
0,70 pour l'âge, soit — 0,15
0,59 pour la taille, soit — 0,04

28.2961, 14 *ans 5 mois.*
T = 139 cm. 5, correspondant à 12 ans 1 mois.
S/B = 0,83, au lieu de :
0,92 pour l'âge, soit — 0,09
0,82 pour la taille, soit + 0,01

Somme toute, pour 29 garçons de tailles inférieures aux moyennes, on compte :

	Pour l'âge		Pour la taille	
Mésoskèles :	17, soit pour 100,	58,62	14, soit, pour 100,	48,27
Macroskèles :	9 —	31,03	14 —	48,27
Brachyskèles :	3 —	10,34	1 —	3,44

(*) Ce signe indique que le sujet a été mesuré à divers âges et que son observation se retrouve par ailleurs.

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

	Pour l'âge	Pour la taille
0,05 à 0,09 :	5 fois, soit, p. 100 55 ,55	5 fois, soit, p. 100, 35 ,71
0,10 à 0,11 :	4 — 44 ,44	7 — 50 ,00
0,16 :	0	2 — 14 ,28

Le degré de la BRACHYSKÉLIE est :

	Pour l'âge	Pour la taille
0,09 :	1 fois, soit, p. 100, 33,33	1 fois, soit, pour 100. 100
0,15 et 0,19 :	2 — 66 ,66	0 — 0

B. FILLES. — 10 *sont mésoskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles :

4 sont mésoskèles.
3 sont macroskèles :

B.1146, 11 *ans* 9 *mois.*
T = 115 cm., correspondant à 7 ans 10 mois.
S/B = 0 ,90, au lieu de :
0 ,92 pour l'âge, soit — 0 ,02
0 ,80 pour la taille, soit + 0 ,12

B.1088, 11 *ans* 10 *mois.*
T = 126 cm., correspondant à 10 ans.
S/B = 0 ,96, au lieu de :
0 ,92 pour l'âge. soit + 0 ,04
0 ,90 pour la taille, soit + 0 ,16.

B.1016, 12 *ans* 1 *mois.*
T = 122 cm., correspondant à 9 ans 4 mois.
S/B = 0 ,96, au lieu de :
0 ,92 pour l'âge, soit + 0 ,04
0 ,81 pour la taille, soit + 0 ,15

3 sont brachyskèles.

21.540, 13 *ans* 7 *mois.*
T = 138 cm. 5, correspondant à 11 ans 6 mois.
S/B = 0 ,87, au lieu de :
0 ,90 pour l'âge, soit — 0 ,03
0 ,92 pour la taille, soit — 0 ,05

15 *ans* 1 *mois.*
T = 142 cm. 5, correspondant à 12 ans 2 mois.
S/B = 0 ,87, au lieu de :
0 ,90 pour l'âge, soit — 0 ,03
0 ,92 pour la taille, soit — 0 ,05

16 *ans* 7 *mois.*
T = 143 cm. correspondant à 12 ans 3 mois.
S/B = 0 ,86, au lieu de :
0 ,90 pour l'âge, soit — 0 ,04
0 ,92 pour la taille, soit — 0 ,06

2 *sont macroskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles, elles sont également macroskèles et ne changent pas de catégories.

17 *sont brachyskèles pour leurs âges.*

Pour leurs tailles :

3 sont mésoskèles.

B.930, 9 *ans* 6 *mois.*
T = 100 cm., correspondant à 5 ans 4 mois.
S/B = 0 ,75, au lieu de :
0 ,85 pour l'âge, soit — 0 ,10
0 ,77 pour la taille, soit — 0 ,02

B.556 (*), 13 *ans* 10 *mois.*
T = 105 cm., correspondant à 6 ans 2 mois.
S/B = 0 ,76, au lieu de :
0 ,90 pour l'âge, soit — 0 ,14
0 ,77 pour la taille, soit — 0 ,01

15 *ans* 8 *mois.*
T = 114 cm., correspondant à 7 ans 8 mois.
S/B = 0 ,75, au lieu de :
0 ,90 pour l'âge, soit — 0 ,15
0 ,79 pour la taille, soit — 0 ,04

2 sont macroskèles.

27.2336 11 *ans* 8 *mois.*
T = 121 cm., correspondant à 9 ans 2 mois.
S/B = 0 ,87, au lieu de :
0 ,92 pour l'âge, soit — 0 ,05
0 ,82 pour la taille, soit + 0 ,05

B.556 (*), 15 *ans.*
T = 108 cm., correspondant à 6 ans 8 mois.
S/B = 0 ,83, au lieu de :
0 ,90 pour l'âge, soit — 0 ,07
0 ,78 pour la taille, soit + 0 ,05

12 sont brachyskèles. La brachyskélie reste dans la même catégorie, sauf dans un cas où elle diminue et passe dans une catégorie inférieure.

B.2964, 2 *ans* 6 *mois.*
T = 70 cm., correspondant à 1 an.
S/B = 0 ,59, au lieu de :
0 ,72 pour l'âge, soit — 0 ,13
0 ,66 pour la taille, soit — 0 ,07

La brachyskélie moyenne devient légère.

Somme toute, pour 29 filles de tailles inférieures aux moyennes, on compte :

	Pour l'âge	Pour la taille
Mésoskèles :	10, soit, pour 100, 34 ,48	7, soit, pour 100, 24 ,13
Macroskèles :	2 — 6 ,89	7 — 24 ,13
Brachyskèles	17 — 58 ,62	15 — 51 ,72

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

	Pour l'âge	Pour la taille
05 à 0,09 :	1 fois, soit, p. 100, 50	4 fois, soit, p. 100, 57,14
0,10 à 0,14 :	1 — 50	2 — 28 ,57
0,15 :	0	1 — 14 ,28

Le degré de la BRACHYSKÉLIE est :

	Pour l'âge	Pour la taille
0,05 à 0,09 :	9 fois, soit, p. 100, 52,94	10 fois, soit, p. 100, 66,66
0,10 à 0,14 :	6 — 35,29	5 — 33,33
0,15 :	1 — 5,88	0
0,22 :	1 — 5,88	0

C. GARÇONS ET FILLES RÉUNIS. — Sur 58 garçons et filles, de tailles inférieures aux moyennes, on compte :

	Pour l'âge	Pour la taille
Mésoskèles :	27, soit, pour 100, 46 ,55	21, soit, pour 100 36 ,20
Macroskèles :	11 — 18 ,96	21 — 36 ,20
Brachyskèles	20 — 34 ,48	16 — 27 ,58

Le degré de la MACROSKÉLIE est :

	Pour l'âge	Pour la taille
0,05 à 0,09 :	6 fois, soit, p. 100, 54,54	9 fois, soit, p. 100,42,85
0,10 à 0,14 :	5 — 45,45	9 — 42 ,85
0,15 à 0,19 :	0 —	3 — 14.28

Le degré de la BRACHYSKÉLIE est :

	Pour l'âge	Pour la taille
0,05 à 0,09 :	10 fois, soit, p. 100, 50	11 fois, soit p. 100,68,75
0,10 à 0,14 :	6 — 30	5 — 31,25
0,15 à 0,19 :	3 — 15	0 —
0,22 :	1 — 5	0 —

* * *

Si on compare les rapports de Manouvrier des enfants et des jeunes gens de tailles moyennes, de haute stature ou de petite taille avec les moyennes correspondant à leurs âges, on constate que les uns et les autres peuvent être mésoskèles, macroskèles ou brachyskèles.



Cependant, pour chaque catégorie de tailles, les modalités du rapport de Manouvrier ne se rencontrent pas avec une égale fréquence, et, d'autre part, les garçons et les filles ne se comportent exactement de la même façon.

Les sujets de tailles moyennes sont le plus souvent mésoskèles (46 %), souvent macroskèles (34 %), plus rarement brachyskèles (19 %).

Les sujets de haute stature sont le plus souvent macroskèles (58 %), souvent mésoskèles (39 %), exceptionnellement brachyskèles (1 %).

Les sujets de petite taille sont le plus souvent mésoskèles (46 %), souvent brachyskèles (34 %), plus rarement macroskèles (18 %).

Autrement dit :

La mésoskélie se rencontre surtout et avec une égale fréquence chez les sujets de tailles moyennes (46 %) et de petite stature (46 %), moins souvent chez les sujets de haute stature (39 %).

La macroskélie se rencontre surtout chez les sujets de haute stature (58 %), est moins fréquente chez les sujets de taille moyenne (34 %), est plus rare chez les sujets de petite taille (18 %); quelle que soit la taille, elle est, en général, légère ou moyenne avec les tailles moyennes (78 % et 7 %), avec les hautes tailles (46 % et 41 %) et avec les petites tailles (54 % et 45 %) ; elle peut être forte avec les tailles moyennes (14 %) et les hautes tailles (6 %), très forte avec les hautes tailles (4 %).

La brachyskélie est assez fréquente chez les sujets de petite taille (34 %), plus rare chez les sujets de taille moyenne (19 %) exceptionnelle chez les sujets de haute stature (1 %) ; elle est le plus souvent légère (87 %), parfois moyenne (12 %) avec les tailles moyennes, souvent légère (50 %), assez souvent moyenne (30 %), plus rarement forte (15 %) ou très forte (5 %) avec les petites tailles ; elle peut être forte avec une haute stature.

Voici ce qu'on remarque suivant le sexe.

Avec des tailles moyennes, les garçons sont mésoskèles et macroskèles avec une égale fréquence (50 %), ne sont pas brachyskèles ; les filles sont moins souvent mésoskèles (44 %), sont macroskèles et brachyskèles avec une égale fréquence (27 %).

Avec des hautes statures, les garçons sont le plus souvent macroskèles (86 %), plus rarement mésoskèles (13 %), jamais brachyskèles ; les filles sont le plus souvent mésoskèles (58 %), assez souvent macroskèles (39 %), exceptionnellement brachyskèles (2 %).

Avec des petites tailles, les garçons sont le plus souvent mésoskèles (58 %), assez souvent macroskèles (31 %), rarement brachyskèles (10 %) ; les filles sont le plus souvent brachyskèles (58 %), assez souvent mésoskèles (34 %), rarement macroskèles (6 %).

Si on compare les rapports de Manouvrier des sujets de haute stature et de petite taille, non plus avec les rapports moyens des sujets de mêmes âges, mais avec les rapports moyens des sujets plus âgés ou plus jeunes dont ils ont les tailles, voici ce qu'on constate.

Pour les sujets de haute stature, la proportion des mésoskèles augmente de 39 % à 52 %, celle des macroskèles diminue légèrement, de 58 % à 46 %, celle des brachyskèles ne se modifie pas ; la proportion des macroskélies légères augmente de 46 à 55 %, tandis que celle des macroskélies moyennes, fortes et très fortes diminue ; les garçons et les filles, envisagés séparément, se comportent de la même façon.

Pour les sujets de petite taille, la proportion des mésoskèles diminue de 46 % à 36 %, celle des brachyskèles de 34 % à 27 %, tandis que celle des macroskèles augmente de 18 % à 36 % ; la proportion des macroskélies légères et moyennes diminue respectivement de 54 % à 42 %, de 45 % à 42 %, tandis que celle des macroskélies fortes passe de 0 à 14 % ; la proportion des brachyskélies légères augmente de 50 % à 68 %, celle des brachyskélies moyennes ne se modifie pas (30 % et 31 %), tandis que celle des brachyskélies fortes et très fortes tombe de 15 % et 5 % à 0 ; les garçons et les filles envisagés séparément, se comportent de la même façon.

***

Les enfants et les jeunes gens, que leurs tailles soient moyennes, élevées ou petites, peuvent être mésoskèles, macroskèles ou brachyskèles. Toutefois ces diverses modalités se rencontrent, avec des proportions différentes dans chaque catégorie de tailles, que les garçons et les filles soient groupés ou envisagés séparément.

Pour les sujets de haute stature et de petite taille, il convient de comparer les rapports de Manourvier non seulement avec les rapports moyens des sujets de leur âge, mais avec les rapports moyens des sujets plus âgés ou plus jeunes dont ils ont les tailles. On constate ainsi que tel sujet de haute stature, qui était macroskèle, en ne considérant que son âge, est, en réalité, mésoskèle, si on tient compte de l'âge correspondant à sa taille. On constate inversement que tel sujet de petite taille, qui était mésoskèle pour son âge, est, en réalité, macroskèle, si on tient compte de l'âge correspondant à sa taille.

Le rapport de Manouvrier établit des différences intéressantes entre les enfants et les jeunes genes, soit de tailles différentes soit de mêmes tailles, que la stature soit moyenne, haute ou petite. Il convient de rechercher si ces différences ont une signification physiologique et pathologique, si elles possèdent une valeur séméiologique.

Pour le moment, nous retiendrons, que, pour étudier un enfant de taille supérieure ou inférieure aux moyennes, il est nécessaire :

1° De mesurer sa taille et d'évaluer l'écart qu'elle présente avec la taille moyenne de son âge ; on caractérise ainsi soit une *hypotrophie staturale* soit une *hypertrophie staturale*, qui, l'une et l'autre, peuvent être *légères, moyennes, fortes ou très fortes* ;

2° De mesurer son buste et ses membres inférieurs, de calculer le rapport de Manouvrier, de comparer celui-ci avec le rapport moyen de l'âge du sujet et avec le rapport moyen de l'âge dont le sujet a la taille ; on établit ainsi s'il est mésoskèle, macroskèle ou brachyskèle, si la macroskélie ou la mésoskélie sont légères, moyennes, fortes ou très fortes.

Ces données anthropométriques constituent des bases indispensables à la clinique.

Les formes péritonéales et les formes gastro-intestinales de la lithiase du rein,

Par S. DE SEZE,

Interne des hôpitaux de Paris.

« Les reins sont plaqués sur la paroi postérieure de l'abdomen. Seul, le feuillet pariétal postérieur du péritoine les sépare de la cavité péritonéale Cette cloison n'a qu'une épaisseur de quelques dixièmes de millimètre ; elle est mince et fragile presque transparente... et cependant c'est là la frontière qui sépare l'urologie de la chirurgie générale. L'urologiste qui opère par voie lombaire, connaît bien cette barrière, dont il s'efforce de ménager la fragilité ; mais de l'autre côté, le chirurgien, qui intervient par la voie abdominale, ne songe peut-être pas toujours assez à l'existence des organes rétro-péritonéaux ».

Ainsi s'exprime Ch. CLAVEL, qui, dans une thèse récente et très documentée (1), attire à nouveau l'attention, sur les erreurs de diagnostic qu'entraînent trop souvent certaines affections du rein, et tout particulièrement la lithiase rénale, lorsqu'elle prend le masque d'une affection gastrique, intestinale ou péritonéale Depuis les observations publiées en 1887 par DESNOS, et peu de temps après par ADENOT, par GUYON, par

(1) Syndromes péritonéaux et gastro-intestinaux dans les affections chirurgicales du rein. (Thèse de Lyon, 1929.

QUÉNU, depuis les travaux d'ensemble que leur a consacrés LOEPER, apportant au dossier plusieurs observations devenues classiques, les manifestations digestives des affections rénales sont bien connues — théoriquement — des médecins et des chirurgiens. Un fait n'en reste pas moins : en présence d'une occlusion intestinale, qu a nécessité une laparotomie, c'est un réflexe que d'explorer tout l'intestin, grêle et gros, à partir de l'angle iléo-cæcal, puis d'examiner successivement estomac, duodénum, foie et vésicule, enfin les organes du petit bassin. Songe-t-on toujours à palper les reins et les uretères ?

De même lorsqu'un malade se plaint de troubles gastriques ou intestinaux mal définis, l'estomac, le duodénum, l'appendice, le côlon, sont, l'un après l'autre, proposés à l'attention du médecin, soumis à l'investigation du radiologiste, ou offerts au bistouri du chirurgien... l'appendicectomie n'a pas donné l'amélioration escomptée, la gastro entérostomie n'a pas fait mieux, la vésicule a été enlevée en vain... Les différentes « pexies » sont entrées en jeu, avec leur cortège habituel de déceptions et de mécomptes... Combien de fois a-t-on songé à rechercher, par l'examen des urines par le cathétérisme des uretères, par la radiographie, par la pyélographie la lithiase dissimulée dont a cure serait immédiatement couronnée d'un succès éclatant ?

Avec CLAVEL, on doit distinguer, parmi les accidents trompeurs que peut engendrer une lithiase rénale latente, *les accidents abdominaux aigus* et *les états gastriques ou intestinaux chroniques.*

I. Les accidents abdominaux aigus d'origine lithiasique.

Les coliques néphrétiques à forme abdominale.

Les formes abdominales de la colique néphrétique sont assez fréquentes : le praticien devra s'en souvenir à l'occasion.

CLAVEL en distingue deux types : une forme généralisée, simulant une occlusion intestinale ; une forme localisée, simulant une appendicite aiguë

a) Lithiase rénale à symptomatologie d'*occlusion intestinale.*

Depuis la communication de DESNOS, en 1887, sur deux cas « d'étranglement intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques », plusieurs auteurs, français ou étrangers, ont observé de ces pseudo -occlusions dont un simple calcul migrateur est la cause. GUYON, qui faillit être opéré par Trélat, pour un faux iléus d'origine néphrétique, fit écrire dans la thèse de son élève Legueu : « Le ballonnement peut devenir si intense à chaque attaque de colique néphrétique, qu'on peut croire à première vue à une occlusion intestinale ». QUÉNU n'ignorait pas non plus ces accidents, lui qui fut transporté dans une maison de santé, pour y être opéré d'un moment à l'autre, en proie à un syndrome d'occlusion qui brusquement céda, en même temps qu'on retrouvait dans les urines un peu de sable, d'abord, puis un petit calcul typique.

Mais l'observation la plus suggestive est sans doute celle de LOEPER, où les troubles abdominaux se manifestèrent en trois étages successifs au cours de la migration du calcul. Pendant la première phase de la colique, le calcul placé dans le bassinet ou dans la partie supérieure de l'uretère donna lieu surtout à des vomissements. Puis, au fur et à mesure de la descente du caillou, les phénomènes intestinaux devinrent de plus en plus impressionnants : ballonnement du ventre, arrêt complet des matières et des gaz. Aspect typique d'occlusion intestinale ; par bonheur, le malade, qui avait pressenti son diagnostic, refusa l'intervention proposée. Survint alors la troisième phase, phase du ténesme rectal, annonçant l'arrivée du corps étranger dans l'uretère juxta-vésical, et enfin l'émission libératrice de deux petits calculs.

Dans cette observation, comme dans toutes les observations analogues, l'analogie avec l'occlusion intestinale est véritablement frappante : une malade de Delore allait être opérée, lorsqu'un toucher vaginal permit de percevoir un calcul arrêté dans la portion juxta-vertébrale de l'uretère droit. Le malade de Walther, professeur à la Faculté, avait déjà fait venir son élève pour pratiquer un anus iliaque, lorsque subitement le météorisme se dissipa, et le calcul fut expulsé. Le malade de Desnos s'était vu proposer une « gastrotomie » par Péan. Quénu fut transporté en maison de santé en vue d'une intervention imminente. Un malade de Gosset était amené de Londres à Paris, avec un diagnostic d'occlusion intestinale, pour y être opéré au plus vite. Une intervention avait été proposée et acceptée, dans le cas de Moutier.

Dans tous ces cas, un symptôme révélateur comme l'hématurie, ou bien la disparition instantanée des accidents, sous l'influence de l'évacuation calculeuse, permit au malade d'éviter la laparotomie imminente. Il n'en va pas toujours de même; il y a des formes graves, où l'intensité et la persistance des signes d'occlusion est telle que le diagnostic est redressé seulement au cours de l'intervention chirurgicale. Tel fut le cas pour le malade d'Huguier et Pauw, chez lequel la laparotomie exploratrice permit d'ailleurs de faire une constatation du plus haut intérêt : il existait deux sténoses spasmodiques serrées, l'une sur le côlon, occupant tout le trajet du côlon descendant ; l'autre sur l'intestin grêle, à deux mètres environ du duodénum, occupant une longueur d'un mètre environ. Entre les rétrécissements, l'intestin était violacé et distendu ; au niveau du spasme, il était pâle et d'un calibre extrêmement réduit, ne dépassant pas les dimensions d'un intestin de poulet.

Cette observation montre sur quel substratum réel et objectif, sinon organique, reposent, au moins dans certains cas, les accidents dramatiques et impressionnants de la colique néphrétique à forme « pseudo-occlusive »

b) Lithiase rénale à symptomatologie *d'appendicite.*

Il suffit de relire, entre autres, les observations de Stember et de Grant, pour avoir de frappants exemples des difficultés parfois angoissantes que soulève le diagnostic entre certaines coliques néphrétiques et certaines appendicites... Aucun indice, parfois, ne permet d'éviter au malade une intervention inutile.

Voici donc le problème nettement posé. Il y a des accidents d'occlusion, il y a des syndromes d'appendicite, qui relèvent d'une migration calculeuse, par ailleurs *entièrement latente.* Est-il possible de poser le diagnostic ? Oui, *à condition d'y penser.* Lorsqu'en effet l'hypothèse d'une origine rénale a été formulée, à l'aide de quels arguments peut-on s'efforcer de l'étayer ?

1° Il ne faut pas trop s'attendre à découvrir, même par un interrogatoire très serré, des antécédents lithiasiques. Les antécédents calculeux ne sont notés que trois fois sur les vingt observations réunies par CLAVEL.

2° Il faut acorder, par contre, une grosse importance à certains symptômes fournis par l'examen et par l'interrogatoire.

a) Il faut toujours rechercher *les points douloureux* de la lithiase rénale. Très souvent, il existe un point douloureux lombaire. LOEPER insiste sur le point douloureux siégeant *à l'extrémité antérieure de la* 11[e] *côte.* Assez souvent, on retrouve un point urétéral inférieur au toucher rectal ou vaginal. Très souvent, en tout cas, on est frappé par une prédominance *unilatérale* très nette des douleurs.

b) La douleur abdominale est souvent *atténuée par telle ou telle position prise par le malade* : en particulier, c'est tantôt la flexion, et tantôt l'extension de la cuisse, qui l'influencent favorablement.

c) *Le mode d'évolution des accidents* n'est pas moins significatif. Très souvent, il *porte le cachet de la lithiase.*

Le début est *brusque* dans la plupart des cas.

L'évolution se fait *par crises successives,* correspondant aux paroxysmes des contractions pyélo-urétérales, et séparées par des accalmies très marquées. Ce sont souvent ces accalmies qui, une fois l'intervention envisagée, font hésiter soit le malade, soit le chirurgien, sur l'opportunité de l'opération, laquelle est remise le plus souvent jusqu'à la débâcle intestinale libératrice.

d) Comme tous les accidents dus à la lithiase rénale, ces troubles abdominaux sont *influencés par les déplacements* du malade, par les transports qu'on lui fait subir : soit qu'ils appa-

raissent à l'occasion d'un voyage, soit au contraire que les secousses d'un véhicule aient un rôle favorable, désenclavant sans doute un calcul, et provoquant une débâcle à la fois intestinale et urinaire qui met fin à l'incertitude du diagnostic.

e) Mais c'est surtout *l'intégrité remarquable de l'état général* qui doit retenir l'attention du clinicien : LOEPER insiste beaucoup sur cette particularité. Le facies est bon, quoiqu'angoissé, est le pouls lent et bien frappé ; à cause de cet état général excellent, la plupart des malades de ce genre n'ont pas été opérés, quoique tous aient été à deux doigts de subir une laparotomie d'urgence. Le chirurgien reculait toujours, au dernier moment, devant l'acte opératoire, jugeant la symptomatologie de cette « occlusion » ou de cette « péritonite » assez bizarre ; tout compte fait, le malade ne donnant pas l'impression d'être en danger, on temporisait un jour ou deux et l'accalmie finale survenait.

3° Tous ces éléments, sinon de diagnostic, du moins de suspicion, ayant été réunis par une observation attentive, on doit résolument diriger les investigations *vers l'appareil urinaire.*

L'examen des urines est sans résultat si l'on se contente d'un examen macroscopique et d'une simple recherche de l'albumine. Il faut recourir au microscope, et savoir, suivant le conseil de LOEPER, répéter chaque jour l'examen microscopique, guettant pour ainsi dire l'apparition des hématies, des polynucléaires, dans le culot de centrifugation. Dans une observation très significative de LOEPER, les examens d'urine faits en série donnèrent les résultats suivants :

4 avril : ni hématies, ni leucocytes, ni cellules épithéliales.
5 avril : acide urique, 0 gr. 63, quelques leucocytes.
7 avril : acide urique, 1 gr. 25, cristaux d'oxalate de chaux, quelques cellules rénales.
8 avril : leucocytes, hématies.
Enfin, élimination de petits calculs.

Si l'on s'était contenté d'un ou deux examens microscopiques, le diagnostic n'aurait pas été posé à temps pour éviter une intervention inutile.

Bien entendu, les moyens d'exploration complémentaire seront d'un précieux secours. Non seulement la radiographie, mais encore lorsqu'il est possible, une cystoscopie suivie de cathétérisme des uretères On a beaucoup insisté sur la collaboration, en chirurgie nerveuse, du neurologiste et du chirurgien. En matière de chirurgie abdominale, l'aide de l'urologiste est aussi nécessaire, et doit fournir des résultats aussi féconds » (CLAVEL).

II. Les états gastriques ou intestinaux chroniques d'origine lithiasique.

Certains calculs du bassinet, qui ne se traduisent par aucun signe urinaire notable, se manifestent seulement par des accidents d'ordre gastrique ou d'ordre intestinal : il existe des formes *dyspeptiques* et des formes *entéritiques* de la lithiase rénale latente.

1° *Formes dyspeptiques de la lithiase rénale latente.*

Entrevus par Guyon en France, par Rosenstein, Elstein, Sternberg, à l'étranger, ces faits ont été observés à nouveau et étudiés plus complètement par LOEPER, qui leur a consacré une de ses leçons de pathologie digestive. Deux types bien différents peuvent se rencontrer.

a) La dyspepsie *flatulente*, ou aérogastrique est une des plus fréquemment observées. C'est une *crise de dyspepsie*, très passagère, une sorte de crise d'intolérance gastrique où l'aérogastrie tient la première place. Un malade de LOEPER en fournit un exemple typique. C'est un homme de 47 ans, ayant habituellement un très bon estomac, qui brusquement est pris d'une dyspepsie intense avec aérogastrie, éructations, oppression post-prandiale, douleurs de distension gastrique. Au quinzième jour de cette sorte de « crise de gaz », suivant l'expression du malade, celui-ci fit une hématurie et évacua un petit calcul urique du volume d'une lentille.

b) *Les douleurs tardives, réalisant un syndrome de spasme pylorique* sont quelquefois la seule traduction clinique d'un calcul du bassinet, surtout du bassinet droit. LOEPER en a rapporté une observation très typique. Un malade de 41 ans, se présentait absolument avec l'allure clinique d'un ulcus pylorique ou duodénal : douleurs tardives, vomissements ; bien plus la radioscopie montrait un ralentissement de l'évacuation pylorique avec exagération notable des contractions de l'estomac. Or, il s'agissait manifestement d'un lithiasique, présentant une élimination de sable urique : le spasme pylorique n'avait pas d'autre origine que la lithiase elle-même. CLAVEL raconte l'histoire très suggestive d'une femme de 28 ans qui fut considérée, pendant 10 ans, comme atteinte d'un ulcère duodénal. Souffrant de douleurs tardives évoluant par crises espacées, elle avait consulté un grand nombre de médecins, dont plusieurs très notables. Tous avaient conclu à la probabilité d'un ulcus gastrique ou duodénal : la radio confirmait l'existence d'un spasme pylorique et d'un retard considérable à l'évacuation de l'estomac. Malgré le bismuth, malgré les alcalins, malgré un régime sévère, les troubles digestifs persistèrent, entraînant un amaigrissement de plusieurs kilos. Bientôt survinrent des crises d'aérogastrie, des vomissements incessants, faisant obstacle à l'alimentation : on commence à parler de névropathie... Subitement, survient une colique néphrétique typique, aboutissant à l'élimination spontanée d'un calcul triangulaire à nombreuses aspérités. Une radiographie exécutée les jours suivants montra de petits calculs multiples disséminés dans le fond des calices du rein gauche.

2° *Formes intestinales de la lithiase rénale latente.*

Les manifestations intestinales de la lithiase rénale latente. sont plus fréquentes encore que les manifestations gastriques.

a) *L'entéro-colite muco-membraneuse* est une des réponses les plus habituelles de la muqueuse colique aux excitations réflexes parties d'une lithiase latente. Soupault et Jouaust, Lucri, Tixier ont publié des observations très instructives, où l'on voit des malades soignés pendant des années pour des troubles intestinaux de long cours, jusqu'au jour où une colique néphrétique, une hématurie, une radiographie, décèlent le caillou responsable.

b) Dans de nombreux cas, c'est vers un diagnostic d'*appendicite chronique* que s'orientent, pendant de longs mois, médecins et chirurgiens. Stewart, Sternberg, Godlee, ont insisté sur la fréquence, sinon sur la banalité, de cette sorte d'erreur.

c) Il faut faire une place à part à ces cas d'allure si atypique où le retentissement de la lithiase rénale sur le gros intestin se traduit par des accidents de *pneumatose localisée du côlon.* LOEPER a parfaitement décrit les accidents de cette nature. Un de ses malades se plaignait de coliques violentes, suivies de besoins impérieux, de ballonnement, avec émission abondante de gaz. La radioscopie montra une énorme distension gazeuse limitée au gros intestin. On pensa à une affection intestinale et le malade fit inutilement trois saisons à Marienbad. Une crise colique plus violente, terminée par une hématurie sableuse, permit de poser le diagnostic véritable.

d) On trouvera enfin dans la thèse de CLAVEL l'observation fort curieuse, d'un homme de 60 ans, chez qui l'apparition de débâcles diarrhéiques, succédant à des phases de constipation, s'accompagnant d'anorexie et d'amaigrissement et de douleurs dans la fosse iliaque gauche. fit poser un diagnostic de *cancer du côlon descendant*... Cependant, un examen plus approfondi, comprenant une investigation radiographique de tous les organes, découvrit dans le rein gauche un calcul gros comme une petite noix. L'ablation du calcul fit disparaître tous les troubles intestinaux : rapidement l'appétit se rétablit, avec l'embonpoint et l'activité normale.

Lorsqu'un caillou rénal se *présente* avec une symptomatologie aussi fallacieuse, faut-il admettre que l'erreur est inévitable ? Une analyse minutieuse des faits peut-elle au contraire mettre sur la voie du diagnostic ?

BIBLIOGRAPHIE

La coprologie en pratique médicale, par R. DESCHIENS et R. CARVAILLO. Préface de M. LE NOIR. 1 vol. 150 pages, 14 pl. couleurs et 3 en noir : 35 fr. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Ce livre est avant tout *pratique*.

Il met à la disposition des laboratoires ou des médecins isolés une technique d'analyse des selles et une séméiologie des déjections, simples, précises, et à la fois très étudiées, mises au point et appliquées dans le service de gastro-entérologie de M. Le Noir, à l'hôpital Saint-Antoine.

Les auteurs, après avoir décrit les signes coprologiques, macroscopiques, microscopiques et chimiques, organisent ces signes en syndromes coprologiques bien définis, et étudient parallèlement les symptômes et le traitement correspondant à chaque syndrome.

De nombreuses planches en couleurs et des textes schématiques rassemblent sous les yeux des lecteurs, pour chaque type de selle, ses caractères diagnostiques essentiels.

L'ouvrage se termine par une étude zoologique et clinique condensée mais complète, des parasites du tube digestif.

Cet ouvrage réalise ce qu'il voulait être : il est médicalement, *complet, clair et utile*.

Traitement des diarrhées chroniques, par le Dr SAVIGNAC. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 8 francs (2e édition).

Dans cette réédition, l'auteur a repris exactement le plan de la première et suivi la même idée directrice de faire œuvre de praticien pour les praticiens. Il a donc passé en revue tous les cas, ou à peu près, en face desquels peut se trouver journellement le médecin et il a donné pour chacun d'eux le traitement opportun. C'est ainsi qu'il a successivement envisagé, comme dans la première édition : les fausses diarrhées, les diarrhées dans les colites simples chroniques, soit de fermentation, soit de putréfaction et suivant la localisation lésionnelle, la cause qui l'engendre (parasite, tuberculose, syphilis, troubles endocriniens ou nerveux). Toutes ces questions ont été remises au point d'après les travaux parus jusqu'à ce jour, et les acquisitions personnelles de l'auteur. C'est ainsi qu'il a repris, revu ou développé la question des traitements vaccinaux, du traitement par les arsenicaux pentavalents (tréparsol, stovarsol, etc.), des diarrhées parasitaires (amibiase surtout) et des diarrhées tuberculeuses.

Tous les traitements sont exposés de façon aussi claire que possible, mais avec tous les détails nécessaires afin que le praticien puisse réaliser une ordonnance précise et complète.

Les maladies des vésicules séminales, par E. CHAUVIN. In-8°, 216 pages, 42 figures : 40 fr. Editions médicales, N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6e.

On ignore généralement en Europe la pathologie des vésicules et souven le toucher rectal est, en urologie, synonyme de toucher prostatique.

Les Américains considèrent l'urétrite chronique comme presque toujours entretenue par une vésiculite. Les troubles que nous lui attribuons seraient pour la plupart des symptômes de la lésion vésiculaire, et ses complications les plus graves, telles que les arthrites gonococciques, seraient en réalité des complications de la vésiculite qui prend ainsi une importance essentielle, en pathologie uro-génitale.

Des Européens qui ne voient presque jamais de vésiculites et des Américains qui en voient chez presque tous leurs urinaires, lesquels sont dans le vrai ? Les autres se trompent-ils, ou la vérité n'est-elle pas, une fois de plus dans une juste mesure ?

A l'étranger, divers auteurs ont exposé la question et ont tenté de la résoudre. Voelker en Allemagne, François en Belgique, Chiaudano en Italie ont montré que la vésiculite existait réellement et que, sans être la lésion essentielle des affections urétrogénitales, elle n'en jouait pas moins en pathologie urinaire un rôle important.

Il a paru utile à l'A., en consacrant à ce sujet un travail français, de résumer dans son ensemble la pathologie des vésicules : En plus des infections gonococciques, ces organes peuvent présenter des lésions diverses dont l'étude, pour ne pas être classique, n'est cependant pas sans intérêt.

Etude sur le Parménide de Platon, par Jean WAHL. Un volume in-8 écu, de 280 pages : 26 fr. Les Editions Rieder.

Voici, dû à l'un des jeunes maîtres de la philosophie contemporaine Jean Wahl, Professeur à la Faculté des Lettres de Lyon, un ouvrage dont la lecture intéressera infiniment ceux de nos confrères qui aiment à envisager les problèmes les plus délicats de la pensée.

Rappelons, pour ceux qui n'ont pas le loisir de revenir fréquemment à leurs études classiques, ce qu'est le *Parménide*.

Le platonisme est défini souvent comme une explication du monde par les idées. Mais comment doivent être conçus les rapports entre le monde et les idées ? quels sont les rapports des idées entre elles ? Les objections qu'Aristote devait soulever contre son ancien maître, Platon les avait formulées lui-même dans ce dialogue paradoxal où les critiques les plus fortes sont adressées à la théorie qu'on lui attribue généralement. La première partie semble donc être la réfutation du platonisme ; en réalité, elle pose le problème. La seconde semble être un exercice purement logique sur les rapports de l'un et du multiple ; en réalité, elle résout le problème posé. De même que l'un est uni au multiple, de même les idées sont unies entre elles et unies au monde sensible. Elles jouent le rôle de ce qu'Aristote appelle formes par rapport au monde sensible. Mais ce ne sont pas formes immobiles, ce sont formes en mouvement. Ainsi, non content d'avoir dérouté le lecteur en semblant ruiner sa propre théorie, Platon place dans la bouche du principal interlocuteur du dialogue, Parménide, une réfutation des théories soutenues par des disciples de Parménide. Il laisse deviner que de même que le faux éléatisme et le faux socratisme se rejoignent naturellement en une sorte d'intellectualisme figé, la pensée réelle de Platon et celle de Parménide pourraient se rejoindre, mais à de plus grandes profondeurs, à condition d'abandonner certaines de leurs présuppositions.

L'étude s'efforce de ne laisser de côté aucun des aspects essentiels, si contradictoires qu'ils puissent paraître, du dialogue platonicien. C'est dans l'acte par lequel on va d'un aspect à l'autre que l'essence du platonisme peut être saisie. Et s'il ne convient pas de voir dans le Parménide, avec Jamblique, Proclus, Damascius, l'exposé de la « théologie » platonicienne, du moins peut-on l'envisager comme l'effort le plus tendu qu'ait fait Platon pour entrevoir ce que sont l'Un ineffable, l'unité des choses, le temps et l'instant, l'action de la limite sur le multiple, pour démontrer à la fois la nécessité de l'Un et de Matière, la transcendance et l'immanence des idées.

Ce bel ouvrage, élégamment édité, fait grand honneur à son auteur le Professeur Jean Wahl. C'est une œuvre à la fois subtile et profonde, documentaire et originale qui a sa place parmi les ouvrages de fond de toutes les bibliothèques bien composées. Dr E. DE M.

Il semble que l'origine lithiasique des troubles observés puisse être soupçonnée sur deux indices :

1° *Le mode d'évolution* est souvent assez caractéristique. Cette évolution procède par crises, de durée variable, mais dont le début et la fin sont particulièrement *brusques*. D'emblée, tous les troubles s'installent : il n'y a pas cette période d'apparition progressive et d'aggravation lente qui marque le début des affections autonomes de l'estomac ou de l'intestin. D'autre part, la crise se termine du jour au lendemain, au lieu de s'atténuer progressivement, comme c'est le plus souvent le cas dans la guérison d'une maladie proprement gastrique ou intestinale.

2° *Les résultats négatifs du traitement* n'ont pas une moindre importance. Lorsqu'une lithiase est à l'origine de troubles gastriques ou intestinaux, *ces troubles ne sont nullement améliorés par une thérapeutique digestive*. Ce sont des malades qui ont absorbé déjà, lorsqu'on est appelé à les voir, des quantités énormes de bismuth, de kaolin, de poudres alcalines, *sans en éprouver le moindre soulagement*. Or, il est très rare que des troubles provenant vraiment de l'estomac, du pylore ou de l'intestin lui-même, ne soient nullement influencés par le régime entéritique ou par les pansements gastriques. L'échec de la thérapeutique *oblige donc à chercher autre chose*.

C'est alors que prennent toute leur importance les multiples moyens d'investigation dont dispose aujourd'hui l'urologiste pour pratiquer l'exploration complète de l'appareil rénal : l'examen microscopique des urines, la radiographie, le cathétérisme des uretères, la pyélographie, qui vont partir à la recherche de ce caillou dissimulé, cause silencieuse de tout le mal.

« De même qu'actuellement on ne prétend plus avoir examiné un poumon sans l'avoir ausculté et radiographié, de même on ne peut plus parler d'examen rénal sans radiographie, pyélographie et cathétérisme des uretères avec analyse chimique et microscopique des urines séparées » (CLAVEL).

* * *

Tels sont les faits. Reste à les interpréter ?

Pour expliquer le retentissement des affections du rein sur les viscères digestifs, il est évidemment possible d'invoquer tout simplement les rapports anatomiques intimes qui unissent les reins et les uretères, d'une part, avec l'estomac, le duodénum, les angles coliques, et l'appendice. LOEPER a souvent insisté sur ce fait que l'on voit se projeter à peu près sur le même point de la paroi abdominale antérieure, le bassinet et la naissance de l'uretère, le pylore et le duodénum, la vésicule et les voies biliaires, l'angle droit du côlon et l'origine du transverse. Rien d'étonnant à ce qu'un processus inflammatoire chronique, parti d'un bassinet ou d'un uretère calculeux, puisse se propager vers le péritoine voisin déterminant des adhérences qui troublent le fonctionnement du pylore, du duodénum, du gros intestin et même des voies biliaires.

En réalité, pour directs et immédiats qu'ils soient, les rapports anatomiques des reins avec le tractus gastro-intestinal n'expliquent pas tout. Dans la plupart des cas, les troubles gastro-intestinaux ont éclaté brusquement ; ils atteignent à la fois, sans corrélation apparente, plusieurs étages du tube digestif ; la suppression de la maladie rénale les a guéris de façon presque instantanée. Comment, dans ces conditions, ne pas songer à une corrélation *réflexe* d'ordre nerveux ? LOEPER, dans ses leçons de pathologie digestive, émet, au sujet des *réflexes réno-digestifs*, d'ingénieuses réflexions pathogéniques, fondées sur un schéma des connexions nerveuses du plexus rénal. CLAVEL, dans un important chapitre de sa thèse, revient sur cette question des réflexes réno-digestifs et des connexions nerveuses suivant les deux appareils. Ses conclusions s'accordent point par point avec celles de LOEPER. Il a d'abord vérifié par des dissections attentives, l'existence de ces connexions nerveuses entre les plexus rénaux et les plexus digestifs : elles lui sont apparues constantes. De plus il a constaté que le plexus rénal doit présenter surtout des connexions avec le plexus cardiaque et le plexus mésentérique supérieur, c'est-à-dire en somme avec l'innervation de l'*estomac, du grêle* et de la *portion droite des côlons*. Le plexus rénal gauche, par contre, est anastomosé surtout avec le plexus mésentérique inférieur, c'est-à-dire, somme toute, avec les nerfs du côlon descendant et du rectum. Expérimentant sur le chien, CLAVEL, a pu observer en outre la traduction *physiologique* de ces connexions nerveuses *anatomiques*. A plusieurs reprises, il a pu obtenir, par des excitations portant sur le rein gauche (pincement, grattage, etc.), une modification immédiate et très intense de la motricité du côlon : tantôt, il s'agissait d'une inhibition totale de la motricité, tantôt au contraire, l'excitation rénale provoquait un renforcement intense du péristaltisme, avec trains d'ondes successives puissantes et régulières.

Conclusion.

Autant et plus que l'hydronéphrose, la lithiase rénale est la grande simulatrice. Chirurgien et médecin sont exposés, l'un et l'autre, à rencontrer de ces lithiases masquées, sur lesquelles le diagnostic achoppe. Le premier doit y penser devant un syndrome d'occlusion intestinale bizarre ou d'appendicite atypique, provoqué par un déplacement, modifié par l'attitude, entrecoupé d'accalmies étranges, accompagné d'une conservation paradoxale de l'état général. Le second doit songer, lui aussi, à un calcul dissimulé, devant un syndrome dyspeptique, rebelle aux pansements gastriques, devant un syndrome gastrique de colite muco-membraneuse rebelle au régime, ou devant certains accidents de pneumatose colique réalisant l'une ou l'autre des deux variétés de « conflits gastro-coliques » décrits par LOEPER. Il devra y songer surtout lorsque ces troubles gastro intestinaux présentent des paroxysmes insolites, et se déroulent avec une allure désordonnée, capricieuse, qui ne rappelle en rien ces *rythmes douloureux à horaire déterminé* en l'absence desquels un diagnostic de lésion du tube digestif n'est jamais bien solide.

CHRONIQUE

Le dernier livre d'Henri Leclerc.

Il y a toujours plaisir et profit à lire les ouvrages du Dr Henri LECLERC. Son style évocateur et imagé rend attrayante l'étude des plantes qui guérissent. Et, au cours des pages parcourues, on prend une bonne leçon de philosophie médicale : beaucoup de modestie à voir combien fragiles étaient tel ou tel châtean de cartes édifiés par les anciens thérapeutes, mais aussi beaucoup de confiance dans la *Natura medicatrix* et dans le Temps.

Ce n'est point, d'ailleurs, qu'il faille faire fi de l'aide que procurent certains médicaments anodins et certains médicaments oubliés ou méconnus. Il est peu de médecins qui n'aient eu à se louer des conseils révélés par Henri LECLERC. Et il n'est pas moins important, le suivant dans la boutique des épiciers, d'apprendre à connaître les épices (1) qui favorisent la digestion et celles qui déchaînent de redoutables incendies depuis le pharynx jusqu'aux hémorroïdes.

Le poivre noir. Le poivre long. A l'exception des hépatiques, des urinaires et des sujets atteints de dermatoses, H. LECLERC en permet l'emploi modéré au commun des mortels ; certains dyspeptiques par insuffisance salivaire ou pancréatique pouvant, même, en obtenir de bons effets, car c'est un puissant stimulant de toutes les glandes digestives. Le pharmacologiste allemand GOTTLIEB a pu constater, sous son influence, une augmentation du triple au quadruple de la sécrétion pancréatique qui, bien que produite

(1) Henri LECLERC. — Les épices, plantes condimentaires de la France et des colonies. Leur histoire, leurs usages alimentaires, leurs vertus thérapeutiques, MASSON et Cie, édit., 1929.

en telle abondance et, par conséquent, plus aqueuse qu'à l'ordinaire, conserve pleinement son pouvoir digestif envers les hydrates de carbone, les graisses et les albumidoïdes. Aussi est-il utile pour aider à digérer les charcuteries et es grosses viandes et accompagne-t-il avantageusement les légumineuses et les salades.

Bien que les physiologistes aient reconnu à la pipérine une action vaso-motrice qui paraît justifier son emploi comme fébrifuge, le poivre a été banni du *Codex*.

Le poivre long, exerce sur les sécrétions bronchiques une action manifeste en les fluidifiant et en favorisant leur expulsion : H. Leclerc en a obtenu d'excellents résultats dans la bronchoplégie des vieillards.

La muscade. L'essence de muscade serait, d'après Cadéac et Meunier, un stupéfiant de l'intelligence et un sédatif de la circulation : plusieurs cas d'empoisonnement ont été publiés. Les symptômes présentaient beaucoup d'analogie avec ceux de l'intoxication aiguë par l'alcool (délire, hallucinations, perte de connaissance) ; dans un cas mortel, on constata une mydriase telle qu'on aurait pu croire à un empoisonnement par la belladone.

Ces effets physiologiques cadrent assez mal avec la pratique de nos pères que nous avons vus employer la muscade à profusion. Mais il y a dose et dose.

On peut en permettre l'usage à ceux qui apprécient sa saveur fine et parfumée et qui ne pourraient sans son secours, digérer les épinards, ni supporter les relents de suint qu'exhale parfois le gigot de mouton ; enfin aux malades que météorisent les féculents, H. Leclerc s'est bien trouvé de prescrire, après les repas, une tisane obtenue en faisant infuser dix minutes, dans une grande tasse d'eau bouillante, 1 gramme de muscade finement émincée et 5 grammes de feuilles de mélisse.

Le clou de girofle renferme un principe amer, la caryophylline, du tanin et de 13 à 19 % d'essence fluide et de teinte jaune brunâtre dont le principal constituant est l'eugénol.

Celle-ci serait, d'après Cadéac et Meunier, douée de vertus narcotiques, vertus qui légitiment sa présence dans le laudanum de Sydenham comme adjuvant de l'opium.

Ce serait un des meilleurs pansements du cordon ombilical.

Le clou de girofle est, avec le poivre, une des épices qui ont conservé leur place dans l'art culinaire.

La gingembre. Chez les dyspeptiques nerveux présentant de l'anorexie, la stimulation que le gingembre exerce sur les papilles gustatives retentit sur les glandes digestives augmentant ainsi la sécrétion du suc gastrique. On administre la teinture immédiatement avant les repas à la dose de X à XX gouttes.

La cannelle. Dans la grippe accompagnée d'adynamie, elle rend de réels services. On peut la prescrire suivant la méthode indiquée par C. Ross : faire prendre d'abord dans un demi-verre d'eau dix gouttes d'essence de cannelle à deux reprises et à une heure d'intervalle, deux heures après dix gouttes et ainsi toutes les heures, sans interruption jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale. Lorsqu'il n'existe plus de fièvre, on se contente d'administrer dix gouttes trois fois par jour dans les 24 ou 48 heures suivantes. Quand la grippe est ainsi traitée dès le début, c'est-à-dire dans les trois ou quatre premières heures, l'essence de cannelle jugule, pour ainsi dire l'élévation de la température en l'espace de douze heures : la dépression physique est modifiée de façon telle que les malades peuvent au besoin, sortir et vaquer à leurs occupations dès le second ou le troisième jour du traitement.

H. Leclerc signale un moyen très pratique de faire accepter le *yoghourt* aux nombreux malades à qui répugnent ce produit : il consiste à additionner chaque pot d'une à deux cuillerées à café d'un mélange de 3 parties de sucre et deux parties de poudre de cannelle. On obtient ainsi une crème d'une jolie teinte kaki clair qui joint aux vertus analeptiques et désintoxicantes du lait caillé les effets roboratifs de la cannelle.

La vanille. On en obtient de bons effets dans les bronchites chroniques, où elle agit en modifiant les sécrétions et en facilitant leur expulsion. Aux vieillards que tourmente un catarrhe rebelle, aux fumeurs atteints de trachéite opiniâtre, H. Leclerc prescrit souvent la potion suivante :

Teinture de vanille	15 gr.
— de safran	2 gr.
— d'aunée	3 gr.
Vin de Samos	150 gr.
Sirop simple	50 gr.

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Ses vertus stimulantes en légitiment également l'emploi pour réveiller le tonus gastrique chez les sujets présentant de la dyspepsie hyposthénique avec flatulence, dans l'anorexie des convalescents : on leur conseillera la teinture associée aux amers.

Teinture de vanille	10 gr.
— de chardon bénit	6 gr.
— de Fève de St-Ignace	4 gr.

XX gouttes avant chacun des deux repas.

Prescrite à fortes doses, la vanille jouit de sa réputation d'être aphrodisiaque ; H. Leclerc l'a vue, en effet, se montrer secourable à des malades en proie à une impuissance d'ordre psychique.

Les pigments. Les bons effets qu'on peut obtenir du pigment dans le traitement des hémorroïdes ont été jadis l'objet de discussions importantes.

Certains auteurs emploient l'extrait dans le delirium tremens et obtiennent un retour du sommeil suivi de sueurs profuses et d'émissions abondantes d'urine, les effets qu'on deut imputer à l'action du remède sur le système nerveux intestinal : les résultats sont également satisfaisants chez les alcooliques atteints de pneumonie à qui l'on a administré, toutes les trois heures, une cuillerée à soupe de la potion suivante ;

Teinture de capsicum annuum	4 gr.
Eau	180 gr.

Ce traitement ferait avorter, ou du moins, atténuer l'intensité des accès du délire, exercerait une action favorable sur le cœur, réveillerait l'appétit et ramènerait un sommeil calme et profond.

Le curcuma. Inusité de nos jours en médecine, le curcuma pourrait, cependant, rendre quelques services comme stimulant diffusible, surtout dans les cas où une sage expectation est de rigueur. Un ancien médecin de la marine, qu'a connu H. Leclerc et qui ne croyait guère à la pharmacopée, sachant que l'abstention thérapeutique est la pire des fautes, ordonnait aux nombreux malades qui lui réclamaient des drogues une ordonnance ainsi conçue :

Racine concassée de curcuma	1 gr.
Bonne eau de fontaine portée à l'ébullition	4 onces.

Faire infuser, *secundem artem*, et ajouter :

Saccharum albissimum	4 gr.

Cette prescription en style macaronique fournissait une liqueur dorée, parfumée et sucrée dont l'action « diplomatique » avait valu à son inventeur de nombreux succès.

Le cardamome et la maniguette. Dioscoride prétendait que son odeur avait une telle puissance qu'il suffisait qu'une femme enceinte la respirât pour tuer l'enfant qu'elle portait dans son ventre : elle paraissait toutefois assez suave pour que certains ecclésiastiques, dont Saint-Jérome blâ-

mait la sensualité, se servissent comme parfum d'un mélange de cardomome et de musc.

Il peut rendre de réels services chez les malades atteints de troubles cardiaques liés à une neuropathie dyspeptique, dans les cas si fréquents où, suivant l'heureuse expression de MARTINET, « le cœur est témoin, l'estomac et le système nerveux sont les seuls coupables ». H. LECLERC a vu des crises de palpitations avec extrasystoles, angoisse précordiale, céder à l'absorption d'une infusion de semences de cardamome à 3 % ou de XV à XX gouttes dans un peu d'eau.

Le safran. Une femme, rapporte SÉRAPION, qui, depuis plnsieurs jours, était en mal d'enfant, ayant pris deux drachmes de safran, accoucha aussitôt : H. LECLERC a vu ce fait se renouveler à la suite de nombreuses expériences. SAVONAROLE rapporte que c'était chez les dames italiennes un médicament communément employé pour favoriser la menstruation et pour faciliter l'accouchement ; sa réputation comme substance propre à provoquer l'écoulement du sang. DESCOURTILZ prétendait avoir vu sa seule odeur occasionner des pertes utérines chez les femmes récemment accouchées. DESBOIS et ROCHEFORT le considéraient comme tonique, carminatif, expectorant et fébrifuge et vantaient son utilité quand il faut exciter le flux excataménial ou lochial.

Son usage est particulièrement indiqué dans les dysménorrhées douloureuses où il agit à la fois comme tonique en réveillant la contractilité du muscle utérin, comme sédatif en diminuant les spasmes et les douleurs lombaires qui en résultent.

Tous les cas de dysménorrhée ne sont pas également justiciables du safran : médiocrement actif ou même complètement inactif chez les femmes arthritiques, chez les pléthoriques hypertendues, chez celles dont l'utérus a des tendances à scléroser, il est, au contraire, spécialement indiqué chez les anémiques, chez les éclopées du système nerveux organo-végétatif, chez les candidates de la tuberculose, dans les cas d'insuffisance ovarienne ou il s'affirme comme un utile adjuvant de la médication opothérapique.

On peut l'employer en infusion ou en potion ou, plus simplement, faire prendre après chacun des deux repas, dans une tasse de tilleul, 1 à 2 cuillerées à dessert d'élixir de Garus.

La capre. — Les médecins de jadis lui attribuaient de nombreuses vertus thérapeutiques : DIOSCORIDE, PLINE, GALIEN en prônent l'efficacité dans les obstructions de la rate, pour favoriser la diurèse et la menstruation.

Son écorce fut vantée par TRONCHIN qui la mit en vogue dans le traitement des vapeurs hystériques.

La moutarde.— DIOSCORIDE la recommande pour délivrer les femmes des suffocations vulvaires.

Le raifort a une réputation d'antiscorbutique bien connue et méritée.

Le thym. — AËTIUS le recommandait aux mélancoliques, à ceux qui ont l'esprit troublé ou hanté par l'épouvante. Il passait, en outre, pour soulager les asthmatiques, pour chasser les vers, pour produire les effets diurétiques et emménagogues.

Grâce à son action sur les centres nerveux, il détermine une excitation énergique des vasa-vasorum et par conséquent active la circulation des capillaires, favorise et rend plus complète les combustions organiques les plus intimes et les plus profondes.

Les bains additionnés d'essence de thym sont utiles pour relever les forces des malades, pour activer les fonctions cutanées des rhumatisants. On peut, comme le conseillait TOPINARD, mêler à l'eau du bain de 0 gr. 50 à 2 grammes d'essence préalablement dissoute dans l'alcool ou mieux en verser deux grammes dans un flacon contenant de 250 à 350 grammes de sous-carbonate de soude : cette préparation sera faite la veille du jour où l'on doit prendre le bain.

Le laurier est utile dans les bronchites.

La sarriette. — Rien, dans la sarriette, ne légitimerait la réputation d'aphrodisiaque que lui ont faite nos pères. C'est un carminatif efficace : c'était une coutume chez les Belges d'en assaisonner les fèves, les choux.

L'anis.. — DIOSCORIDE lui reconnaissait une grande efficacité pour calmer les douleurs, activer la diurèse et exercer des effets aphrodisiaques et galactagogues. LAZARE RIVIÈRE cite le cas d'une moniale, qui, souffrant de douleurs atroces au moment des règles, fut instantanément soulagée grâce à l'usage de l'essence d'anis dans du vin ou dans du bouillon.

Les graines de l'anis qui constituaient avec celles du fenouil, du cumin et du carvi, les quatre semences chaudes majeures, étaient considérées par les vieux maîtres de la thérapeutique comme excitatives, anodines, cordiales, stomachiques et carminatives.

Le carvi, l'aneth et le cumin. — On peut recommander l'infusion d'aneth d'un goût très alliciant, comme une bonne boisson post-prandiale, surtout si l'on associe sa semence à celle de l'angélique dans les proportions suivantes :

Semence d'aneth	30 gr.
Semences d'angélique	20 gr.
Tilleul	50 gr.

une cuillerée à soupe pour une tasse d'ean bouillante : laisser infuser 15 minutes.

D'après CULLEN, le cumin est un carminatif plus puissant qu'aucun autre médicament de ce nom, en même temps qu'un excellent antispasmodique.

Enfin différents auteurs lui ont attribué des propriétés galactogènes qu'il partage, d'ailleurs, avec les autres ombellifères aromatiques.

Le cerfeuil. — Si le cerfeuil a cessé de guérir le cancer. s'il n'est plus, comme le croyait PLENCK, un remède efficace des furoncles, du varicocèle et des exanthèmes de l'anus, si nous sourions en lisant dans DESBOIS DE ROCHEFORT qu'il est très utile dans les engorgements de matrice, ses propriétés tempérantes et diurétiques lui valent l'honneur de figurer dans le bouillon aux herbes ou apozème d'oseille composé :

Herbe fraîche d'oseille	40 gr.
Herbe fraîche de laitue	20 gr.
Herbe fraîche de poirée	10 gr.
Herbe fraîche de cerfeuil	10 gr.
Eau	1000 gr.

Faire cuire et ajoutez :

Sel de cuisine	2 gr.
Beurre frais	5 gr.

La pimprenelle.—Deux observations, l'une de THOMAS BARTHOLIN, l'autre de GUY RIEDLIN ont trait aux services qu'elle rend dans les flux hémorroïdaires et dans les métrorragies. Elle a, d'autre part, une très nette action antidiarrhéique.

Le persil. — DIOSCORIDE et PLINE recommandent ses graines et ses racines pour favoriser la diurèse et provoquer la menstruation : PAUL d'EGINE le vante pour remédier à la suppression des règles et ORIBASE pour combattre la stérilité lorsqu'elle est occasionnée par l'abondance des flatuosités.

Des observations de GALLIGO, de POGGESCHI et de MAROTTE ne laissent pas de doute sur les propriétés emménagogues de l'apiol et montrent que cette substance est douée d'une réelle efficacité pour rétablir le cours du flux menstruel, pour le régulariser lorsqu'il est irrégulier ou insuffisant, pour faire disparaître les manifestations douloureuses qui l'accompagnent ; d'après M. I. THEODORESCU,

l'action analgésiante du médicament s'exerçait même sur l'utérus gravide dont cet auteur a vu, sous l'influence d'une décoction de semences de persil à 30 % des contractions devenir indolores par suite d'un mécanisme qu'il attribue à la paralysie des nerfs sensitifs de l'utérus.

D'autres condiments, tel l'estragon, la capucine, le fenouil, sont étudiés également dans ce livre, dont il faut recommander très chaudement la lecture aux diététiciens et aux gastronomes.

Henri VIGNES.

BULLETIN DU PROGRÈS MÉDICAL

Organisation générale et administration de l'hygiène en France.

Lorsqu'il faut renoncer à une appréciation d'ordre général afin de passer à un examen attentif des faits, on est tenté de reculer devant la tâche difficile par suite d'une documentation imposante. Certes, en ce qui concerne l'hygiène, le travail serait tout particulièrement difficile si l'on voulait passer en revue, même rapidement, les ouvrages principaux dus a la plume des maîtres autorisés, aussi bien en France qu'à l'étranger. Le médecin ne pourra guère s'offrir ce luxe et il renoncera vite à atteindre son but. Heureusement, deux petits volumes viennent de paraître et qui permettront au praticien d'acquérir le minimum de connaissances nécessaires. M. L. Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, a bien voulu écrire un court ouvrage (1) où il s'abstient de traiter de sujets qui s'écartent trop de la médecine et se limite aux connaissances que tout médecin devrait posséder pour être capable d'assumer la charge de directeur d'un bureau d hygiène, pour prendre toutes les précautions utiles au début d'une épidémie, pour conseiller une famille dans les circonstances courantes de la vie comme dans les circonstances morbides, pour connaître le fonctionnement des principaux organes administratifs ou privés afin d'y avoir recours au besoin. M. Tanon laisse de côté la division habituelle en hygiène urbaine, hygiène sociale, hygiène industrielle, hygiène infantile, hygiène maritime et coloniale, et se place simplement au point de vue du rôle d'hygiéniste que tout médecin peut être appelé à jouer au cours de sa carrière,

***

Sans entrer en détail sur les divers chapitres qu'on lira avec beaucoup d'intérêt, nous voulons seulement en détacher quelques passages touchant l'hygiène en général. M. Tanon rappelle qu'en France, le ministère de l'hygiène qui avait été formé en 19.9, à l'usage du Sous-Secrétariat d'Etat du service de santé de la guerre, a été supprimé en 1922 et rattaché au ministère du travail, sous le nom de ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Le ministère en question n'est toutefois pas le seul à s'occuper de l'hygiène, car par certains côtés, en effet, l'hygiène se rattache au ministère de l'Intérieur, dont elle formait une section avant la guerre. Ces deux ministères sont obligés de s'entendre, dans bien des occasions, soit pour réaliser des changements, soit pour faire exécuter des mesures. D'après M. Tanon, si l'on veut bien y réfléchir, la chose est logique et il n'y a pas lieu de s'en étonner : l'exemple suivant le fera comprendre facilement : dans les départements, ce sont les préfets qui sont chargés de l'exécution des mesures d'hygiène. Or, ces préfets dépendent du ministère de l'Intérieur et il est donc tout naturel que ce dernier leur transmette les ordres émanés du ministère de l'hygiène.

***

Il est impossible de comprendre l'hygiène, en France, sans connaître la loi de 1902. Elle est, en quelque sorte, la charte hygiénique de la France. Bien qu'imparfaite encore à certains points de vue, modifiée en 1912, puis en 1915, 1921, 1924, quelques détails ont été critiqués et il se peut qu'elle soit revisée, mais l'ensemble des mesures qu'elle a établies est, de l'avis de M. Tanon, excellent.

Les trois premiers artirles de la loi définissent les pouvoirs des préfets, des maires, des communes ; l'article 4 et l'article 5 ont trait à la déclaration obligatoire des maladies ; l'article 6 détermine l'obligation vaccinale ; les articles 8 et 9 parlent des épidémies et des obligations des services préfectoraux quand la mortalité s'élève, dans une commune, au-dessus du chiffre moyen pendant trois ans (enquêtes, mesures, travaux d'hygiène, etc.) ; l'article 10 traite du captage des sources.

Les articles 11 et 18 se rapportent à la construction ou à l'aménagement des immeubles. Mais, pour le médecin, ce sont les articles 19 et 25 qui sont les plus intéressants. Ils établissent les bureaux d'hygiène et les commissions consultatives.

Voici comment les prescriptions de la loi de 1902 sont exécutées : Chaque autorité chargée de l'application de la loi est assistée de conseillers et d'une commission consultative. A chaque degré de l'organisation administrative se trouve le même plan. Cette organisation comporte elle-même : le territoire, les départements, les circonscriptions et les communes.

TERRITOIRE. — A la tête se trouve le ministre de l'hygiène, assisté de :

A. Deux conseillers techniques sanitaires, qui remplissent le rôle d'expert et de conseiller dans les diverses questions d'hygiène. Ce sont ordinairement le professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris et un autre nommé selon ses titres, et de deux conseillers adjoints.

B. Une commission qui porte le nom de Comité consultatif d'hygiène publique ou Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Son autorité est étendue, ainsi que celle du ministre et de ses conseillers, à tout le territoire. On ne peut effectuer aucune modification intéressant la santé publique de quelque ordre qu'elle soit (immeubles, cimetières, sources, hôpitaux, usines, etc.) sans son avis favorable. Cette commission se compose de membres appartenant aux différentes professions et pouvant intervenir en matière d'hygiène. Ils sont au nombre de 45, plus les auditeurs.

DÉPARTEMENTS. — Le ministre est représenté par le préfet. Celui-ci est assisté :

A. D'un ou plusieurs inspecteurs départementaux d'hygiène.

B. D'un Conseil d'hygiène départemental composé de dix membres au moins et 15 au plus. Deux seront des conseillers généraux, trois des médecins, dont un au moins de l'armée de terre ou de mer ; un vétérinaire, un architecte et l'ingénieur en chef du département. Le Conseil général reçoit les conclusions ou les desiderata, délibère à leur sujet, conformément à la loi du 10 août 1871 sur sur l'organisation des conseils généraux dans le département.

CIRCONSCRIPTIONS ADMINISTRATIVES. — Les départements sont divisés en circonscriptions sanitaires qui se confondent presque toujours avec les arrondissements et sont sous la dépendance du sous-préfet. Ce dernier préside et est assisté : d'une commission, appelée aussi commission sanitaire de circonscription. C'est le Conseil général qui fixe ordinairement l'étendue de ces circonscriptions.

(1) L. TANON. — Hygiène 2 vol. 132, et 135 pages. Collection des petits précis. N. Maloine, éditeur, Paris 1929. Prix : 24 fr.

COMMUNES. — Le maire représente le préfet et le ministre de l'hygiène ; il a, pour conseiller, le médecin du bureau d'hygiène, s'il y en a un, ou un médecin du lieu nommé par le maire et le rôle de commission d'hygiène est joué par le Conseil municipal, sans préjupice des prérogatives de la Commission sanitaire de circonscription. Ici, il peut y avoir intervention efficace par les œuvres locales ou générales, publiques ou privées.

*
* *

Pour être complet, sur l'hygiène, en général, on devrait encore envisager l'organisation spéciale de Paris, les services complémentaires et la situation dans les colonies ; mais nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux deux petits volumes qui deviendront, sans doute, les conseillers, les aide-mémoire précieux de tout médecin qui veut ou qui doit collaborer à l'œuvre de l'assainissement.

G. ICHOK.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1929.

Prurit vulvaire guéri par la névrotomie du nerf honteux interne. — *M. Mauclaire* avait opéré une femme pour appendicite, rétroversion et annexite droite. Il lui avait fait une appendicectomie, une suspension à la Doléris et une salpyngectomie droite. Deux mois après, apparaît un prurit vulvaire qui ne cède à aucune médication, ni même à une résection partielle de l'ovaire droit. Névrotomie de la branche superficielle du nerf honteux interne. Le prurit a disparu, mais il a persisté un certain degré de vaginisme.

Nouvelle voie d'abord pour la névrotomie rétro-gassérienne. — *M. Robineau* rapporte deux cas de *MM. Petit-Dutaillis et G. Lœwi* de neurotomie rétro-gassérienne par voie occipitale. On fait une petite trépanation occipitale, puis on ouvre la grande citerne. On peut alors récliver le cervelet et rechercher le nerf. Mais il existe là une petite veine, appelée veine pétreuse par Cushing ; c'est une veine cérébelleuse qui va se jeter dans le sinus pétreux supérieur ; elle constitue parfois un écueil considérable. Un des avantages énormes est la rapidité ; parfois il suffit de quelques minutes après la trépanation pour sectionner la racine. De plus on ne risque absolument pas de kératite neuro-paralytique et enfin il est plus facile de respecter la racine motrice.

Cependant, l'intérêt de la conservation de la racine motrice n'est pas très grand ; car les troubles de la mastication viennent toujours de la perte de sensibilité de la bouche et de la langue.

Frazer a proposé, pour garder cette sensibilité, de faire une section partielle de la racine sensitive ; mais le risque de cette opération est alors la récidive ; en réalité il est minime.

Or cette section partielle est bien plus facile par voie occipitale ; en particulier, on garde toujours des radicules accessoires qui suffisent à supprimer l'anesthésie de la face.

Il y a cependant des inconvénients à cette méthode : d'abord la mortalité opératoire est certainement plus élevée que dans la voie temporale. On peut voir aussi des lésions du nerf VIII.

Il faut donc poser des indications très précises ; en particulier, il faut la conseiller dans les névralgies bi-latérales.

Sur le traitement des ulcères perforés de l'estomac. Rapport de *M. P. Duval* sur un travail de *M. Judin* (de Moscou). La mortalité globale a été seulement d'environ 25 %. L'auteur a toujours utilisé l'anesthésie des splanchniques. Sur 117 cas traités par suture et gastro-entérostomie, il a eu une mortalité de 24,4 % ; la mortalité croît considérablement avec le temps écoulé entre l'opération et le début des accidents. 51 résections ont donné 6 morts, soit 11 %.

M. P. Duval insiste sur ce fait extrêmement intéressant, que les résultats paraissent meilleurs à la suite de gastrectomie qu'à la suite de gastro-entérostomie.

Cystostomie. Hématurie grave. — *M. Michon* rapporte une observation de *M. Aumont*. La prostatectomie a fait cesser l'hématurie qui n'avait cédé à aucun traitement appliqué jusque-là. La prostate n'était pas néoplasique.

M. *Heitz-Boyer* a vu un cas semblable.

A propos du bactériophage. — *M. Sauvé* apporte sa statistique personnelle, favorable à l'action du bactériophage.

Séance du 27 novembre 1929.

Perforation des ulcères gastro-duodénaux. — *M. Mondor* rappelle la fréquence relative des perforations multiples ; il est partisan de la simple suture qui apparait moins grave.

Voie transolécranienne. — *M. Alglave* rapporte des observations de MM. *Aumont* (de Versailles) et *Yatchitch* (de Belgrade). Ils ont tous deux utilisé cette voie dans des fractures complexes de l'extrémité inférieure de l'humérus ou dans des traumatismes graves du coude. M. *Alglave* préfère l'incision en H à celle en U susceptible de donner un sphacèle du lambeau.

M. Cunéo est partisan de l'incision longitudinale sus-olécranienne.

M. Schwartz aussi.

M. Dujarier estime qu'il faut être éclectique et utiliser, selon les lésions l'une ou l'autre incision.

M. Brocq défend la voie transolécranienne dans les ankyloses du coude.

Invagination jéjunale aiguë rétrograde. — *M. Mocquot* rapporte une observation communiquée par *MM. Ibos* et *Legrand-Desmos* (de Saint-Quentin) M. *Ibos* est intervenu à la 54e heure, a fait une entérectomie et une suture. Mort. Il est intéressant de noter l'absence complète d'hémorragie intestinale dans ce cas exceptionnel.

Kyste du pancréas. — *M. Brocq* communique une observation de MM. *Charbonnel et Augistron*, concernant un pseudo-kyste du pancréas disparaissant complètement par intervalles. A l'intervention énorme kyste rétro et sous-gastrique. Marsupialisation après réduction partielle de la paroi. M. Brocq discute longuement sur la disparition subite et totale de ce kyste, fait unique à l'heure actuelle.

M. *Bréchot* a observé un cas tout à fait analogue.

M. *Gosset* a connu un cas identique opéré en 1894 par Tillaux. Le malade, qui était resté fistuleux, est mort seulement 21 ans plus tard.

M. *Duval* rappelle qu'il est des tumeurs qui disparaissent cliniquement tout en persistant fort bien en réalité.

M. *Ombrédanne* signale l'existence de certains lymphangiomes kystiques de la région sus-claviculaire qui disparaissent parfois complètement.

Péricardite aiguë à pneumocoque. — M. *Grimault* (d'Algrange) apporte une belle observation suivie de guérison complète, et passe rapidement en revue l'histoire des péricardites à pneumocoques.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre 1929

Hypertension artérielle et néphrite. — M. *F. Rathery* — L'hypertension peut exister sans lésion rénale, mais la preuve n'est nullement faite que dans la majorité des cas d'hypertension chez les néphritiques la lésion rénale ne soit pas la cause directe de cette hypertension. Il faut, pour affirmer qu'un rein est fonctionnellement normal, multiplier les épreuves et trop souvent dans les travaux publiés les auteurs se sont limités à une ou deux épreuves totalement insuffisantes. D'autre part on n'est nullement autorisé à isoler dans le rein la lésion vascu-

laire et à dire qu'un rein est normal lorsque ses artérioles et ses capillaires sont altérées. Les vaisseaux font partie intégrante de la glande, ils jouent un rôle capital dans les phénomènes de la sécrétion rénale.

Kyste sus-péricardite chez une femme de 86 ans. — MM. *Henri Dufour* et *Mourraut* présentent une pièce très rare découverte à l'autopsie d'une femme de 86 ans morte de ramollissement cérébral. Il s'agit d'une tumeur kystique du médiastin antérieur qui a été rapportée par M. Oberling à un kyste du péricarde.

Cette poche contenait 120 cc. d'un liquide citrin, légèrement rosé, albumineux (3 gr. par litre). Il contient des polynucléaires, quelques lymphocytes, de rares globules rouges et des cellules ovales qui sont à identifier ultérieurement. Il paraît difficile de se prononcer sur la nature véritable de cette formation kystique avant l'examen anatomo-pathologique des parois. Cependant dans l'une des cellules ovales, il semble y avoir un élément en forme de crochet.

Lésions cérébrales chez une syphilitique. Leur pathogénie. — MM. *Maurice Renaud* et *Miget* ont pu faire l'étude complète d'un cas singulièrement instructif, montrant quelle discrétion il est nécessaire d'apporter dans l'interprétation des lésions du névraxe que peuvent présenter des syphilitiques, même dans les cas comme celui-ci ou la nature syphilitique de l'affection ne paraissait de prime abord ne faire aucun doute.

Une jeune femme contracte la syphilis dans un milieu hospitalier, présente des accidents secondaires, cutanés et muqueux. Elle est soignée de façon très convenable jusqu'au jour où, sur la foi de réactions humorales, tout traitement est suspendu.

Dans le cours de la deuxième année de sa syphilis elle fait un ictus dont elle sort hémiplégique.

Son histoire est ensuite des plus banales. Elle est hémiplégique gauche, en contracture avec une infirmité localisée, et vit pendant plusieurs années sans troubles notables.

Elle meurt de tuberculose à gauche rapide. L'autopsie montre une atrophie considérable de l'hémisphère gauche avec une énorme dilatation ventriculaire. Toute la partie centrale de l'hémisphère est atrophiée, l'écorce de l'insula confinant presque au ventricule. Il ne reste plus que des vestiges de couches optiques, des noyaux coudés et des lenticulaires.

On note dans toute zone moyenne de l'hémisphère la présence de taches dégénératives et de petites lacunes aussi bien dans la profondeur que dans l'écorce grise des circonvolutions.

Histologiquement, ces lésions paraissent uniquement dues à un processus dégénératif ayant abouti à la disparition des cellules nerveuses et des tubes, avec, secondairement, une prolifération de la névroglie. Aucune lésion inflammatoire, pas de réaction méningée, vaisseaux intacts.

Ainsi chez cette malade atteinte de grosses lésions cérébrales en pleine période de syphilis secondaire, les lésions n'ont pas été celles qu'on décrit (un peu théoriquement peut-être) dans la syphilis. Ni méningite, ni artérites, ni foyer gommeux.

Mais une encéphalite dégénérative, à foyers multiples et tous situés dans une région circonscrite du cerveau.

Comment convient-il d'interpréter les choses. S'agirait-il d'une lésion inflammatoire syphililique, guérie ou mieux cicatrisée, où l'on ne trouverait plus après nettoyage des exsudats et disparition des éléments nobles qu'une trame névroglue de remplissage. C'est peu probable.

Il est bien plus vraisemblable que la lésion a été d'emblée dégénérative et non inflammatoire. Peut-être se relie-t-elle à toutes ces lésions dégénératives, systématisées ou non, qu'on observe si fréquemment dans le cerveau (lacunes de séniles, lésions des faisceaux, foyers de ramollissement) dont la pathogénie m'échappe à l'heure actuelle complètement.

Elle est voisine anatomiquement de toutes les encéphalites parasitaires dont l'étude est maintenant entrée dans la voie expérimentales. Sa nature toxique ou infectieuse pourrait être soutenue. Mais à quoi bon les hypothèses ?

On peut seulement dire qu'il n'y a pas eu un processus banal d'inflammation syphilitique et que si par hasard le trépomène, qu'on n'a pu retrouver en avait été directement ou indirectement la cause, il faudrait revoir et modifier un grand nombre de nos connaissances. Rien ici ne nous autorise à le faire.

Méningite cérébro-spinale purulente aiguë à staphylocoques suivie de guérison. — MM. *Laporte*, *Calaz* et *Benoit* (de Toulouse) rapportent l'histoire clinique d'une enfant de 12 ans qui, à la suite d'une ampoule suppurée du talon, présenta une méningite cérébro-spinale purulente aiguë à staphylocoques blancs.

Après une durée de 16 jours, la méningite rétrocéda rapidement lors de l'apparition et le drainage d'une ostéomyélite du tibia gauche.

Le pronostic de la méningite suppurée à staphylocoques est ordinairement grave, Il existe quelques cas de guérison lorsque la méningite est due à la propagation d'une suppuration otitique ou rachidienne. Quand l'infection est d'origine sanguine, le pronostic est particulièrement sombre. La guérison n'est signalée que dans un cas de Rocaz et dans l'observation cidessus.

Un cas de maladie de Hodgkin à prédominance splénique. — M. *Mondon* rapporte un cas.

M. *P.-E. Weil* considère cette forme comme loin d'être exceptionnelle. Il en observe quatre cas.

M. *Bezançon* cite un cas ayant évolué avec de la fièvre comme unique symptôme. Le diagnostic n'a été posé que tardivement à la suite d'un syndrome pleural de la base gauche. La coexistence d'une infection colibacillaire avait fait rapporter la fièvre à cette infection. L'opération pratiquée par Lecène avait montré une grosse rate rappelant une splénomégalie tuberculeuse. L'examen anatomo-clinique de la rate a permis de se rendre compte qu'il s'agissait d'une maladie de Hodgkin. A noter que dans les antécédents, il existait, deux mois avant l'opération, de la fièvre, au niveau du tibia, des plaques rappelant le mycosis fougoïde.

Maladie rhumatismale à début péritonéal. — M. *Costedoat* rapporte l'observation d'un malade ayant présenté un syndrome péritonéal au début d'un rhumatisme articulaire aigu. Le diagnostic d'appendicite avait été éliminé et le traitement salicylé a amené la guérison.

Un cas de primo-infection tuberculeuse par voie cutanée chez le nourrisson avec chancre d'inoculation à la peau. — MM. *Léon Bernard*, *Marcel Lelong* et *Maurice Lamy* rapportent l'observation d'un nourrisson de dix mois porteur d'une lésion cutanée ulcéreuse de la paroi thoracique avec adénopathie axillaire satellite.

Il s'agit d'une primo-inoculation tuberculeuse par voie cutanée, l'enfant ayant été contaminée par une mère phtisique.

A propos de cette observation, M. Léon Bernard et ses collaborateurs insistent sur les caractères cliniques de cette lésion initiale et sur certaines difficultés du diagnostic.

Rapprochant le cas observé par eux d'un certain nombre d'autres précédemment publiés, il décrivent l'évolution de la lésion primaire et en discutent le pronostic. Il semble que la guérison s'observe dans plus de 50 % des cas.

Enfin, les auteurs font remarquer que l'étude de leur cas éclaire deux points actuellement controversés : l'établissement du « complexe primaire » et la date d'apparition des réactions tuberculiniques par rapport à celles du foyer tuberculeux initial.

Discussion. — MM. *Comby*, *Rist*, *Bezançon*, *Paraf*.

René GIROUX.

Pharmacologie des sels de zinc. — Des injections même très diluées de chlorure de zinc sont impossibles (coagulation). Par contre, on peut injecter dans les veines un mélange d'une partie d'une solution de ce chlorure à 6.81 % avec deux parties de thiosulfate de soude à 24,8 %. L'auteur a précisé la dose léthale pour divers animaux et la dose thérapeutique : pour le chien elle est d'un à deux milligr. par kilo. (LEBDUSKA. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1929, t. C. 11, p. 260.)

M.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Traitement médical du glaucome chronique,

Par le Dr Albert FAVORY.

Les résultats souvent décevants de l'intervention dans le glaucome chronique, c'est-à-dire de la normalisation de la tension oculaire selon la méthode d'irido-sclérectomie de Lagrange imposent dans certains cas, l'institution d'un traitement médical. Les indications de la sclérectomie doivent être limitées à certains cas et c'est à ce prix seul que l'on a pu obtenir les merveilleux résultats que l'on connaît.

On doit admettre que, dans les cas de glaucome chronique où la tension est contenue par les myotiques, où l'acuité visuelle reste normale et le champ visuel étendu, il faut se contenter de l'expectative et faire le traitement médical.

De même, lorsque la vision est mauvaise, 1/10e ou moins, que le champ visuel nasal est très rétréci : 10° pour Rochon-Duvigneaud, il faut craindre que l'intervention avec les risques qu'elle comporte ne soit inutile.

Il y a cependant entre ces cas limites un certain battement qui permet encore de traiter chirurgicalement avec succès de nombreux malades.

La thérapeutique médicale du glaucome chronique comprend un traitement local et un traitement général.

1° *Traitement local* :

C'est surtout l'instillation d'une solution de nitrate de pilocarpine à 2 % plus ou moins souvent répétée suivant la réduction de la tension oculaire. Récemment, un nouveau myotique, l'aminglaucosan d'Hamburger (solution d'histamine à 10 %) a pu provoquer en même temps qu'un myosis très intense la baisse de la tension.

Mais un tel produit cause de telles réactions locales qu'il n'est pas très indiqué dans le glaucome chronique.

Le principe des autres traitements locaux est de modifier l'hydraulique des liquides endoculaires : ou bien, en agissant sur les capillaires par vaso-constriction ou bien en modifiant soit l'équilibre osmotique, soit la concentration ionique.

L'injection d'adrénaline sous-conjonctivale ou rétrobulbaire répond au premier de ces traitements. Quant aux modifications physico-chimiques, elles ont pu être provoquées en injectant sous la conjonctive ou dans le sang des solutions hypertoniques (sérum hypertonique à 12 ‰) ou, comme il a été fait récemment, en injectant dans le vitré quelques gouttes d'acide phosphorique. Dans ce dernier cas, il semble que la diminution de tension soit liée aux modifications du pH ;

2° *Traitement général* :

Le problème des relations entre la syphilis et le glaucome a été si souvent posé que l'on doit en tous les cas la rechercher. Dans certains cas où le glaucome est secondaire à une iritis son action est évidente, mais dans le glaucome chronique primitif, il n'en est pas de même. Cependant, l'expérience a montré que dans presque tous les cas, le traitement mercuriel amenait quel qu'amélioration. C'est donc une thérapeutique que l'on ne doit pas négliger.

Les notions récentes sur les rapports entre les dysfonctionnements endocriniens et le glaucome permettent dans certains cas, en particulier chez les sujets jeunes, de rechercher les insuffisances glandulaires et d'appliquer le traitement opothérapique.

Alors que l'on peut agir sur le régime circulatoire de l'œil (amener soit la vaso-constriction, soit la vasodilatation) par des thérapeutiques locales, l'action sur ce régime circulatoire est plus constant et plus durable, si elle s'exerce par la voie sanguine.

C'est sur ce principe que repose le traitement proposé par Abadie que consiste en ingestion d'adrénaline, XX gouttes par jour, et d'un sirop à base d'ergotine et de chlorure de calcium.

Enfin, très récemment les injections d'acétylcholine ont été appliquées aux cas de glaucome chronique. Les essais thérapeutiques sont en cours et bien que cette médication n'ait pas encore fait ses preuves, on ne peut que bien augurer des premiers résultats obtenus.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Tube digestif.

La vésicule biliaire est souvent un foyer infectieux, dont la suppression fait disparaître des lésions secondaires, qu'on ne soupçonnait guère comme l'arthrite rhumatismale, la myocardite toxique, la néphrite, la cirrhose hépatique, etc. (D. P. D. Wilkie, *British Medical Journal*, 13 juillet 1929) ; on sait que ces affections sont en rapport fréquent avec l'infection streptococcique chronique.

La pratique de la cholécystectomie montre chaque jour le rôle de la vésicule comme foyer infectieux, contenant divers agents microbiens et plus spécialement des streptocoques.

Le streptocoque type viridans, trouvé dans ces cas, ressemble beaucoup à celui de la pyorrhée, de l'abcès apical, de l'amygdalite chronique, de l'appendicite chronique, de l'ulcère gastrique chronique et des nodules du rhumatisme musculaire chronique.

Il faut ajouter à la conception classique de la pathogénie vésiculaire (syndrome aigu douloureux et syndrome réflexe de dyspepsie flatulente) le syndrome infectieux à distance.

Anesthésie.

C'est l'insuffisance, et non l'excès d'acide carbonique dans le sang, qui joue le rôle capital dans les accidents d'anesthésie (Yandell Henderson, *Long Island Medical Journal*, août 1929).

On sait que l'oxygène n'est pas le stimulant de la respiration, tandis que l'inhalation d'acide carbonique provoque des inspirations profondes. Dans l'effort musculaire les mouvements respiratoires sont amplifiés non par manque d'oxygène mais par surproduction d'acide carbonique ; il en résulte une augmentation de la quantité d'oxygène absorbée, qui sert à *recharger* les muscles.

L'arrêt de la respiration sous anesthésie s'explique, dans un certain nombre de cas, de la manière suivante : pendant la période d'excitation le patient respire rapidement et profondément ; il élimine la plus grande partie de son acide carbonique et, quand l'anesthésie est obtenue, la respiration cesse par disparition du stimulus normal.

L'expérience des anesthésistes a donné naissance à la méthode de re-respiration (*rebreathing method*) pour empêcher cette consommation exagérée d'acide carbonique ; on emploie un tube de gaz carbonique sous pression en inhalation.

Après l'intervention il est recommandé de faire respirer un mélange d'oxygène et de gaz carbonique, pour stimuler la respiration et diminuer les risques de pneumonie.

Obstétrique et gynécologie.

La réaction de sédimentation, en obstétrique et en gynécologie procure un élément de diagnostic et de thérapeutique chirurgicale. A. M. Gonçalves de Azevedo (*Portugal Medico*, juillet 1929) a obtenu les résultats suivants au point de vue de la rapidité de sédimentation :

Grossesse : Sédimentation accélérée.
Fibrome utérin : Sédimentation normale.
Fibrome utérin à transformation maligne : Sédimentation rapide.
Annexites non suppurées : Sédimentation normale.
Annexites suppurées : Sédimentation rapide.

Oto-rhino-laryngologie.

L'adénoïdisme peut donner lieu à des terreurs nocturnes (G. Santi, *L'Ospedale Maggiore*, 31 août 1929), provoquées par une hyposphyxie mécanique, lente et progressive ; il ne faut cependant pas oublier que l'intervention ne donne pas forcément un résultat complet.

En cas d'insuccès, il y a lieu de rechercher la cause des terreurs nocturnes soit dans l'helminthiase, soit dans les troubles gastro-intestinaux, soit dans les troubles nerveux, etc.

L'adénoïdisme, qui touche 10 % des enfants, donne lieu à une symptomatologie étendue, variée et intéressante ; l'intervention est toujours utile, exceptionnellement dangereuse.

Stomatologie.

La pathogénie de la carie dentaire et de la pyorrhée a donné lieu à de nombreuses hypothèses et théories, qui, bien que logiques, sont sujettes à critiques. Broderick expose, dans *Dental Magazine and Oral Topics* (juillet-août 1929), une opinion personnelle ingénieuse, qui se résume dans les deux propositions suivantes :

La carie dentaire dépend d'une tendance de l'organisme à l'acidose, avec circonstances locales favorables.

La pyorrhée représente le résultat d'une tendance à l'alcalinité, avec dépôt de tartre, gingivite et infection locale.

Thérapeutique.

Le traitement de la fièvre typhoïde, par la méthode d'Agostinelli a donné un brillant succès à A. G. Ugalde (*Hospital General*, n° 1, 1929).

On injecte 3 fois par jour, un centimètre cube d'huile gaïacolée camphrée.

Gaïacol	0 gr. 30
Camphre	0 gr. 30
Huile d'olive	1 c.c.

On continue jusqu'à disparition de la fièvre ; après 3 jours d'apyrexie, on réduit les doses de gaïacol et de camphre à 0 gr.20 ; on supprime l'injection du matin, puis celle du soir et enfin celle de la journée.

Les symptômes s'atténuent ; on n'observe ni délire ni complications.

Pharmacologie.

La stabilité des préparations de digitale a été étudiée par H. B. Haag et R. A. Hatcher (*Journal of the American Medical Association*, 29 juin 1929) avec les résultats suivants :

La poudre de digitale, en tablettes ou en capsules, est la forme de dosage individuel la plus sûre, à condition d'être employée dans le délai d'une année.

La teinture de digitale conserve son activité, avec de très légers changements, pendant des années ; c'est elle qui paraît la plus stable.

Il serait très intéressant, au point de vue clinique, d'indiquer la date de fabrication sur toutes les préparations commerciales.

Varia.

Il a été longtemps classique de dénier à la syphilis le pouvoir d'élever la température et nous croyons que bien des médecins conservent encore cette notion qui risque d'égarer parfois leur diagnostic. Il importe en effet de savoir que la pyrexie ne permet nullement d'éliminer la syphilis et aussi que, assez fréquemment, des états fébriles prolongés, résistant à tous les traitements antithermiques usuels, sont dus à l'infection spirochétique et guéris comme par enchantement par la thérapeutique spécifique (M. Roch, de Genève).

Jusqu'au milieu du dix-neuvième siècle il n'y avait pas de science ophtalmologique à proprement parler. L'ophtalmologie était un art que pratiquaient les chirurgiens. Cet état de choses change avec Helmholz. Il a donné à l'oculiste une instrumentation qui lui permet de regarder le fond de l'œil, inaccessible jusqu'alors. (H. Birnbaum d'Anvers).

J. Lafont.

Topiques contre la transpiration excessive. — Un médecin du Colorado ayant été consulté pour une dermatite qu'il suppose dû à l'emploi d'un produit de parfumerie destiné à combattre la transpiration, a demandé au *Journ. of the Amer. med. Ass.* quelle est la composition de l'*Odorono* (28 sept. 1929). Réponse : solution à 33 % de chlorhydrate d'aluminium.

M.

Calcium et magnésium. — D'après Prébyl (*C. R. H. de la Soc. de Biol.*, 1929, t. C. 11, p. 258), la magnésie, les phosphates, citrate, lactate et chlorure de Mg favorisent la rétention de Ca ; les acétates, carbonates et sulfate de Mg augmentent l'élimination de Ca.

M.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le traitement des complications pulmonaires de la grippe par l'iode colloïdal électro-chimique,

Par le Dr HARLEY-GOLDBERG.

Aucune affection n'est aussi polymorphe que la grippe. Aucune ne s'accompagne avec une telle fréquence de complications pulmonaires : depuis la bronchite simple jusqu'à l'œdème suraigu cause de mort subite, ainsi que l'ont montré de nombreuses communications à la Société médicale des hôpitaux.

En présence de si graves complications, de quels traitements disposons-nous ? Ils sont de deux ordres :

traitements spécifiques,
traitement généraux.

Traitements spécifiques. — Sont-ils possibles ici ? Oui, théoriquement. De nombreux microbes, streptocoques et pneumocoques, en particulier, ont été incriminés dans l'éclosion des manifestations pulmonaires de la grippe. Mais on ne sait pas bien quel est le genre prépondérant et surtout son mode d'action. De fait, les sérums anti-pneumococcique et streptococcique ont donné des résultats variables. Beaucoup d'auteurs y ont renoncé.

Traitements généraux. — Ils ont été très employés au cours de l'épidémie actuelle. On a recherché à stimuler les défenses organiques :

soit par une thérapeutique locale,
soit par une thérapeutique générale.

1° *Localement* on a tenté l'abcès de fixation à la térébenthine préconisé par Fochier, repris par Netter. Il ne me semble pas avoir donné des résultats bien brillants au cours de la dernière épidémie.

2° On a préféré provoquer des *réactions générales* en mettant à profit les phénomènes de shock. Laissant de côté le tapioca préconisé l'année dernière par Sicard, nous pouvons distinguer plusieurs sortes de substances susceptibles de déterminer ce « shock » :

les vaccins,
les matières colorantes,
l'urotropine,
les substances colloïdales.

a) Les *vaccins* ont été employés, d'abord sous-cutanés ou intra-musculaires, puis intra-veineux, avec quelques résultats intéressants. Mais leur action est inconstante et il est nécessaire de leur adjoindre un autre agent médicamenteux.

b) Les *matières colorantes* ont eu aussi leur vogue (mercuro-chrome et surtout trypaflavine), mais elles ne sont pas sans danger et, en tout cas, ne semblent pas douées d'une grande efficacité.

c) L'*urotropine* a été aussi employée avec des succès variables.

d) Mais la faveur des cliniciens et des expérimentateurs s'est surtout portée sur les *substances colloïdales*. Il était d'ailleurs logique d'essayer pour la grippe ce qui avait déjà été tenté pour la plupart des autres affections aiguës. Nos recherches ont porté sur l'action de l'iode colloïdal électro-chimique. Nous exposons ici les observations recueillies. On peut les diviser en trois groupes :

I. — Observations dans lesquelles l'iode colloïdal semble avoir déterminé une issue favorable que les symptômes observés ne permettaient guère d'espérer.

II. — Observations dans lesquelles l'action de l'iode colloïdal semble avoir été favorable, mais non indispensable.

III. — Observations dans lesquelles l'iode coolloïdal n'a pas empêché une issue fatale.

Nous verrons ensuite les conclusions qui, à notre avis, découlent de ces observations.

I. *Observations favorables.*

Obs. 1. — M. Chr..., âgé de 76 ans. — Le malade entre dans le service le 26 février pour pneumonie droite qui a débuté la veille. L'âge du malade, quelques signes de défaillance cardiaque (pouls rapide, mou, arythmique, foie gros), la prostration font porter un diagnostic grave. Le malade, outre le traitement classique (huile camphrée, Todd, digitaline) reçoit une injection d'iode colloïdal électro chimique.

Le 27. — L'état général ne s'est pas modifié, mais la température est tombée à 38.

Le 28. — Aucun changement.

Le 1er mars. — La température tombe à 37°5, l'état général s'améliore. Le 3 et le 4, la température est à 37. Nous cessons alors l'iode colloïdal. Nous le reprenons le 7, car la température est remontée à 38° et des signes de congestion apparaissent du côté opposé. Dès le 9, la température baisse, cette fois définitivement. Il se produit une crise urinaire de deux litres. Le malade sort le 13, guéri.

Obs. 2. — Madame A..., âgée de 80 ans, malade hospitalisée. Fait le 28 février une pneumonie gauche. Au bout de sept jours, défervescence sans crise urinaire. Le 9 mars, la température remonte, tous les signes fonctionnels réapparaissent. A l'auscultation, deux foyers : un à la base droite, l'autre à la base gauche. L'état général est bien plus touché que la première fois. Nous faisons de l'iode colloïdal (deux injections par jour). Dès le quatrième jour, la défervescenee se produit avec amélioration générale.

Obs. 3. — Madame H..., âgée de 79 ans. — Malade hospitalisée. Fait une pneumonie analogue à la précédente. Ici, le pronostic est aggravé par ce fait que la malade présente une double lésion aortique mal compensée. Au bout de trois jours de traitement par l'iode colloïdal la guérison survient, suivie, il est vrai, d'une longue convalescence. Le foyer pneumonique de la base droite ne s'est résorbé qu'au bout d'une semaine, après de nombreuses injections d'iode colloïdal.

Obs. 4. Madame P..., âgée de 75 ans. — Il s'agit ici d'une pneumonie du sommet droit avec signes d'insuffisance hépatique et défaillance cardiaque (gros foie, arythmie, etc.) qui n'a guéri qu'après huit jours de traitement par l'iode colloïdal.

L'âge de la malade, ses antécédents hépatiques et cardiaques permettent de ranger cette observation dans les cas favorables.

Obs. 5. — Cas un peu analogue au précédent, quoique moins grave. Guérison en trois jours.

Obs. 6. — Mme D..., âgée de 81 ans. — Pneumonie gauche. Deux jours après, pneumonie droite. Guérison en quatre jours par l'iode colloïdal.

Obs. 7. — M. F..., âgé de 81 ans. — Sujet cardiaque depuis 10 ans. Fait une pneumonie de la base gauche avec peu de réaction (T° : 38°, dyspnée légère). Mais les extrémités sont cyanosées, le pouls est mou, filant arythmique. A la suite des injections d'iode colloïdal électro chimique tous ces signes fâcheux disparaissent en quatre jours. Convalescence très longue avec persistance d'un petit foyer.

Obs. 8. — M. R... — Cas assez analogue au précédent. Sujet moins âgé, réagissant mieux, mais présentant un petit foyer du côté opposé.

Obs. 9. — M. G..., 69 ans. — Pneumonie double soignée dès le deuxième jour par l'iode calloïdal. Guérison en trois jours.

Obs. 10. — M. H..., 68 ans. — Observation analogue.

Obs. 11. — Mlle G..., 50 ans. — Observation analogue.

Obs. 12 — M. B..., 83 ans. — Pneumonie droite chez un éthylique avéré, avec signes nets d'insuffisance hépatique. Guérit le cinquième jour.

2. — *Observations dans lesquelles on ne peut affirmer que la guérison a été obtenue par l'iode colloïdal électro-chimique.*

Obs. 1. — M. V.... 27 ans. — Pneumonie droite. La torpeur, les signes de défaillance cardiaque, font porter un pronostic fâcheux. L'iode colloïdal est injecté dès le troisième jour. Le cinquième jour défervescence brusque, crise urinaire, amélioration générale. Mais, étant donnée l'absence d'antécédents pathologiques du sujet, sa jeunesse, on n'est pas en droit d'affirmer que la guérison est survenue grâce à l'iode colloïdal.

Obs. 2. — Mlle D..., 22 ans. — Observation analogue, au sujet de laquelle on peut tenir le même raisonnement.

3. — *Observations défavorables.*

Obs. 1. — Mme D..., 41 ans. — Pneumonie gauche. Arrive le neuvième jour de sa maladie. T. 40°5. L'état général est touché, le pouls filant. Deux injections d'iode colloïdal font baisser le lendemain la température à 39°8, mais elle remonte et la mort survient.

Obs. 2. — Mme R.... 32 ans — Arrive le dixième jour de sa maladie. Trois jours de suite l'iode colloïdal est injecté à doses massives sans aucun résultat. Mort le 14 mars. Antécédents éthyliques très nets.

Obs. 3. — Mlle G..., 50 ans. — Observation analogue. Antécédents hépatiques.

Obs. 4. — Mlle D..., 38 ans. — Pneumonie gauche. Malgré l'iode colloïdal, aucune amélioration. Mort le 17 avec température à 41°5.

Obs. 5. — Mme B..., 85 ans. — Pneumonie torpide chez une vieille cardiaque, évoluant rapidement malgré l'administration d'iode colloïdal à doses intensives et répétées.

Conclusions.

L'action de l'iode colloïdal dans les complications pulmonaires de la grippe n'a donc pas été uniforme. Quelles sont les causes des variations observées.

A. — Le sexe semble au premier abord avoir joué un certain rôle dans la détermination du pronostic : toutes les observations défavorables ont été recueillies chez des femmes. Mais elles sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse affirmer quoi que ce soit.

B. — Le rôle de l'âge est également difficile à apprécier, Signalons toutefois que les vieillards ont particulièrement profité de la thérapeutique par l'iode colloïdal.

C. — Le fait le plus important semble être la nécessité d'injecter l'iode colloïdal électro-chimique :

d'une manière précoce,
à doses suffisantes,
et surtout longtemps répétées.

La plupart des cas défavorables n'ont été traités que très tardivement.

Ajoutons que l'iode colloïdal ne nous a donné des résultats que dans les complications pulmonaires de la grippe. Cette thérapeutique est restée sans effet sur les grippes pures toxiques.

Bien entendu, l'emploi de l'iode colloïdal ne dispense pas de l'utilisation des autres thérapeutiques usuelles : digitaline et huile camphrée en particulier. Ce n'est donc pas le médicament spécifique de la grippe, mais c'est une médication utile, souvent efficace et jamais dangereuse.

Des métrorrhagies par syphilis congénitale ont été décrites par Kreis (*Bull. Soc. f. de Derm. et de Syph.*, 1928, n° 4). Dans un grand nombre de cas de métrorrhagies, d'autre part, il a été frappé par l'absence du réseau de fibres collagènes qui doivent exister dans les couches profondes de la muqueuse. Ces métrorrhagies sont de celles dont la cause est mal décelable, pour lesquelles on parle d'une origine endocrinienne. Kreis établit un rapport entre ces faits anatomiques et les faits cliniques de métrorrhagie par syphilis congénitale qu'il a observés antérieurement. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, oct. 1929, p. 503.)

H. V.

GLANURES

Clémenceau puériculteur. — M. le Dr Variot en rappelant dans *l'Ami du Peuple* que Clémenceau fut l'élève de Charles Robin, montre que l'homme politique fut aussi un précurseur en puériculture.

« On sait bien que ce grand homme d'Etat a débuté dans la carrière médicale à Montmartre, après 1865, et que les services professionnels qu'il put rendre à la classe populaire ne lui furent pas nécessaires pour se faire élire, en 1871, d'abord député à l'Assemblée nationale et, après sa démission, quelques mois plus tard, conseiller municipal de Paris.

Mais on ignore généralement que le Dr Clémenceau a marqué sa trace dans la puériculture et qu'il a été un précurseur, en émettant sur ce sujet des idées progressives très justes, qui ne furent malheureusement pas appliquées.

Ce point mérite d'être mis en lumière.

Les aptitudes intellectuelles multiples de ce grand homme ont été développées et affermies par la culture scientifique qu'il a reçue en étudiant la biologie avec Charles Robin, le premier professeur d'histologie en France.

Celui-ci, comme son collaborateur Littré, était un adepte de la philosophie positive d'Auguste Comte, et même il affichait volontiers des opinions matérialistes qui séduisaient la jeunesse indépendante ou avancée des écoles. Clémenceau s'attacha à ce maître, travailla un certain temps dans son laboratoire privé d'anatomie microscopique et reçut des conseils et des documents pour sa thèse de doctorat soutenue en 1865 « Sur la génération des éléments anatomiques ». Cette dissertation inaugurale devant la Faculté de Paris reflète fidèlement les idées de Robin sur la *genèse* des éléments des tissus et des organes qui se formeraient, de toutes pièces, dans des *blastèmes* organisés. Cette théorie ne différait guère de celle de la génération spontanée et a beaucoup perdu de sa valeur depuis les fameux travaux de Pasteur qui aboutirent à la négation de la génération spontanée des microbes, et depuis les recherches des histologistes modernes sur la formation des éléments cellulaires.

Lorsque Clémenceau fut conseiller municipal de Paris, il put mettre à profit ses connaissances techniques sur l'hygiène de l'enfance et c'est alors qu'il s'est révélé puériculteur ; il avait à peine 35 ans. De 1871 à 1876, il élabora plusieurs rapports très étudiés sur les enfants assistés du département de la Seine, dont la mortalité était extrêmement élevée ; il dénonça les effets néfastes de l'allaitement artificiel et les fautes administratives de l'Assistance publique. C'est à lui qu'on doit l'organisation du recrutement des nourrices au sein, dans les agences départementales, et, par suite, l'abaissement considérable de la mortalité des nourrissons abandonnés et confiés à la charité publique.

Pour atténuer l'effrayante mortalité des enfants au biberon, comme suite aux rapports de Clémenceau, le Conseil municipal de Paris émit, en 1877, un vœu pour demander à l'Assistance publique « de mettre en expérience l'allaitement artificiel des enfants, en s'entourant de toutes les données scientifiques. En vue de cette expérience, la Ville de Paris mettrait à la disposition de l'administration, soit un terrain convenable, soit une subvention suffisante, soit l'une et l'autre à la fois ».

Chose étrange, l'Académie de médecine, consultée par l'administration de l'Assistance publique, refusa cette proposition et déclara, par l'organe de Devilliers, que « l'essai d'un établissement pour l'allaitement artificiel des enfants à Paris produirait sur ceux-ci les effets les plus meurtriers ».

Seul, Jules Guérin lutta avec énergie pour faire accepter la proposition du Conseil municipal : « En proclamant, disait-il, d'une part, l'excessive mortalité à laquelle les enfants au biberon sont voués et, de l'autre, en déclarant que l'allaitement artificiel est un mal nécessaire, ne semble-t-il pas que l'Académie tomberait dans une contradiction flagrante si elle refusait les moyens proposés d'étudier et d'expérimenter sérieusement l'allaitement artificiel ? » La discussion se passionna au point que Devergie s'écria que de telles expériences seraient non seulement dangereuses mais immorales.

Etait-il raisonnable de refuser de mettre à l'étude la question si importante de l'allaitement artificiel ? Tout le monde reconnaît aujourd'hui que les idées progressives et scientifiques du jeune docteur Clémenceau étaient fort justes et que l'Académie en les repoussant, restait dans la routine et obéissait à des préjugés.

D'ailleurs, nous avons eu la démonstration de la justesse des vues de Clémenceau, lorsque je parvins, en 1915, à faire organiser le premier Institut de puériculture, dans mon grand ser-

vice de l'hospice des Enfants-Assistés, avec le concours du Conseil municipal et du Conseil général. C'était là, en somme, la réalisation tardive du projet de Clémenceau.

Personne n'a pu contester l'utilité de cette institution nouvelle, aussi bien pour faire progresser les recherches sur l'allaitement, que pour vulgariser la puériculture parmi les étudiants et dans le grand public. Notre succès fut tel que, malgré l'opposition violente de M. Mesureur, alors directeur de l'A. P., on a cru devoir, plus tard, créer plusieurs centres nouveaux d'enseignement de la puériculture, plus ou moins semblables à celui que j'avais inauguré à l'hospice des Enfants-Assistés.

En 1914, lorsqu'on pensa à transformer l'Institut de puériculture en chaire officielle de l'Université, rattachée à la Faculté, conformément au vœu adressé par l'Association des étudiants en médecine à M. Barthou, alors ministre de l'Instruction publique, j'eus l'occasion de m'entretenir avec Clémenceau à ce sujet au Sénat : je lui fis remarquer que j'étais parvenu, en 1911, à faire exécuter le projet qu'il avait présenté en 1877 et qui avait été si mal accueilli par l'Académie et par l'administration. Il est vrai que, depuis cette époque lointaine, de grands progrès avaient été faits dans la stérilisation du lait en appliquant les doctrines pasteuriennes.

Il y a deux ans, dans une visite que j'ai eu l'honneur de faire à l'illustre solidaire de la rue Franklin qui occupait ses loisirs à des études de biologie, j'ai pu m'assurer qu'il s'intéressait toujours à l'hygiène du premier âge. J'étais allé lui faire hommage d'un livre que je venais de publier sur la *Croissance des nourrissons* et que je comptais simplement déposer chez lui. Mais il me reçut immédiatement dans ce cabinet bien connu où il travaillait derrière sa table en fer à cheval. Au cours de notre conversation sur la puériculture, je lui rappelai que j'avais été un des derniers préparateurs de son ancien maître, le professeur Charles Robin, et il me dit qu'il lirait mon travail. Quelques jours plus tard il m'adressait une carte avec ses remerciements, en ajoutant textuellement « qu'il avait été très touché de nos lointains souvenirs et qu'il serait toujours heureux d'en reprendre la suite ».

Il ne paraît donc pas douteux que l'enseignement du grand biologiste qu'avait été Robin avait laissé une profonde empreinte dans l'esprit de Clémenceau, puisqu'il aimait à évoquer sa mémoire dans les dernières années de sa vie.

Charles Richet et le vote familial. — « *A chaque citoyen autant de bulletins de vote qu'il a d'enfants* ». *Voilà l'idéal désirable, écrit M. le Professeur Charles Richet, dans le* Matin (22 novembre 1929).

« On ne peut guère toucher à cette idole, en apparence intangible qu'on appelle le suffrage universel ; car le droit pour tout citoyen d'émettre une opinion et un vote paraît être imprescriptible. L'idole est si solide, si colossale, qu'aucun raisonnement, aucune propagande, ne saurait la renverser ou même l'ébranler.

Il y a un correctif cependant.

Il s'agirait de donner aux meilleurs citoyens d'un pays un peu plus d'autorité qu'aux autres. Voilà un idéal très beau, très désirable. Eh bien ! nous pouvons, au moins partiellement, le réaliser.

La base de toute société, c'est la famille. Voilà qui est indiscutable Donc ce sont les pères de famille, et de famille nombreuse, qui sont les meilleurs soutiens de la stabilité nationale, ils sont aussi les vrais défenseurs de la patrie, puisqu'ils donnent à la patrie de nombreux enfants. Gardons dans son intimité le suffrage universel et par conséquent laissons le droit de vote à chaque citoyen, mais en lui accordant autant de bulletins de vote qu'il a d'enfants, c'est ce qu'on appelle *le vote familial*.

Bien entendu, il est inique que les femmes de France n'aient pas le droit de vote. Les Françaises sont-elles donc si inférieures aux Anglaises et aux Allemandes — mais c'est là une autre question, toute différente, que je ne puis aborder ici.

On peut, en exagérant quelque peu, dire que la moralité d'un individu est proportionnelle au nombre de ses enfants. Les bandits, les souteneurs, les escrocs, les banqueroutiers, les criminels, les aliénés, n'ont pas ou peu d'enfants, et cependant, — ce qui est bien regrettable — ils ont un bulletin de vote. Il ne faut pas songer à le leur enlever, puisque toute délimitation entre les bons et les mauvais serait arbitraire.

Mais il est juste que l'honnête paysan, père d'une nombreuse famille, ait, par des bulletins de vote plus nombreux, plus d'autorité que les célibataires.

Nous parlions d'aristocratie tout à l'heure. Elle est toute trouvée. La voilà, la vraie aristocratie, c'est celle des pères de famille. Tant pis pour les riches qui ne veulent presque pas avoir d'enfants ! tant pis pour les égoïstes ! Tant mieux pour les prolétaires !

Et ici je vais démesurément surprendre quelques-uns de mes lecteurs. Prolétaire ne veut dire ni pauvre, ni misérable, ni homme du peuple. Prolétaire (1) veut dire père d'une nombreuse famille. Nous prenons donc ce mot dans son sens véritable : *le prolétaire est celui qui a beaucoup d'enfants*. Or il est légitime de lui accorder plus de suffrages qu'au citoyen sans enfant. Celui-là, qu'il soit riche ou pauvre, s'il n'a pas d'enfant, ce n'est pas un prolétaire.

Cette mesure générale qui favorise les prolétaires consacrera sûrement le triomphe de la démocratie, mais d'une démocratie saine, pacifique, laborieuse.

Cela est juste, cela est sage aussi.

Sage, parce que les pères de famille sont tout naturellement conservateurs de la paix, le premier des biens, sage aussi parce que cette légère prépondérance d'influence accordée à ceux qui ont pris l'héroïque résolution de donner beaucoup d'enfants au pays va peut-être arrêter cette funeste décroissance de la natalité qui mène lentement, mais sûrement, la France à la ruine.

Les prolétaires — c'est-à-dire les pères de famille — constituent une vraie aristocratie. C'est la seule que nous puissions reconnaître. Toutes autres classifications seraient vaines. Donc il faut *le vote familial* pour attribuer aux meilleurs citoyens de notre cher pays un maximum d'autorité et d'influence.

A chaque citoyen autant de bulletins de vote qu'il a d'enfants.

Telle est la formule lapidaire que je propose. Formule simple, formule facile à comprendre, formule excellente à propager.

Et ce sera un pas fait vers la paix et la prospérité de la patrie ».

(1) *Prolétaire (proletarius)*, citoyen de la sixième et dernière classe du peuple romain, classe dont les membres fort pauvres et exempts d'impôts, n'étaient utiles à la république que par les enfants qu'ils engendraient (Henri STAPPERS. *Dictionnaire d'étymologie française.*)

Comment Fagon devint premier médecin de Louis XIV. — *Dans un article de la Revue Hebdomadaire (20 juillet 1929), intitulé :* Du Jardin des Plantes au Museum, *M. Henry Bidou, racontant comment s'est formé le Jardin du Roy, comment il est devenu le Museum, rappelle les circonstances de la nomination de* **Fagon** *à la charge de premier médecin du roi Louis XIV.*

Valot, qui avait succédé en 1652 à Vaulier comme premier médecin du roi « mourut de sa charge, ayant voulu suivre le roi en Hollande en 1671. Il fut remplacé par un juif converti nommé Daquin, médecin de la Faculté de Montpellier, très courtisan, très avide, très beau parleur, creature de Mme de Montespan, et dont le crédit se trouva singulièrement ébranlé par la disgrâce de sa protectrice. Or il y avait, parmi les médecins qui secondaient Daquin, un jeune homme nommé Fagon. Neveu de Guy de La Brosse, il avait été élevé au Jardin. A peine docteur, en 1664, il y fut nommé professeur de botanique. Il voyagea pour recueillir des plantes. Médecin du duc de Maine, qui était un des bàtards du roi, il devait nécessairement rencontrer Mme de Maintenon qui était leur gouvernante. La rencontre se fit dans un voyage au Pyrénées. Ils furent charmés l'un de l'autre.

Fagon (1) avait un savoir immense, beaucoup de charme et d'honnêteté, l'amitié des personnes les plus distinguées, la confiance du roi. Seule la présence de Daquin l'empêchait de devenir premier médecin. Or voici ce que raconte l'abbé de Choisy : « Le roi, étant à Marly, eut un fort grand accès de fièvre. Les medecins, sur le minuit, voyant que la fièvre diminuait, lui firent prendre un bouillon. Daquin dit : « Voila qui est sur son déclin ; je m'en vais me coucher. » Fagon fit semblant de le suivre, et s'arrêta dans l'antichambre en disant entre ses dents : « Quand donc veillerons nous ? Nous avons un si bon maître, et qui nous paie si bien. » Il se mit sur un fauteuil, appuyé sur son bâton : il y était aussi bien que dans sa chambre, parce qu'il ne se déshabille jamais et ne dort qu'à son séant à cause de son asthme. Une heure après le roi appela le premier valet de chambre, et se plaignit à lui que sa fièvre durait encore : Il lui dit : « M. Daquin s'est allé coucher ; mais M. Fagon est là ; le ferai-je entrer ? — que me dira-t il ? lui dit le roi, qui craignait que le premier médecin ne le sût. — Sire, reprit Niert (et ce que je dis ici, je le tiens de lui), il vous dira peut-être quelque chose il vous consolera ? » Fagon entra, tâta le pouls, fit prendre la tisane, fit changer de côté et enfin se trouva seul auprès du roi pour la première fois de sa vie. Daquin eut son congé trois mois après, sur une bagatelle dont il lui fit une querelle d'Allemand ».

C'était en 1693. Fagon devenu premier médecin, fut du même coup surintendant du Jardin royal des herbes médicinales... »

(1) « Fagon était un des beaux et bons esprits de l'Europe, curieux de tout ce qui avait tirait à son métier, grand botaniste, bon chimiste, habile connaisseur en chirurgie, excellent médecin et bon praticien. Grand ennemi des charlatans, il aimait la Faculté de Montpellier, et en tout la médecine jusqu'au culte. » *Saint-Simon.*

Sainte-Beuve, disciple de Lamarck. — *Dans ces quelques lignes détachées d'une conférence faite au Muséum et publiées dans la* Revue hebdomadaire, *M. Henry Bidou, évoque Ste-Beuve, étudiant en médecine, disciple de Lamarck.*

« Aux premières années de la Restauration, dans les allées du Jardin des Plantes, passait un étudiant en médecine, petit, malingre, laid, avec une grosse tête rousse, et qui avait reçu du ciel les dons contradictoires et désastreux d'une intelligence extraordinairement vive et d'un cœur éperdument inquiet et sensible. Il venait suivre les cours d'un septuagénaire presque aveugle, qui, né gentilhomme, avait été officier à dix-sept ans, commis dans une maison de banque, musicien, météorologiste, botaniste, gardien de l'herbier au Jardin du Roy, professeur de zoologie au Muséum. Ce vieillard à la vie agitée, c'était l'illustre Lamarck. Sous les yeux de l'étudiant, il construisait le monde « avec le moins d'éléments, le moins de crises et le plus de durée possible. Selon lui, les choses se faisaient d'elles-mêmes, toutes seules, par continuité, moyennant des laps de temps suffisants.... Une longue patience aveugle, c'était son genre de l'Univers... M. de Lamarck séparait la vie d'avec la nature. La nature, à ses yeux, c'était la pierre et la cendre, le granit de la tombe, la mort ! La vie n'y intervenait que comme un accident étrange et singulièrement industrieux, une lutte prolongée avec plus ou moins de succès ou d'équilibre çà et là, mais toujours finalement vaincue ; l'immobilité froide était régnante après comme devant. J'aimais, continue l'étudiant, ces questions d'origine et de fin, ce cadre d'une nature morne, ces ébauches de la vitalité obscure. Ma raison, suspendue et comme penchée à ces limites, jouissait de sa propre confusion ».

Cet étudiant qui s'énivrait de vertige, c'était Sainte-Beuve. Les passages que je viens de vous lire sont tirés de *Volupté*. Ainsi se mêlent au roman d'une tendresse humaine de graves hypothèses sur l'origine des choses. Ainsi se combinent dans un jeune esprit les deux féeries de la science et de l'amour.... »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Précis d'obstétrique en 28 leçons, par E. BUMM, 3e éd. française. In-8 : 631 fig., 4 pl. : 150 fr. (Maloine).

Le Docteur Couty de la Pommerais, par Pierre BOUCHARDON. In-16 : 12 fr. (A. Michel).

Traité d'Education physique, publié sous la direction de Marcel LABBÉ, 2 vol., in-8, 1170 p., 534 fig. : 200 fr. (Doin).

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'internat des médecins.* — Oral (fin) — Séance du 3 décembre. — Questions données : Formes cliniques et diagnostic du rhumatisme blennorrhagique. Luxation antéro-interne récente de l'épaule. MMmes Jammet 24, Cachera 23, MM. Carlotti, 22, Gaudin 25, Bosquet 27, Durel. 28, Perier 28, Bréhier 27, Boudreaux 27, M. Poupault s'est retiré.

Séance du 4 décembre. — Questions données : Pleurésies interlobaires (Signes et diagnostic). Signes et diagnostic de la tuberculose rénale. MM. Olivier (Jean) 24, Lellouch 27, Lehmann 24, Beaufils 21, Hurez 26, Lecadre, 25 Hécart 24, Belètre 24, Levannier 22, Mlle Delahaye 28.

Séance du 5 décembre. — Questions données : Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde. Signes et formes cliniques des invaginations intestinales. MM. Landrieu 24, Kreis 21, Demaldent 23, Demirleau 26, Beauchesne 22, Boulay 22, Guilly 28, Martin (Jean) 26, Ortéga 27.

Classement des candidats. — Internes titulaires, 1929.

1. Boudin, 81 points ; 2. Joly, François, 79 1/2 ; 3. Couderc. 76 ; 4. Mlle Valentin, 74 ; 5. Bernard. 74 ; 6. Pergola, 73 1/2 ; 7. Rousseau. 73 ; 8. Boudreaux, 72 ; 9. Patey, 71 ; 10. Guilly, 70 ; 11. Aboulker, Pie, 69 ; 12. Sallet, 69 ; 13. Lardennois, 68 1/2 ; 14. Bourgeois. 68 1/2 ; 15. Mialaret, 68 ; 16. André 67 1/2 ; 17. Fiehrer, 66 1/2 ; 18, Joly Henri 66 1/2 ; 19. Hauert, 66 ; 20. Marx, 66 ; 21. Herbert, 66 ; 22. de Langre, 65 1/2 ; 23. Cachin Marcel 65 1/2 ; 24. Bosquet, 65 ; 25. Lellouch, 65 ; 26. Salles, 65 ; 27. Mme Laquerrière, 64 1/2 ; 28. Salomon, 64 1/2 ; 29. Messimy, 64 1/2 ; 30. Beauchesne, 64 1/2 ; 31. Cuvillier, 64 ; 32. Bruneton, 64 ; 33. Bousser, 63 1/2 ; 34. Gabriel, 63 1/2 ; 35. Friedmann, 63 1/2 ; 36. Sterne, 63 1/2 ; 37. Chomet, 63 ; 38. Lemoine, 63 ; 39. Villechaize, 63 ; 40. Hécart, 63 ; 41. Coste, 62 1/2 ; 42. Baussan, 62 1/2 ; 43. Postel, 62 1/2 ; 44. Rouher, 62 1/2 ; 45. Conte. 62 1/2 ; 46. Naulleau, 62 ; 47. Bridot, 62 ; 48. Tavennec, 62 ; 49. Bechet, 62 ; 50. Mlle Barnaud, 62 ; 51. Calvet. 62 ; 52. Catalette, 61 1/2 ; 53 Olivier Henry 61 1/2 ; 54. Brandy, 61 1/2 ; 55. Hurez, 61 ; 56. Coen, Albert 61 ; 57. Joseph, 61 ; 58. Barrier, 60 1/2 ; 59. Regaud, 60 1/2 ; 60. Lemaitre, 60 1/2 ; 61. Beaufils, 60 1/2 ; 62. Gallot, 60 ; 63. Deparis, 60 ; 64. Mariau, 60 ; 65. Gorecki, 60 ; 66. Klotz, 60 ; 67. Leroux Robert 60 ; 68. Mlle Delahaye, 60 ; 69. Brehier. 59 1/2 ; 70. Bons, 59 1/2 ; 71. Jarousse, 59 1/2 ; 72. Fabre, 59 1/2 ; 73, Roy, 59. 1/2 ; 74. Bargeton, 59 1/2 ; 75. Ménétrel, 59 1/2 ; 76. Facquet, 59 ; 77. Thorel, 59 ; 78. Boidot, 59 ; 79. Demirleau. 59 ; 80. Mahoudeau, 59 ; 81. Lejeune, 59 ; 82. Lance. 59 ; 83. Mlle Le Diouron, 58 1/2 ; 84. Perier, 58 1/2.

2° Externes en premier — 1929.

1. Roullin, 58 1/2 ; 2. Lecarde, 58 1/2 ; 3. Mlle Jammet, 58 1/2 ; 4. Reboul, 58 1/2 ; 5. Delamare 58 1/2 ; 6. Nicolas, 58 ; 7. Olivier, 58 ; 8. Courtial, 58 ; 9. Pescarolo, 58 ; 10. Mlle Delon, 58 ; 11. Lepart. 57 1/2 ; 12. Fort, 57 1/2 ; 13. Prost, 58 1/2 ; 14. Robert, 57 1/2 ; 15. Lieffring, 57 1/2 ; 16. Paul, 57 1/2 ; 17. Delinotte, 57 1/2 ; 18. Mlle Hallard ; 57 1/2 ; 19. Cacuira, 57 1/2 ; 20. Landrieu, 57 ; 21. De Pariente, 57 1/2 ; 22. Vaidie, 57 1/2 ; 23. Terrasse, 57 1/2 ; 24, Malgras, 57 1/2 ; 25. Béletre, 57 ; 26 ; Carlotti, 57 ; 57. Arnal, 57 ; 28. Auzepy, 57 ; 29. Lehmann, 57 ; 30. Limoge, 27 ; 31. Raymond, 57 ; 32 Mlle Sainton 57 ; 33. Mlle Baguette, 56 1/2 ; 34. Mlle Lassery, 56 1/2 ; 35. Sidi, 56 1/2 ; 36. Mlle L'Hoir. 56 ; 37. Ortega, 56 ; 38. Nomblot, 56 ; 39. Mlle Ducosté, 55 1/2 ; 40. Durel, 55 1/2 ; 41. Kreyts, 55 1/2 ; 42. Rousset, 55 1/2 ; 43. Carteret, 55 1/2 ; 44. De Soria, 55 ; 45. Viala, 55 ; 46. Dubois, Jean 55 ; 47. Chevallier, 55 ; 48. Fresnais, 55 ; 49. Perachon, 54 1/2 ; 59. Huret, 54 1/2 ; 51. Prunet, 54 1/2 ; 52. Chigot, 54 1/2 ; 53. Levaditi. 54 1/2 ; 54. Perreau, 54 1/2 ; 55. de Font Réaulx, 54 1/2 ; 56. Bloch, 54 ; 57. Cohen, Asdriel 54 ; 58. Gaudin. 54 ; 59. Demaldent, 54 ; 60. Lémélletier, 54 ; 61. Cain, 53 1/2 ; 62. Labesse, 53 1/2 ; 63. Meillaud, 64. De Palma, 53 1/2 ; 65. Albeaux, 53 1/2 ; 66. Pouey, 53 1/2 ; 67. Guillemin, 53 1/2 ; 68. Minet, 53 1/2 ; 69. Martin, 53 ; 70. Durieux, 53 ; 71. Moline, 53 ; 72. Sanz, 53 ; 75. Mlle Fagnière, 53 ; 74. Vautrin, 53 ; 75. Jomain. 52 1/2 ; 76. Royer de Véricourt, 52 1/2 ; 77. Mlle Jacob, 52 1/2 ; 78. Levannier, 52 1/2 ; 79. Bouley, 52 1/2 ; 80. Schewartz. 52 ; 81. Lachter-Pachter, 52 ; 82. Brunel, 52 ; 83. Fourestier, 52 ; 84. Bridgmann, 52.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — M. Dervé, Précisions sur les indications de la technique et les résultats de revisions utérine. — M. Alvarez. Ictère chronique par pancréatite curable. — M. Morel. Etude sur l'infection de l'organisme humain. — M. Besombe. Michel Cullerie, chirurgien (1758-1827). — M. Monnier. Etude de l'hypotension artérielle permanente idiopathique.

9 décembre. — M. Berteaux. Le diagnostic des leucémies aiguës. — M. Guillermon. Traitement des œdèmes des cardiaques et des cardio-rénaux. — M. Emond. Etude clinique de la rate. — M. Priet. Chimiothérapie de la méningococcémie. — M. Diaz. Formes urinaires de l'appendicite. — M. Toulemonde. Les réactions sérologiquas dans le pronostic des tuberculoses urinaires. — M. Sakson. Etude du traitement de l'épithélioma de la cloison nasale.

10 décembre. — M. Villard. Etude des sarcomes primitifs de la synoviale du genou. — M. Pincouyoul. Un chirurgien lyonnais (Gensoul, 1797-1858). — M. Chaperon. L'arthrodèse de la hanche dans la coxalgie.

12 décembre. — M. Arnon. Les critériums de guérison de la syphilis. — M. Pégastaing. De la topographie radiculaire du vitiligo. — M. Couturat. L'anesthésie au cours du tétanos. — M. Samboa. Etude du pneumothorax dans la tuberculose pulmonaire. — M. Courbil. Essai de répartition géographique des helminthiases. — M. Gros. Les substances irradiées au point de vue de la santé publique. — M. Rossi. Etude du rôle du streptocoque dans la scarlatine.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours ouvert pour la nomination de deux médecins du dispensaire général de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les Drs René Chevalier et Louis Vachez.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes en pharmacie titulaires : M. Dorche, Mlle Beau, M. Leynaud, Mlle Rentenauer, M. Pauget, Mlle Kopp, M. Darniat, Mlle Garitey, M. Bouchon, Mlle Busch.

Internes en pharmacie provisoires : Mlle Bouvier, MM. Lardet, Moraux, Mathais-Martin, Mlle Pauze, MM. Charpenel, Sémon, Chambron, Mlle Tissier, M. Lamaizière, Mlle Lèbre, MM. Chol, Burlet, Cuche, Mlle Faure.

Facultés de médecine. — Sont nommés agrégés pour une période de neuf ans à dater du 1er décembre 1929.

Paris. — Histologie, M. Millot. Neurologie et psychiatrie, M. Lévy-Valensi.

Lille— Médecine, MM. Gernez et Nayrac.

Montpellier. — Chirurgie, M. Aimes.

Nancy. — Obstétrique, M. Vermelin.

Les pharmaciens et les assurances sociales. — L'association générale des syndicats pharmaceutiques de France et des colonies a tenu son assemblée générale à la faculté de pharmacie de Paris, les 26, 27, 28 novembre 1929.

L'application prochaine de la loi sur les assurances sociales a été le principal sujet des délibérations soumises aux présidents des syndicats et au conseil d'administration de cette association qui, sur 10.000 pharmaciens exerçant en France et en Algérie, comprend 8.878 pharmaciens répartis en 94 syndicats.

Cette fédération, chargée de présenter officiellement au gouvernement et au Parlement les revendications de ses adhérents, a adopté plusieurs résolutions dont les principales sont les suivantes :

1° Libre choix, par l'assuré, entre les pharmaciens titulaires de leur officine ; 2° tarif national unique établi en collaboration avec les représentants du gouvernement ; 3° liberté de prescription ; 4° respect de la loi organique sur l'exercice de la pharmacie (21 germinal an XI).

Si la loi, dans ses correctifs, ne fixait pas ces conditions réclamées par le corps pharmaceutique, l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France et des colonies se trouverait dans l'obligation de refuser sa collaboration.

Corps de Santé militaire. — Sont nommés dans la section de réserve : au grade de médecin général, les médecins colonels en retraite Boucarut et Mandy.

Service de Santé de la marine. Mutations. — Le médecin en chef de 2e classe Cazeneuve, chef des Services médicaux à l'hôpital Saint-Mandrier (choix) immédiatement, remplace M. Plazy, appelé à d'autres fonctions.

Le médecin principal Yver en service à Lorient, professeur de diagnostic spécial à l'Ecole d'Application des médecins et pharmaciens-chimistes stagiaires 1920, remplace le médecin en chef de 2e classe Lestaga.

Contre le surmenage scolaire. — M. Henry Fougère vient de déposer une proposition de résolution invitant le gouvernement à réviser les programmes de l'enseignement secondaire en vue d'éviter le surmenage scolaire.

Le député de l'Indre reproduit, à l'appui de sa proposition, et à titre d'exemple, l'horaire de la seconde classe, section A :

« Cette seconde classe portait autrefois le nom de classe « d'humanités », c'est dire que l'enfant doit y prendre le goût des belles lettres, s'y familiariser avec les auteurs grecs et latins, comprendre et apprécier nos grands auteurs français.

« Or, en seconde A, le nouveau programme comporte pour une semaine : 4 heures de grec ; 4 heures de français ; 3 heures de latin ; 4 heures de mathématiques ; 2 heures de physi-

que ; 1 heure de chimie ; 2 heures d'histoire : 1 heure de géographie ; 2 heures de langue vivante.

« Soit un total de 23 heures de classe par semaine. Si vous ajoutez à ces heures le temps strictement nécessaire pour les repas, les allées et venues de la maison de famille au lycée et les quelques exercices physiques qu'exige impérieusement la santé de l'enfant, que restera-t-il pour les lectures, indispensables pourtant et les études, c'est-à-dire le travail personnel? »

Bourses familiales du corps médical. — *Règlement.* — *Article premier.* — Les 10 bourses familiales du Corps médical dues à la générosité de M. le docteur Roussel seront attribuées chaque année par un jury composé de 12 membres et comprenant : le président de l'Association générale des médecins de France ; président, le secrétaire général et le trésorier général de cette association, M. le docteur Roussel ou son délégué et cinq membres désignés par le Conseil général à sa réunion mensuelle de janvier, un délégué de la Confédération des syndicats, un délégué de la Société de femmes et enfants de médecins et un délégué du Service de santé militaire.

Art. 2. — Les bénéficiaires seront des médecins civils ou militaires français d'origine ou des veuves de médecins non remariées, faisant partie ou non d'une association professionnelle.

Les candidats devront avoir au moins 5 enfants vivants à leur charge.

Art. 3. — L'attribution en sera faite par le jury, sur demande des intéressés adressée par eux-même ou par toute association professionnelle ayant eu connaissance de la situation de famille d'un confrère.

Art. 4. — Ces demandes devront être adressées à M. le président de l'Association gédérale des médecins de France, 5, rue de Surène avant le 1er mai, elles seront enregistrées au siège de l'association sur un carnet spécial, dans l'ordre de leur arrivée et assurées de la plus grande discrétion.

Art. 5. — Elle devront exposer la situation matérielle du pétitionnaire ou être accompagnées de :

1° Des bulletins de naissance des enfants à sa charge et de la situation actuelle de chaque enfant ;

2° Des renseignements contenus dans un questionnaire d'un modèle annexé au règlement.

Art. 6. — Le jury chargé d'examiner les demandes se réunira avant le 15 juin et désignera les confrères ayant obtenu la bourse avant le 1er juillet.

Il pourra par des enquêtes discrètes auprès des groupements professionnels du département, faire contrôler les affirmations contenues dans les demandes et le questionnaire.

Art. 7. — L'attribution se fera par vote au bulletin secret au sein de la Commission ou à la majorité des voix des membres présents.

Art. 8. — Ces bourses seront attribuées une seule fois à la même personne.

Art. 9. — Elles seront mandatées aux intéressés par les soins du trésorier de l'Associatton générale et après entente avec M. le docteur Roussel, dans les quinze jours qui suivront leur attribution.

Art. 10. — Si la totalité des bourses n'a pu être attribuée une année, faute de demandes, les bourses ainsi disponibles pourront être accordées l'année suivante.

Art. 11. — La liste des bénéficiaires ne sera jamais publiée et aucun renseignement ne sera jamais donné sur leur identité.

A propos de la campagne contre les stations hydrominérales françaises. — On nous communique l'ordre du jour suivant :

« La Société internationale d'hydrologie médicale, à sa réunion annuelle à Budapest, ayant eu connaissance par le délégué français au conseil de la campagne de diffamation menée contre certaines stations françaises par certaines organisations étrangères aujourd'hui démasquées, réprouve énergiquement de semblables procédés, incompatibles avec l'honnêteté scientifique la plus élémentaire.

La Société, ayant la charge morale de protéger et de défendre le bon renom de la science hydrologique, déclare calomnieuses les affirmations contenues dans ces circulaires et se réserve d'envisager à l'avenir des sanctions contre les organismes responsables de telles manœuvres. »

Signé : Fortescue Fox, président : Burt (Angleterre), Dalmady (Hongrie), Daniehwsky (U. R. S. S.), Faber (Danemark), Ferreyrolles (France), Fudor (Autriche), Gabbi (Italie), Gunsburg (Italie), Hirsch (Allemagne), Hahlmeter (Suède), Matsuo (Japon), Scherbakoff (Yougoslavie), Schmidt (Tchécoslovaquie), Taipole (Finlande), Van Brehem (Hollande), Wassermann (Bohême), Watteff (Bulgarie).

L'inauguration du Bureau de la Presse médicale latine. — Grâce à l'appui généreux de la Chambre syndicale des Fabricants de produits pharmaceutiques, la Fédération de la Presse médicale latine vient d'ouvrir à Paris, 101, rue de

Richelieu, un Bureau permanent de lecture et de renseignements, réalisant ainsi un des vœux formulés par son premier Congrès.

L'inauguration du *Bureau de la Presse médicale latine*, qui constituera en même temps le nouveau siège social de l'Association de la Presse médicale française, avait lieu jeudi 21 novembre, et a été l'occasion d'une manifestation entièrement réussie de sympathie et de solidarité entre les représentants de la presse médicale française et étrangère et ceux de l'industrie pharmaceutique.

Le Bureau de la Presse médicale latine est ouvert, *à titre gracieux*, à *tous* les médecins et étudiants en médecine francais et étrangers demeurant à Paris ou de passage dans cette ville, sous la seule réserve de justifier de leur identité ;

La salle de lecture et le bureau de renseignements sont ouverts tous les jours, *de 9 h. 30 à midi* et *de 15 heures à 18 heures* ; les lecteurs peuvent consulter sur place tous les périodiques et les ouvrages que reçoit et possède le Bureau ; il leur est simplément demandé, dans l'intérêt commun, de n'emporter chez eux aucun de ces ouvrages ou periodiques.

Le docteur **L.-M.** Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine et de l'Association de la Presse médicale française, reçoit au Bureau : les lundi et vendredi, de 10 heures à midi, le mercredi, de 16 à 18 heures.

A la demande des lecteurs, il leur sera délivré, *à titre gracieux*, une carte constatant leur affiliation à la Fédération, au vu de laquelle ils bénéficieront des réductions reservées aux membres de celle-ci dans les hôtels, restaurants, théâtres, etc.

Rappelons à ceux qui l'ignoreraient que le Bureau de la Presse médicale latine est situé 101, *rue de Richelieu*, presque à l'angle du boulevard des Italiens, à 50 mètres de la station *Richelieu-Drouot*, du Métropolitain, et que son numéro de téléphone est *Louvre* 12.28.

Hospice départemental Paul Brousse. — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice départemental Paul-Brousse et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse et au Centre anti-cancéreux s'ouvrira le 17 février 1930.

Pourront prendre part au concours : 1° les élèves externes des hôpitaux de Paris ; 2° les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat :

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départemental, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A. 2e étage, pièce 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures du 13 janvier 1930 au 29 janvier 1930.

Hommage au Dr Delagénière. — Un groupe d'amis, de collègues, d'anciens élèves et élèves du Docteur Henry Delagénière, désireux de lui offrir un témoignage d'affection, de respect et de reconnaissance, ont confié au sculpteur F. de Hérain le soin de graver à son effigie une médaille.

Les souscriptions sont reçues par le Docteur Georges Baillière, éditeur, trésorier du Comité, 19, rue Hautefeuille.

Val-de-Grâce. — Un concours s'ouvrira le 15 mai 1930, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'obtention du titre de professeur du Val-de-Grâce et pour trois emplois de professeurs agrégés de médecine et deux emplois de professeurs agrégés de chirurgie.

Sont seuls admis à ce concours, les médecins commandants et les médecins capitaines ayant accompli, depuis leur sortie de l'école d'application du service de santé militaire, au moins deux années de service dans un corps de troupe.

Les épreuves seront subies d'après le programme et dans les conditions déterminées par l'instruction du 13 janvier 1921, modifiée le 4 juin 1923.

Les demandes formulées par les médecins en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, seront revêtues de l'avis motivé des chefs de chaque candidat et adressées au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 1er avril 1930.

Société d'anthropologie de Paris, (15, rue de l'Ecole-de-Médecine.) — Le jeudi 19 décembre 1929, à 17 heures très précises : 1° Inauguration de la conférence Paul Sébillot, par le Professeur Jeanselme ; 2° Paul Sébillot : Sa vie et son œuvre, par le Dr Bugiel.

Nécrologie. — Dr Charles Baudier, décédé à Paris. — Dr Frédéric Sedan de Marseille, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 82 ans. — Dr Paris d'Herchies (Oise). — Dr Adrien Lenaers, de Schaerbeck. — Dr Aisinman. — Dr Salvador Fribourg, médecin colonel en retraite, décédé à Paris. — Dr Gaston Boullier adjoint au maire de Chatou. — Dr Julliard, de Septmoncel (Jura), tué dans un accident d'automobile surveuu près Saint-Claude.


THÉOSALVOSE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les fausses paresses

Leurs origines pathologiques

Par H. CODET.

Le problème de la paresse se pose fréquemment aux éducateurs, aux parents ; il est quelquefois, peut-être trop rarement, soumis aux médecins. Il ne s'agit pas ici de l'aborder sous son aspect métaphysique et de rechercher la signification morale d'un vice, mais, en abordant simplement les faits, de chercher pourquoi, dans tel cas déterminé, un enfant est ou paraît paresseux. *Beaucoup de paresses ont une cause pathologique* et l'explication permet souvent de remédier à cet état de choses défectueux.

Pour qu'un enfant puisse acquérir les notions scolaires et sociales analogues à celles de la moyenne des sujets aux âges correspondants, il lui faut remplir certaines conditions minima : capacité de compréhension, de mémoire et de comparaison ; faculté d'attention et d'application à un effort électif ; *acceptation docile du travail imposé* et des règles communes.

Chez certains, c'est ce dernier élément qui fait défaut et le déficit essentiel porte sur ce trait du caractère, bien plus que sur les fonctions proprement intellectuelles. Dès son plus jeune âge, de façon semble-t-il congénitale, liée à sa personnalité, le sujet est et restera atteint de cette tare : la paresse. Elle correspond bien à cette définition, la plus large, qu'en donne Littré : la propension à ne pas travailler.

A côte de ce vrai paresseux et de l'enfant normal, ou plutôt moyen, qui joint à l'activité physique et psychique la curiosité de savoir, de comprendre, associée à des degrés suffisants de docilité et d'émulation, existe une troisième catégorie, non exceptionnelle : *le faux paresseux*.

La méconnaissance de cet état et de ses causes aboutit aux erreurs les plus fâcheuses : sévérité abusive, répression maladroite ou, au contraire, indulgence béate des parents ; parfois abandon moral de l'enfant et stagnation. Mais une meilleure compréhension permet de développer les possibilités du sujet, de façon relative ou complète, par l'emploi de mesures appropriées : changement de milieu, modification de régime scolaire, traitement purement médical, etc.

L'activité, le désir de s'instruire, ou plutôt la curiosité qu'éveillent, chez les enfants, des notions nouvelles, sont choses normales : normale aussi est leur relative docilité, faite d'habitude et de faiblesse confiante. L'émulation vient encore, dans la plupart des cas, aider l'éducateur. C'est dire qu'un enfant qui ne cède point à tant de sollicitations tendues vers le même but n'est point dans l'équilibre moyen souhaitable, n'est point normal.

On a considéré la paresse comme un vice, qu'une autorité sévère, des réprimandes, des punitions peuvent mater. Ces différences individuelles profondes, ces défaillances durables ou transitoires, qui sont si facilement admises dans l'effort physique parce qu'elles sont visibles, tangibles, ne sont le plus souvent pas même envisagées lorsqu'il s'agit d'un effort intellectuel, ou ne sont reconnues que devant la plus fâcheuse et la plus grossière évidence.

Je suis persuadé qu'il s'agit extrêmement souvent d'un *état maladif méconnu*. Il faut que les parents, que les éducateurs, apprennent à envisager systématiquement cette éventualité. On obtient facilement d'eux qu'un enfant atteint de maladie grave soit traité ; mais beaucoup ne prennent pas au sérieux des malaises vagues dont l'ensemble nécessite un examen éclairé et peut-être des dispositions à prendre en conséquence.

C'est en effet au médecin à faire le départ des différentes causes. « Il n'y a pas une paresse, mais des paresses » dit avec raison G. Paul-Boncour. Il faut que la sélection non seulement dépiste la paresse pathologique, mais juge si elle est accessible à un traitement.

Ce n'est pas toujours le cas.

On voit en effet en clinique de pauvres enfants atteints d'idiotie, ou tout au moins d'imbécillité, que l'optimisme touchant de leur famille se refuse à considérer comme tels et tourmente afin de leur inculquer des notions qu'ils ne peuvent assimiler ou ne sauraient utiliser. Il s'agit alors non d'instituer un traitement, mais de conseiller quelque occupation simple, adaptée à la modicité des capacités du sujet, à ses goûts, à ses ressources actuelles et futures.

Certains déments précoces au début peuvent attirer d'abord l'attention par leur progressive désadaptation au travail. Ce diagnostic est souvent des plus difficiles : seule l'évolution viendra à la longue le corroborer. La paresse peut être le *symptôme révélateur* du syndrome morbide. S'ils ne peuvent bénéficier d'un traitement, qu'il est néanmoins sage de tenter malgré tout, du moins est-il possible d'éviter à ces malades des blâmes ou des punitions inutiles, sinon nuisibles.

En dehors de ces cas, où nous ne servons qu'à donner quelque apaisement au malade en éclairant les parents, je voudrais attirer l'attention sur la grosse majorité de ceux où *l'intervention médicale est des plus utiles*.

Il peut s'agir souvent d'enfants qui ne sont pas même à proprement parler malades. Parfois c'est un retard simple du développement, dû à quelque maladie de la mère durant sa grossesse, à quelque trouble dans la première enfance, ou à une syphilis héréditaire non connue. André Collin s'est longuement étendu sur ces « retardés simples », susceptibles des mêmes acquisitions que les enfants normaux mais dont l'évolution retardée, ou plutôt ralentie, ne leur permet pas de suivre le rythme des programmes scolaires habituels. Vite ils se fatiguent, perdent pied, doivent « redoubler » leurs classes. Il faut rechercher si l'enfant est capable d'idées personnelles, d'attention, de réflexion, de jugement. C'est le contraire du tableau qu'offre un débile, lequel peut avoir par ailleurs une mémoire parfaite, des aptitudes brillantes, des notions qu'il renvoie en surface, pourrait-on dire, (intelligence-miroir) sans les assimiler ou les faire siennes, c'est-à-dire sans les adapter à la vie. Chez ces *retardés simples*, diminuer le travail proposé est le leur rendre plus profitable. Ils acquièrent alors, en un temps plus long que la moyenne, un bagage suffisant et même honorable. Ce sont souvent des arriérés au point de vue physique autant que mental, les deux évolutions étant étroitement sous la dépendance l'une de l'autre. Il faut savoir attendre, sans obliger l'enfant à un travail pour lequel il n'est pas encore tout à fait outillé. S'il s'agit d'enfants peu fortunés, la loi du 15 avril 1909 a prévu des classes spécialement créées pour ces cas.

Il faut penser à la *fatigue générale*, qui est la règle chez beaucoup de sujets après une croissance trop rapide, et qui se traduit par une nonchalance qu'un repos total de quelques semaines au grand air dissipe aisément. Ce sont des débilités transitoires, qui bénéficieront d'une nourriture simple, saine et abondante, tout comme ceux chez qui l' « hyponutrition » que signale M. de Fleury est la coupable.

Trop souvent, en effet, les enfants nourris dans nos écoles et institutions y reçoivent une nourriture peu tentante parce que mal apprêtée et monotone, peu variée. L'animation passionnée des discussions entre camarades, ou des jeux qui empiètent de la récréation sur le repos, les détournent encore d'une nourriture qui ne présente à leurs yeux ni importance ni intérêt.

D'autres fois, au contraire, l'enfant reçoit chez lui une nourriture irrégulière, trop compliquée et *riche en toxines* qu'un tube digestif adulte supporte mal, mais qui est encore moins adéquate à celui d'un enfant. Ce sont de petits diar-

rhéiques à répétition, ou, plus souvent, des constipés, à l'estomac dilaté, aux vomissements faciles ; leur teint est brouillé, sans éclat, taché de boutons ; ils dorment peu et ont un sommeil agité. Un nettoyage intestinal sans brutalité, quelques jours de diète, l'institution d'un régime sain, en les désintoxiquant leur donne une vitalité nouvelle.

Si le changement dans l'activité de l'enfanté été brusque, il faudra envisager la possibitité d'une *maladie infectieuse au stade d'incubation*, notamment d'un ensemencement tuberculeux. La température prise plusieurs fois par jour dépistera une évolution silencieuse. Il faut penser aux envahissements ganglionnaires, d'une extrême fréquence à cet âge dans les agglomérations, premier stade qui devra être surveillé de très près. A plus forte raison une méningite, avant même d'arriver à la torpeur qui alarme, peut avoir pour seul indice pendant des mois une apathie indifférente, souvent attribuée à la paresse.

Une tumeur cérébrale s'accompagnera plus ou moins vite d'autres signes qui feront reconnaître l'enfant comme malade par ses proches. L'encéphalite léthargique, contre laquelle nous sommes encore si peu armés, est souvent méconnue dans ses formes à début atténué. Je passe sous silenee toutes les maladies infectieuses aiguës dont l'incubation est trop rapide pour que l'enfant languissant soit soupçonné de mauvaise volonté systématique dans son travail.

Parmi les paresseux d'habitude se trouvent un grand nombre d'enfants chez qui les *sécrétions endocrines* sont perturbées. La carence de l'une d'elles, son insuffisance, peut se manifester en un de ces grands syndrômes maintenant classiques, dont le myxœdème est le plus frappant. Mais sans qu'il s'agisse de troubles assez marqués pour que l'enfant soit reconnu évidemment malade, combien d'écoliers inertes, somnolents, dolents, qui pourraient en imposer pour de petits débiles, ne sont que des *hypothyroïdiens frustes*. Ils semblent ne prêter intérêt ni au travail, ni au jeu ; par indolence, ils ne s'épanchent point en confidences ni récits ; il faut parfois, avant de capter leur attention, répéter plusieurs fois la phrase qui leur est destinée, comme si le contact intellectuel demandait quelques secondes pour s'établir. On est alors surpris de leurs réponses paisibles mais sensées, sans rien de ce brio niais, incompréhensif et satisfait du débile auquel ils ont pu faire penser De taille généralement normale, ils sont trop gras, sans muscles ; jamais impétueux ni batailleurs, ils sont parfois choisis pour « têtes de turcs » par leurs camarades, qui prennent leur lenteur nonchalante pour de la stupidité. Un traitement prudent et bien conduit, en éveillant chez eux une activité nouvelle, montre qu'au temps même de leur soi-disant paresse ils ont pu acquérir les mêmes connaissances que leurs camarades, la même maturité, que leur ralentissement vital empêchait d'extérioriser.

S'il s'agit d'un adolescent, ces mêmes troubles s'intriquent souvent avec ceux d'une puberté retardée : règles inexistantes, insuffisantes, irrégulières, chez une jeune fille trop grasse, à peau infiltrée ; petits testicules infantiles, voix grêle, chez un jeune homme trop tardivement glabre. Des échecs répétés aux examens seront alors justiciables d'un sage traitement glandulaire plus que de reproches inefficaces.

Même alors que la *puberté* physique se passe normalement, il est constant que le changement profond que subit tout l'organisme à cette période n'aille pas sans une fatigue générale qu'augmente, chez beaucoup d'enfants, une agitation physique et morale particulière, désordonnée, improductive, faite d'élans de tous ordres coupés de dépressions marquées. Il faut alors savoir organiser autour de l'être en éclosion un calme relatif qui l'apaise sans l'irriter, et attendre une stabilisalion qui est la règle et lui permettra un travail vibrant mais régulier.

Il faut, à la même période, se méfier de la fatigue qu'engendrent souvent les premières pratiques onanistiques, parfois excessives. Je ne prétends pas qu'elles soient la cause de troubles graves ; les terribles désordres décrits par les auteurs anciens semblent être la cause même d'un onanisme anormal pratiqué par des anormaux, et non ses effets. Il n'en subsiste pas moins que ces pratiques, d'un usage courant dans l'adolescence, peuvent par leur nouveauté, par leur mystère, par l'attrait de fruit défendu qui les souligne, tenir une place trop importante, source de fatigues excessives. Une conversation prudente mais franche, *en rendant à ces faits leur simplicité naturelle* aux yeux de l'adolescent, les rend moins séduisants et diminue leur fréquenee. Elle peut du même coup guider vers des conceptions plus simples et plus saines un esprit dont l'ignorance s'égare en des fantasmagories impossibles à prévoir. Beaucoup d'enfants en effet, par scrupules religieux ou moraux, éprouvent de leurs pratiques furtives une honte qui, chez certains êtres fragiles, peut déterminer de véritables obsessions et des névroses incompatibles avec une vie sociale normale. Les initiations religieuses exaltant la pureté, qui coïncident souvent avec l'époque de l'éveil sexuel; la maladresse de parents bien intentionnés qui effrayent l'enfant par la peinture des « terribles conséquences » de ses actes, la lecture dramatique de l'abondante littérature qui traite de ce sujet, les confidences fantastiques de quelque camarade, sont trop souvent la source, chez des enfants « nerveux » d'un *sentiment de culpabilité*, de terreur, d'autant plus épouvantable qu'elle est mystérieuse et vague, qui peut non seulement les rendre incapables d'intérêt pour leurs habituels travaux scolaires, mais encore les marquer profondément pour l'avenir. Actuellement on peut constater encore les effets funestes produits par les bonnes intentions de quelques médecins qui terrifient les adolescents en les menaçant de complications et de séquelles prétendues terribles. *La terreur obsédante renforce, chez beaucoup de sujets la sollicitation physiologique naturelle.* Ils ne peuvent s'affranchir de leur pratique, la croient infiniment redoutable, s'y livrent avec anxiété et gardent pour de longues années l'impression qu'ils ont définitivement compromis leur santé. *Le remède, franchement inopportun, a été bien plus funeste que le mal, relativement illusoire.*

Parmi les obstacles physiques au travail que les parents méjugent, les *végétations adénoïdes* tiennent une grande place. Il est d'une pratique courante, chez des enfants apathiques et endormis qui désolent leurs maîtres par leur peu d'ardeur au travail, de trouver, avec une petite taille, un mauvais développement thoracique et des membres grêles, un prognatisme plus ou moins accentué, avec une voûte palatine ogivale précédant un rhinopharynx encombré de végétations adénoïdes, d'amygdales grosses et enflammées.

L'intervention chirurgicale, en permettant une respiration suffisante, stimule l'épanouissement physique et l'activité intellectuelle ; on voit parfois en quelques mois une métamorphose complète du prétendu paresseux.

De même, l'asthme infantile fait des enfants asthéniques indolents, incompréhensifs, craintifs.

Parfois un examen approfondi et méticuleux sera nécessaire pour dépister quelque organe déficient, source de petites auto-intoxications chroniques comme chez ces *débiles rénaux* sur lesquels Castaigne a insisté. Bien plus encore que chez l'adulte, *l'attention de l'enfant est fonction de l'état physiologique* : toujours elle décline avec l'apparition de troubles organiques, et le rendement pédagogique peut devenir nul par fatigue de l'attention.

Les *troubles sensoriels* chez les enfants ne sont pas rares : les troubles de la vue et de l'ouïe surtout gênent parfois beaucoup les écoliers, laissant hors de leur portée des notions proposées à leur entendement. La plupart ne s'en plaignent pas, ignorants qu'ils sont de ce que doit être la normale. Un strabisme, une myopie exagérée, attirent l'attention des parents et des maîtres, alors qu'une hypermétropie, un astigmatisme, plus discrets, ne sont décélés que par un examen systématique. De même une audition diminuée. On voit alors, par le port de verres appropriés, par le changement de place en classe, si le pro-

fesseur est prévenu, augmenter le rendement du travail, avec un effort moindre.

J'ai eu récemment dans mon cabinet un jeune enfant que sa mère, lasse de morigéner et de punir, m'amenait dans l'espoir que mon influence, plus efficace que la sienne parce qu'étrangère, obtiendrait de lui un travail égal à celui de ses camarades. Il s'agissait d'un enfant à l'esprit un peu lent, que la mère me signala, afin de lui faire honte, comme sournois, hypocrite et sujet à des crises de colère violentes et brutales : « soudain il est tout pâle de furie, disait-elle, il n'en peut même plus parler, et on ne sait même pas quel motif futile a pu le mettre dans un pareil état. » Le « mauvais vouloir » de l'enfant se traduisait encore par des distractions présentant le même caractère de soudaineté : « que ce soit pendant un repas ou au milieu d'un devoir, il pense tout d'un coup à autre chose, il regarde le plafond fixement et n'entend même plus quand on lui parle ; je ne sais ce qu'il a en tête qui peut le préoccuper si fort. Et naturellement il lui faut cinq ou dix minutes pour retrouver ensuite le fil de son travail. »

Rien qui puisse signer une *épilepsie* nette ne put être décelé dans l'anamnèse, pas plus de crises que de chutes inexplicables ou d'absences d'assez longue durée pour paraître pathologiques à l'entourage. Nous instituâmes cependant, avec prudence, un traitement de gardénal, qui non seulement fit disparaître les « distractions » et les colères *équivalentes* à nos yeux, mais sembla donner à l'enfant plus de rapidité intellectuelle, après que l'accoutumance au médicament eût fait disparaître la légère somnolence ressentie au début.

Dans ces cas d'épilepsie larvée, chez ces épileptoïdes si bien décrits par Madame Minkowska, il sera bon de vérifier l'état vago-sympathique.

Son déséquilibre, d'ailleurs, s'il peut favoriser des troubles comitaux, peut être la source de bien d'autres perturbations dans le travail de l'enfant.

L'*état vagotonique* paroxystique, observé dans les accidents de l'épilepsie, peut être habituel, avec des renforcements, chez ces enfants sujets aux accès de pâleur, aux émotions profondes mais peu bruyantes, au refroidissements des extrémités avec sudation, aux lipothymies ; leur tension artérielle est généralement faible. Ils sont frileux, se sentent fréquemment *fatigués, surtout le matin*.

Aussi les heures d'étude ou de classe dans la première moitié de la journée donnent-elles l'impression d'une inattention, d'une paresse jugée paradoxale en comparaison avec leur travail de l'après-midi ou du soir. Il faut même lutter chez eux contre leur tendance à perdre des heures de sommeil indispensable au profit de la lecture et du travail vespéraux. On observe déjà chez eux ce rythme spécial de la fatigue, étudié chez les neurasthéniques par Montassut.

Un autre aspect fréquent de déséquilibre neuro-végétatif peut être un état émotif des plus préjudiciables. Les *enfants émotifs* sont fort nombreux, et se comptent parmi les garçons autant que chez les filles. Frayeurs sans raison, bouleversements pour des causes infimes, rougeurs soudaines, tachycardie en poussées, tout vient traduire l'extrême importance des moindres joies comme des plus petits froissements. Ces petits sujets actifs, joueurs, enclins aux colères vives, rapidement éteintes, présentent surtout des phénomènes de *sympathicotonie*. Chez eux les réactions physiques et psychiques sont, à l'ordinaire, excessives ; on les voit passer d'une extrême ardeur pour le travail à un découragement complet ou à l'attrait exclusif pour quelque jeu. Cette hyperémotivité ressortit au traitement frénateur du sympathique ; mais celui-ci est franchement insuffisant s'il n'est accompagné de précautions psychothérapiques. Il faut alors savoir gagner leur confiance sans la décevoir afin d'obtenir un rendement meilleur.

Très souvent ces enfants travaillent mal par antipathie pour un maître qu'on leur a mal choisi, qui sait mal les comprendre, qui les soupçonne injustement. L'enfant prend en dégoût alors son travail, non seulement au moment où la présence détestée le « bloque » en quelque sorte, mais même hors d'elle, parce que l'étude le replace dans la même *atmosphère pénible*. Le professeur punit alors avec raison, et le coupable, mis officiellement dans son tort, souffre plus encore et travaille encore moins. Nulle médication tendant à réduire son émotivité ne sera plus suffisante, c'est le maître qu'il faudra changer.

Je relevais tout récemment une phrase bien éloquente, prononcée dans un rapport fait à la dernière réunion de l'Association Internationale pour la protection de l'enfance. Le docteur Laufer y disait : « Il importe que les chiffres des absences (scolaires) soient comparés dans la même classe et avec la même maîtresse ou le même maître, car ils sont plus ou moins élevés suivant la classe ». Qui de nous en effet n'a souvenance de maîtres honnis par des générations successives, sous l'influence desquels l'étude était un fardeau plein d'amertume, alors que d'autres, par je ne sais quel don mystérieux, obtenaient avec aisance des éclosions d'idées dans les jeunes intelligences à eux confiées.

Les maîtres ne sont parfois pas les seuls en cause et, quelque pénible que soit alors la situation, il faut penser aux *conflits avec les parents*.

Il n'est pas rare de rencontrer un père ou une mère tellement incompréhensif qu'il n'apporte que ses contradictions, son omnipotence stupide ou ses changements capricieux dans la rigueur comme dans l'indulgence. L'enfant souffre des unes avec rancune, profite des autres non sans mépris, parfois juge l'objet de son tourment avec la dure clarté et l'absolutisme des jugements juvéniles, et se dérobe à une autorité dont il ne sent que le poids.

Il n'est pas rare, en y regardant de près, de trouver la cause de cette attitude d'esprit dans un *sentiment douloureux d'injustice* : certains, par exemple, se révoltent devant la tendresse excessive témoignée à un autre enfant plus jeune, alors qu'eux-mêmes sont traités avec rigueur. La tendance à se replier, le découragement, peuvent les induire à une sorte de bouderie involontaire dont la paresse est le trait le plus apparent.

Je parle ici de l'émotif, trop sensible à un éloge ou à une brimade ; mais son cousin le *timide* peut être tout aussi empêché dans son travail. De la part de ses éducateurs ou de ses camarades qu'il ait reçu réprimandes officielles ou moqueries, le voici tout embarrassé, comme « empêtré » dans sa gêne ; la peur du ridicule l'englue et l'affole, paralyse ses réponses, l'empêche de suivre les démonstrations. Il semble d'autant moins avoir préparé son travail qu'une grande pudeur de ses sentiments profonds, toujours associée à la timidité, lui fait souvent affecter une désinvolture excessive. J'ai connu une jeune étudiante en médecine, méthodique et travailleuse, qui subit de nombreux échecs tant elle indisposait contre elle ses examinateurs par son air ironique et ses ricanements stupides ; cette attitude était fort loin de correspondre à ses sentiments profonds aux abois, et due à une *réaction de défense* qui dépassait son but.

Il est d'un intérêt primordial de comprendre la mentalité de chacun de ces enfants, et ce n'est pas toujours chose facile. Habitués à se renfermer, ils ne s'ouvrent pas aisément au médecin, qui doit souvent faire œuvre de patience bienveillante pour découvrir le drame profond caché sous les apparences d'une simple paresse.

A ce point de vue les études de Freud ont eu, entre autres, le mérite considérable d'attirer l'attention sur toute la *vie affective de l'enfance*. Au lieu des jugements par trop simplistes dont on s'est maintes fois satisfait, force est de se livrer à une observation impartiale des conflits moraux et des réactions plus ou moins inconscientes du jeune être. C'est ainsi que la paresse d'un enfant peut être le point de départ d'un examen très approfondi, qui permettra non seulement de guérir ce prétendu vice, mais aussi de saisir les causes de déformation de toute la personnalité. En y portant remède, le médecin peut avoir la

satisfaction de prévenir d'autres modifications graves du caractère et d éviter certaines transformations dangereuses pour l'avenir Selon les cas, un examen prolongé, à l'aide des acquisitions psychanalytiques, pourra dénouer favorablement la situation, ou bien il sera indiqué de recourir à une psychanalyse proprement dite. Mais de toute façon il faudra associer la plus grande habitude à une discrète prudence pour réparer l'effet des traumatismes affectifs sans en produire de nouveaux.

Tout près des timides, victimes de la même angoissante paralysie, sont les *bègues* et tous ceux dont quelque défaut de parole fait de l'écolage un véritable supplice. Le découragement s'installe, courant difficile à remonter.

G. Paul-Boncour a insisté justement sur la rareté de la mélancolie dans l'enfance ; jamais d'idées de suicide ou d'indignité. Les déprimés cependant, les *asthéniques* ne sont pas très rares.

On trouve des sujets à syndrôme vagotonique accentué par crises, avec troubles organiques. compliqués d'inattention, de rêverie, de dépression psychasthénique. Ce sont des enfants sans élan, qui sourient en grandes personnes mais n'éclatent jamais de rire ; le lever du matin est chez eux très pénible, le travail de la matinée nécessite un gros effort et est peu profitable ; s'ils font l'école buissonnière ce n'est point par amour des entreprises hardies mais pour rester inertes dans un coin. Enfants trop sages, toujours considérés comme paresseux, apathiques sans lutte, ce sont des fatigués perpétuels. Alors que les instables sont étiquetés indisciplinés plutôt que paresseux, bien que leur inattention, leur bavardage, leur turbulence gêne le travail, les déprimés accumulent les punitions pour paresse — paresse qu'on voit souvent disparaître à la puberté.

Ce sont des *fatigués constitutionnels*, disais-je, mais cela ne doit pas empêcher de chercher, par une enquête serrée, si cette fatigue n'a pas sa raison d'être. Bien souvent on découvre chez eux une insuffisance hépatique qu'un régime approprié améliore en même temps que l'aptitude au travail.

Il est des parents fort bien intentionnés qui, sous prétexte de récompenses, de distractions, donnent à leurs enfants des plaisirs qui sont de nouvelles fatigues s'ajoutant à celles qui sont légitimes : sorties du soir, théâtre, cinéma, qui fournissent en outre aux jeunes imaginations les éléments d'une romantique agitation dont l'excès peut gêner le travail. Toutes réunions en vase clos sont préjudiciables au jeune organisme qui n'a déjà que trop d'heures à passer dans les agglomérations scolaires.

A l'opposé, nous voyons les *sports pratiqués en excès* être parfois une source de réelle fatigue pour des organismes mal entraînés. Nous connaissons ces retours de vacances où l'enfant, amaigri, surmené physiquement, malgré le grand air, par l'abus soudain des exercices, ne peut supporter le brusque changement de vie qui le fatigue encore et est incapable de reprendre l'école tout de suite. Il faut aussi se méfier, en cours d'écolage, d'enfants robustes, si bien pris par le sport, par le prestige facile et immédiat de leur supériorité aux yeux de leurs camarades, que rien d'autre n'a plus d'intérêt à leurs yeux, et qui négligent le travail plus ardu et moins séduisant des classes parce qu'ils n'en comprennent pas l'égale utilité ; c'est une déformation fréquente dans les écoles anglaises.

Il se peut que quelque maladie occasionnelle, ayant écarté l'enfant de sa classe pendant quelques semaines, l'ait fait *perdre le courant* des études et qu'il ne puisse récupérer le retard ; d'où fatigue, découragement, manque de goût au travail.

Il n'est pas rare que l'enfant se trouve, par mauvaise évaluation de ses capacités, dans une *classe trop avancée*. Il est courant que maîtres et parents, pour classer les enfants, à moins d'une tare évidente et reconnue du sujet, s'appuient uniquement sur l'âge, alors que l'âge physiologique et le degré de maturité intellectuelle devraient seuls compter. Il n'est pas rare que des parents, mal encouragés et fiers de l'intelligence de leur progéniture, essayent de lui faire « sauter » une année. On voit alors avec surprise d'excellents élèves perdre places sur places ; n'étant plus stimulés par l'orgueil de mener la classe, ils s'enlisent dans la moyenne et descendent, déçus, aux derniers rangs, qui bientôt les traînent à leur remorque. Chose grave, ils perdent souvent, avec leur prestige, leur goût du travail.

Je parle ici du surmenage en quelque sorte voulu ; mais il a été beaucoup question, depuis quelques années, du *surmenage de rigueur* imposé à la généralité des écoliers par des programmes de plus en plus chargés. La protestation est loin d'être neuve ; Balzac déjà précise, dans le *Curé de campagne* : « La Quintinie tuait des orangers pour donner à Louis XIV un bouquet de fleurs chaque matin en toute saison. Il en est de même pour les intelligences. Le mode suivi en France pour le recrutement des écoles spéciales est une mutilation dans le genre de celle de la Quintinie sur les plus beaux cerveaux de chaque génération ». Beaucoup d'encre a coulé, et de plus en plus, sur ce sujet ; et il semble en effet difficile de n'être pas pris de quelque vertige en consultant de près les programmes scolaires actuels. abordant des problèmes non seulement ardus pour l'âge de ceux auxquels ils s'adressent. mais surtout si divers qu'ils exigent un effort d'adaptation sans cesse renouvelé.

Si certains les affrontent aisément, la plupart peinent à la tâche au point que leur santé en pâtit. Les statistiques grâce auxquelles on peut démontrer les hypothèses les plus opposées, pour une fois s'accordent toutes à témoigner l'accroissement des absences pour petites indispositions à la fin de l'année scolaire, accroissement allant du simple au triple.

On voit des enfants fatigués par une éducation qui éparpille leurs forces disponibles en des sens trop différents et qui, sans rien supprimer des matières diverses abordées au collège, ajoutent au foyer des leçons particulières de langues vivantes ou de musique. De même qu'en sport un entraînement bien mené permet un meilleur rendement en supprimant l'effort inutile, de même une éducation rationnelle doit éviter un *gaspillage intellectuel* qui donne de jeunes intelligences fourbues, devenues incapables d'un effort moyen, *paresseuses malgré elles*.

Le surmenage scolaire chronique est une véritable auto-intoxication, avec asthénie, apathie, pâleur, troubles de l'appétit et troubles digestifs vagues, ou bien chez d'autres, généralement chez des élèves intelligents et travailleurs, de l'agitation motrice. de l'excitation intellectuelle, des insomnies, des cauchemars, de l'hyperexcitabilité, du manque d'application, une mémoire déficiente ; toujours il crée la paresse et l'inattention, et de là, après des blâmes répétés, une attitude hostile et méfiante, une mauvaise volonté dans le travail, qui le rendent de moins en moins profitable. Un repos suffisant, indispensable, peut éviter les petites absences répétées, si nuisibles au rendement scolaire tant par les « trous » qu'elles laissent dans le programme que parce qu'elles déshabituent l'enfant de l'atmosphère d'émulation de l'école.

Quelques auteurs : Charcot déjà et, tout récemment Heuyer, Dumas, nient l'existence, la possibilité même du surmenage chez l'enfant ; ils considèrent l'inattention déclanchée par la fatigue comme une auto-défense protégeant l'enfant contre tout surmenage. Il semble cependant tout d'abord qu'arriver à ce stade de fatigue excessive doive être évité si possible. En outre, dans une classe, la leçon n'est point suspendue pour l'inattention d'un seul ou de quelques-uns, d'où, pour ceux qui n'ont pu suivre, manque de cohésion dans le travail, efforts pour rattraper tant bien que mal le temps perdu, et fatigue double. En tous cas il est de règle que l'inattention-défense, loin d'être respectée soit combattue, tant par les professeurs qui raniment l'intérêt de leur cours afin de passer outre que par les élèves eux-mêmes qui, par désir de bien faire, émulation, amour-propre, par curiosité, ou plus simplement par crainte des punitions, s'efforcent de suivre malgré tout la leçon.

Il paraît d'ailleurs fort diffficile de remédier à cet état de choses. Déjà de gros efforts sont faits en faveur d'une hygiène meilleure, d'une aération des locaux plus largement comprise : les effets s'en font déjà sentir. Mais l'allègement des programmes semble bien difficile à obtenir, la grosse majorité des pédagogues se désintéressant du point de vue médical. De même qu'en donnant à un nourrisson des aliments trop riches et trop abondants on en fait un être malingre, malade et mal venu, de même, en suralimentant de jeunes intelligences ou en les bourrant de substances non assimilables par elles, on fait souvent des malades incapables même d'un effort moyen, des appareils enregistreurs, plus tard inaptes à aucune création personnelle, des savants sans jugement. « J'aime mieux un cerveau bien fait qu'un cerveau bien plein » disait Montaigne.

En fait, le seul remède actuellement est d'essayer *dans chaque cas particulier de comprendre quel effort sera possible*. Il est encourageant de voir l'effort qui a été fait afin d'obtenir un meilleur rendement du travail musculaire chez l'homme, tant au point de vue de l'hygiène de la classe ouvrière qu'afin d'aider l'essor de l'industrie. Mais la plupart des parents n'ont pas compris encore que la même étude et la même mise au point sont nécessaires pour le travail qu'il est possible de demander à un enfant donné, tant dans le but d'améliorer sa santé physique qu'afin de l'aider à assimiler plus facilement les notions qui seront ses matériaux intellectuels pour l'avenir. Il faut chercher quelle est la capacité actuelle de l'enfant. Bien des cas, que nous avons envisagés, peuvent l'altérer, la modifier passagèrement.

Il faut en outre penser aux *fatigables* qu'a signalés H. Claude. Certains êtres, fort intelligents et de bonne volonté, ont une fatigabilité plus grande que d'autres ; un entraînement très progressif pourra la diminuer sans y remédier totalement. Il faut à ceux-là des repos plus fréquents. Trop souvent on oublie que *le jeu est une fonction normale de l'homme*, à quelque moment de son évolution qu'on l'envisage, et parfois autant que l'étude il contribue à mûrir son esprit. Chez ces fatigables, moins de tension d'esprit, moins d'attention, devront alors être obtenues, soit par une restriction de l'effort demandé soit en orientant l'enfant vers un travail différent.

Un enfant peut être considéré comme un paresseux, et l'être en effet, parce qu'on lui propose un travail pour lequel il n'a aucune disposition, aucun goût, alors qu'*orienté différemment* on pourrait obtenir de lui de bons résultats. Il faut se méfier des éducations mal adaptées au sujet, qui appliquent à tous le même principe, alors que chacun apporte des tendances et des facilités différentes. Beaucoup de parents veulent adapter à leurs goûts, par contrainte, l'individualité de l'enfant au lieu de s'adapter eux-mêmes à lui pour le mieux diriger, le refréner ou l'utiliser dans le sens de son épanouissement heureux. Je connais une mère de famille qui s'est mis en tête de faire de son fils un bon pianiste ; l'enfant qui n'avait aucun goût pour la musique, l'a peu à peu prise en horreur tant lui pèsent les heures d'étude, tant le rebutent les réprimandes que lui attire sa médiocrité. « Sans cesse il faut le stimuler ; c'est un paresseux ! » dit sa mère, alors qu'il eût peut-être employé son temps à toute autre étude avec joie et profit.

L'éducation doit être acceptée et non subie, disait André Collin. C'est en effet le plus sûr moyen d'obtenir, par *un travail en harmonie avec l'individu*, le plein épanouissement de l'être en voie de croissance.

Je prends ici la défense de la paresse non point par amour des paradoxes, mais parce qu'elle est très souvent un symptôme morbide, ou l'effet d'une erreur des éducateurs. Les blâmes, les punitions, qui ont souvent leur utilité, font ici l'œuvre la plus mauvaise, non seulement parce qu'ils sont immérités, mais encore parce qu'ils peuvent, en plaçant l'enfant dans nne atmosphère pénible, aggraver la situation. Certains enfants fuient l'école uniquement parce qu'elle est pour eux une source constante de reproches, d'ennuis et de punitions réitérées qu'ils ne peuvent éviter et qui leur enlèvent toute joie de vivre.

Chercher alors le véritable point douloureux permet d'apporter au *malade méconnu* le secours d'une médication appropriée, d'un repos nécessaire, parfois même d'un changement de régime de vie. Ceci ne doit pas exclure une fermeté souvent nécessaire : la maladie ne doit pas être un prétexte et, de toute évidence, le médecin est obligé d'éviter que sa bienveillance ne le rende naïvement complice d'un enfant pervers.

On me pardonnera le titre de ce travail : si, dans la plupart des cas je me refuse à blâmer la paresse, cette traditionnelle mère de tous les vices, c'est pour la combattre avec de meilleures armes.

Sur ce sujet, consulter entre autres :

BELLIN DU COTEAU. — Une enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

BÊNECH (Jean). — Quelques troubles du sommeil chez les enfants des écoles. *Pratique médicale française*, mai 1929.

CHAILLEY BERT et G.-A. RICHARD. — Le surmenage scolaire. *Journal de Médecine de Paris*, août 1929.

CHAVIGNY. — Les enfants peureux. *Notes pratiques d'actualité médicale*, janvier 1928.

COLLIN (André). — Les enfants nerveux. Baillière 1924.

COURBON (P.). — Qu'est-ce que le surmenage intellectuel. *La Médecine*, février 1929.

CRUCHET (R.). — Les arriérés scolaires. Monographies cliniques. Masson, avril 1908.

DEBIERRE. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

GARDÈRE (Ch.). — Hygiène sociale de l'écolier. *La Médecine*, août 1929.

HAMON DU FOUGERAY et L. COUETOUX. — Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux. *Progrès médical*, Alcan 1896.

HEUYER. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

LAUFER. — La non fréquentation scolaire d'origine morbide. *Progrès médical*, octobre 1929.

LEREBOULLET. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

LOEPER (M). — L'enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

LEREBOULLET. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

MEILLÈRE. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

M. MONTASSUT. — Rythme paradoxal de la sensation de fatigue et de l'asthénie dans une forme particulière de neurasthénie. *Progrès médical*, 8 décembre 1928.

MOURIQUAND. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

NOBÉCOURT. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

NOÉ (J.) — Le surmenage physique. Importance pathogène de ses états chroniques. *Clin. et Laboratoire*, août 1929.

PAPPAS. — Les inspections psychologiques scolaires. *Le Siècle Médical*, 15 août 1929.

PAUCHET. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1929.

PAUL BONCOUR. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1929.

PAUL-BONCOUR et Ch. LINDINAUER. — Les causes psycho-pathologiques de « l'absentéisme » scolaire. *Progrès médical*, octobre 1929.

REVON (Thérèse). — Etats périodiques d'excitation et de dépression chez les enfants. Thèse Paris. Presses universitaires de France, 1923.

RICHARD (G.-A.). — L'éducation intellectuelle et physique de l'enfant et sa santé. *Journal de Médecine de Paris*, août 1928.

ROUÈCHE. — L'enfant malade et anormal. La protection de l'enfance. *Journal de Médecine de Paris*, octobre 1929.

ROUÈCHE. — L'enfant à l'école. *Journal de Médecine de Paris*, août et septembre 1929.

SICARD DE PLAUZOLES. — Enquête sur le surmenage scolaire. — *Progrès médical*, octobre 1928.

VINCHON. — Enquête sur le surmenage scolaire. *Progrès médical*, octobre 1928.

VINCHON. — Variations du travail scolaire chez certains enfants asthmatiques. *La Médecine*, février 1929.

Paralysie ascendante mortelle due vraisemblablement à une piqûre de vive (trachinus draco)

Par MM. E. SCHULMANN et J. L. RAVIER

Les accidents mortels consécutifs aux piqûres de serpents ne sont pas exceptionnelles dans nos pays, chaque année, *vipera aspis* fait un certain nombre de victimes. Par contre nos côtes n'ont point pour hôtes ces poissons plus ou moins monstrueux, qui, sous les tropiques sont si redoutés des pêcheurs pour la gravité extrême de leur piqûre.

Parmi les poissons indésirables de nos plages il en est une espèce du genre *trachinus*, la vive, qui est bien connue des baigneurs : la grande vive ou *trachinus draco*, la petite vive ou *trachinus vipera*, ces deux poissons se trouvent en abondance sur les rivages de France, de Hollande, d'Angleterre et en Méditerranée. Trachinus draco, qui nous intéresse, est de taille moyenne, 40 à 60 centimètres, d'allure élégante, d'un beau gris strié de vert et de noir, la tête est courte, comprimée latéralement, les yeux sont hauts, la bouche fendue obliquement, l'opercule a une forme triangulaire, armé à sa partie supérieure d'une forte épine, creusée de deux canalicules, vecteurs du venin. Il existe un double système de nageoires dorsales, particulièrement offensif, l'un forme un éventail raccourci de 5 à 7 rayons, l'autre est perpendiculaire à presque tout l'axe du corps.

La grande vive est abondante sur les plages normandes, elle peut exceptionnellement être enfouie dans le sable, plus volontiers elle se tient entre deux eaux et il n'est pas rare d'en recueillir en pêchant la crevette à marée basse, pour peu que l'on s'avance en mer.

La gravité des piqûres de vives est fort anciennement connue. Rondelet écrit il y a des siècles « la poincture est si venimeuse, principalement quand ils sont en vie, qu'ils font périr la main, si l'on n'y remédie bien tost ». Ambroise Paré confirme ces faits par des observations personnelles : « ceux qui sont piqués, écrit-il, sentent grande douleur à la partie avec inflammation d'icelle, fièvre, défaillance de cœur, gangrène et mortification et par conséquent la mort, si promptement on n'y remédie ».

De nombreux médecins français et étrangers ont depuis étudié la douleur, le gonflement de la région piquée qui envahit rapidement le voisinage, la fièvre, le trismus, les convulsions même, qui sont rares.

Gressin (1) a réuni dans sa thèse de nombreux cas de piqûres de vives survenues avec *trachinus draco* et *trachinus vipera*, il a joint à son important mémoire d'intéressantes recherches expérimentales dont nous nous occuperons plus loin. Bottard (2) apporte quelques observations nouvelles et dans son beau livre sur les animaux venimeux Marie Phisalix (3) reprend le bilan expérimental ayant trait à ce sujet et complète l'étude clinique et évolutive de ce type d'envenimation.

Nous rapportons ci-après l'histoire fatale d'un jeune homme de 28 ans, qui, au cours d'un week end à Deauville, fut piqué par une vive (*trachinus draco*) et vint mourir cinq jours plus tard à l'hôpital Tenon. Nous croyons, sans en avoir la certitude absolue, qu'il faut attribuer à une piqûre hypertoxique l'apparition du syndrome de paralysie ascendante type Landry qui emporta le malade.

OBSERVATION. — *Dum. Claudien*, 28 ans, comptable, entre à l'hôpital Tenon, salle Lorain n° 32, le 25 juillet 1928. Il accuse avant tout une impossibilité d'émettre la moindre goutte d'urine depuis le milieu de la nuit, rétention soulagée par un sondage qui ramène 300 gr. environ d'urines claires indemnes d'albumine.

Le malade nous raconte que le dimanche 21 juillet il a passé la journée à la mer, à Trouville, il a eu très chaud, attribue ses malaises à un coup de soleil, dont l'effet n'aurait pas été immédiat. Mais il nous dit aussi qu'il a été à la pêche et qu'il a été piqué à l'index de la main droite au niveau de la phalangine dorsale par une vive. La piqûre a été douloureuse sur le moment, mais elle n'a provoqué aucun phénomène inflammatoire.

Le lendemain 22 juillet, une céphalée violente est survenue à prédominance faciale, accompagnée d'une rachialgie intense avec irradiations lombaires et abdominales.

La nuit est très agitée et le mardi 23, c'est véritablement en se traînant qu'il va à son bureau. Il perçoit une lourdeur dans les jambes et la marche devient pénible. Il est forcé de rentrer chez lui, il croît utile de se purger et ne réussit qu'à provoquer des vomissements très douloureux.

Jours: 24, 25, 26
Heures
Respiration — Pouls — Temp. Cent.
160 — 40°
140 — 39°
60 — 120 — 38°
50 — 100 — 37°
40 — 80 — 36°
30 — 60 — 35°
20 — 40
10 — 20

Durant la nuit il sent ses jambes se paralyser : la parésie débute du côté gauche, mais rapidement s'étend au côté droit, il y a rétention vésicale et c'est en brancard que le mercredi 24 il est amené à l'hôpital Tenon, où il est hospitalisé salle Lorain, dans le service du professeur Loeper, suppléé par l'un de nous.

Le 24 juillet à l'examen voici ce que l'on constate : paraplégie flasque totale et complète, le malade éprouve la plus grande peine à s'asseoir. La sensibilité est conservée mais il y a de gros troubles de la réflectivité : abolition complète des reflexes rotuliens, abolition du reflexe achilléen droit, le gauche est conservé. Il n'y a pas de reflexes de défense. Les reflexes cutanés plantaires ont lieu en flexion. La rétention d'urine est complète, il n'existe pas de constipation.

Aux membres supérieurs : pas de signes parétiques, les reflexes sont normaux.

Aucune modification de la motricité oculaire, les reflexes pupillaires sont normaux, il n'y a pas de nystagmus.

Aucune atteinte des paires craniennes.

La température est à 37° à l'entrée, le pouls à 70, régulier, la respiration a une fréquence correcte.

Aucun signe d'anomalie viscérale : état pulmonaire, foie et rate normaux, cœur parfait, tension artérielle 14-7.

L'interrogatoire apprend qu'il a été fait un examen de sang en septembre 1925 à l'occasion d'une éruption que présentait son enfant, actuellement âgé de 4 ans et en parfaite santé. La réation de Wassermann a été négative, celle de sa femme aussi. Ajoutons que cette dernière est en bon état et n'a jamais fait de fausses couches.

(1) L. GRESSIN. — Contribution à l'étude de l'appareil à venin chez les poissons du genre « vive ». Thèse Paris, 1884.
(2) BOTTARD. — Les poissons venimeux. Thèse Paris, 1889.
(3) Marie PHISALIX. — Animaux venimeux et venins, p. 529. Masson 1922.

Une ponction lombaire est faite aussitôt, voici le résultat : liquide hypertendu, coulant en jet, absolument clair :

Lymphocytes	260
Albumine	0.90
R. de Wasserman	H⁸-H⁸
R. du benjoin colloïdal absolument normale.	
Glycorrachie normale	0.40

L'examen microscopique donne une grosse prédominance de polynucléaires.

Absolument aucun élément microbien, le bacille de Koch a été recherché patiemment sans résultat. Des cultures d'ailleurs faites ultérieurement n'ont rien donné.

La nuit est très agitée, le patient se plaint de vives douleurs généralisées.

Le 25 au matin, la paralysie semble gagner visiblement du terrain. Tous les reflexes sont abolis aux membres inférieurs.

Il apparaît une inégalité au profit de la pupille droite.

Une nouvelle ponction lombaire est pratiquée : liquide toujours clair, coulant en gouttes pressées ; la cytologie accuse 73 éléments par champ avec une plus grande quantité de lymphocytes que la veille.

L'état s'aggrave d'heure en heure.

Nous avons prescrit la veille l'injection de septicémine dans les veines, suivie de 10 cc d'électrargol. Nous tentons en plus la formation d'un abcès de fixation.

A midi, il y a des signes parétiques aux membres supérieurs, la respiration devient irrégulière, le malade qui a, jusqu'au bout, toute sa conscience s'en rend compte ; pâle, livide, angoissé, il voit la paralysie frapper ses bras, tous les reflexes disparaissent, le pouls devient incomptable. Il succombe à 8 heures au cours d'une crise asphyxique.

L'autopsie n'a pu être faite par suite d'opposition de la famille.

Notre malade a de toute évidence succombé à une paralysie ascendante de la moelle, le diagnostic délicat est d'en affirmer la cause.

Nous avons cherché soigneusement les signes de méningite sans en trouver aucun, il n'y avait pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, pas de photophobie. La recherche patiente du culot de centrifugation n'a permis de mettre en évidence aucun germe qui puisse être incriminé. Ultérieurement nous avons fait des cultures sur milieux usuels sans résultat aucun.

S'agit-il d'une forme aiguë de névraxite épidémique ? Les criteriums diagnostics manquent. Nous ne pouvons que nous appuyer sur le caractère normal de la glycorrachie, qui était de 0.40. Or on sait qu'habituellement le taux est plus élevé dans l'encéphalite. L'absence d'examen nécropsique laisse, nous ne le cachons pas, planer une incertitude évidente sur la cause exacte du syndrome étudié.

Il existe quelques cas de morts par piqûre de vive, cependant nous n'avons vu citer aucune observation analogue à la nôtre. Ulmer, par exemple, a vu un pêcheur de Trieste, de 60 ans, piqué au pouce droit qui en dix minutes eut le doigt très enflé, en quatre heures le bras énorme, rapidement du délire et de l'oppression, après quarante-huit heures d'accalmie traîtresse, le malade perd connaissance et succombe.

Dans de nombreux cas, il y a des signes d'excitation qui prouvent l'envahissement du cortex et un état syncopal sans doute par atteinte bulbaire.

Ici les signes locaux ont été très médiocres, mais n'en est-il pas de même pour le tétanos ? Ne peut-on pas supposer que le venin du poisson, secrété au voisinage d'un filet nerveux, a été rapidement transporté vers l'appareil cérébro-spinal ? Ce ne sont là que des hypothèses, nous ne faisons que les proposer.

L'expérimentation apporte un certain poids à l'étiologie que nous soutenons. Le venin de vive est pour les animaux un poison redoutable, ayant indubitablement des affinités nerveuses.

La *grenouille* en quelques heures meurt après avoir reçu une demi-goutte de venin avec les accidents suivants : rétraction du membre atteint, respiration difficile, convulsions, paralysie (Phisalix). Chose singulière, comme pour le venin de vipère, le venin a une action très variable suivant les saisons.

Le *rat* meurt en deux heures avec paralysie du membre inoculé, angoisse, apathie, troubles respiratoires (Phisalix).

Le *cobaye* inoculé avec une goutte du poison manifeste une vive douleur, puis l'arrière-train s'affaisse, le reste du corps est hyperesthésié et le moindre contact détermine des plaintes. Au bout de 38 minutes : insensibilité de la cornée, disparition des réflexes et mort par asphyxie.

Même gravité du venin de vive sur le *lapin*. Briot (1) qui a étudié de très près cette intoxication a bien montré que ce n'est pas la paralysie du cœur qui entraîne la mort mais celle des muscles de la respiration.

Nous dirons pour conclure, après avoir recommandé tout d'abord la prudence aux pêcheurs et aussi aux baigneurs qui ne devraient circuler en mer sans espadrilles, que des essais de vaccination ont été tentés.

Briot a immunisé des lapins contre le venin de vive par des inoculations d'abord sous-cutanées, puis intra-veineuses de venin ; le sérum de ces lapins est anti-venimeux et peut être utilisé en mélange avec du venin lui-même pour faciliter l'immunisation.

ACTUALITÉS

A propos de l'atonie gastrique

Par S. de SEZE

Interne des hôpitaux de Paris.

L'atonie, ou hyposthénie gastrique, est caractérisée par la déficience des deux propriétés essentielles du muscle gastrique : la tonicité, qui commande la forme de l'estomac et la contractilité, qui règle le rythme de son évacuation.

D'où viennent les défaillances de la musculature gastrique ? De nombreuses théories ont été proposées pour répondre à cette question.

Certains auteurs attribuent une certaine importance *à l'origine congénitale* de l'atonie gastrique. Elle n'est alors que la traduction, en ce qui concerne l'estomac, de *l'état déplorable de tous les muscles lisses*. Cette conception s'applique certainement à quelques cas, mais non pas à tous. Les « léiasthéniques » de Loeper et Baumann sont habituellement des ptosés. Mais tous les atoniques et tous les ptosés ne sont pas des léiasthéniques.

D'autres auteurs incriminent *les excès alimentaires et les excès de boissons*. Or, les défaillances motrices de l'estomac se rencontrent en général chez des sujets jeunes, en particulier chez des femmes qui ne font pas d'excès alimentaires notables. De même, le fameux *corset*, si communément accusé naguère, a été supprimé par la majeure partie de l'élément féminin, sans que le nombre des dislocations verticales de l'estomac ait aucunement diminué.

Beaucoup d'auteurs voient, dans la défaillance musculaire de l'estomac, la manifestation d'une « asthénie nerveuse », ou, si l'on veut, d'une « neurasthénie ». Le fonctionnement normal de la dynamique gastrique est sous la dépendance d'une synergie entre les deux actions du sympathique et du vague. *L'atonie gastrique peut être une conséquence d'un déséquilibre vago-sympathique*, ou bien d'une perturbation dans le fonctionnement *des glandes endocrines*. On sait, en effet, avec quelle fidélité le système neuro-végétatif enregistre les désordres endocriniens, et avec quelle complaisance il en subit les caprices.

Il semble enfin que *les altérations du foie* jouent, bien sou-

(1) Briot A. — Nombreuses notes à la *Soc. de Biol.*, 1902, 3 et 4 et Etude sur le venin de la vive. *Journ. de Physiol. et de Pathol. générale* 1902 T. V.

vent, un rôle de tout premier plan dans la genèse des différentes formes d'atonie gastrique.

Ces perturbations neuro-végétatives observées chez les ptosés, et le rôle de l'insuffisance hépatique dans les divers syndromes d'atonie gastrique ont retenu plus particulièrement l'attention de certains auteurs ; on trouvera dans la thèse récente de GUEUTAL (de Nancy) une étude très approfondie des faits cliniques de ce genre (1).

***

I. Rôle de l'insuffisance hépatique dans l'atonie gastrique.

Les rapports qui unissent la ptose et « l'hépatisme » sont bien connus. Depuis HUCHARD, pour qui « l'atonie stomacale relève directement du foie », depuis HAYEM et GASTON LYON, pour qui c'est, au contraire, la dilatation qui engendre les troubles hépatiques, les deux théories n'ont pas cessé d'être opposées l'une à l'autre.

Les uns, avec FAROY, accordent le rôle essentiel à l'estomac. « Les symptômes que l'on peut observer dans le domaine du foie sont secondaires à la ptose, et non primitifs. Le petit épiploon attiré en bas par la chute du pylore et de la première portion du duodénum, entraîne le pédicule hépatique, et provoque au niveau des canaux excréteurs du foie, la formation d'une coudure qui gêne l'évacuation de la bile : d'où tension douloureuse de la vésicule et hypertrophie du foie ».

D'autres auteurs, comme RIVIÈRE, pensent au contraire que le foie retentit sur l'estomac, et manifeste son état défectueux par l'atonie digestive et la dyspepsie hyposthénique. GUEUTAL adopte cette dernière façon de voir : les troubles moteurs et les troubles sécrétoires de l'atonie gastrique lui paraissent devoir être interprétés comme la conséquence d'une insuffisance primitive de la cellule hépatique. En faveur de cette interprétation, on peut donner plusieurs arguments :

1° La fréquence avec laquelle on retrouve, chez les atoniques, *des antécédents hépatiques* et *des stigmates d'insuffisance hépatique*.

Très souvent, les sujets atteints d'atonie digestive présentent une hérédité arthritique, goutteuse, asthmatique ou migraineuse, lithiasique, alcoolique ou cholémique. Très souvent, ils ont eux-mêmes présenté des crises d'urticaire, des ictères catarrhaux, des migraines... Très souvent, on relève chez les atoniques du subictère, des épistaxis, de l'asthénie, de la somnolence post-prandiale, symptômes attribués par GLÉNARD à l'insuffisance hépatique ; le dégoût des graisses, la constipation, les vomissements bilieux, la diarrhée post-prandiale, sont très souvent observés chez ces malades. Enfin le laboratoire permet souvent de découvrir d'autres symptômes d'une déficience hépatique : glycosurie provoquée, abaissement du coefficient azoturique, élévation du coefficient de Maillard ; élévation de la bilirubinémie et du taux de la cholestérinémie, allongement du temps de saignement, retard à la coagulation.

2° *L'épreuve du traitement* constitue encore un bon argument en faveur de l'origine hépatique de certaines atonies gastriques.

Toutes les thérapeutiques dirigées vers l'estomac lui-même sont inefficaces : ni les alcalins, ni les antispasmodiques, ni les amers, ni la gymnastique, ni le port d'une ceinture, ne sont efficaces. Au contraire, on obtient parfois des succès remarquables par un traitement dirigé vers le foie lui-même. Régime riche en hydrates de carbone, en sucre, en cellulose, et duquel seront exclus les graisses, les œufs, les conserves, le gibier, les charcuteries, les fromages fermentés, le chocolat. Médication cholagogue, par la bile et le mélange sulfate de magnésie-peptone. Médication stimulante, par le combretum, la boldine, l'évonymine, l'extrait hépatique et l'oléate de soude.

A la suite de ce traitement, on observe, chez beaucoup de malades atteints d'atonie gastrique, la disparition de l'asthénie, l'amélioration des troubles psychiques, la reprise du poids, la recoloration du teint, la disparition de la constipation et de la diarrhée post-prandiale, des pesanteurs, des somnolences, des flatulences, des nausées, des vomissements, la disparition des migraines, de l'insomnie, des hémorragies. L'estomac récupère sa tonicité et sa contractilité en même temps que l'analyse des urines et des selles permet de suivre la disparition des troubles de la déficience hépatique.

***

II. Rôle du système nerveux végétatif et des glandes endocrines.

a) Le tonus et la motricité gastrique sont placés sous la dépendance des deux grands systèmes de la régulation nerveuse viscérale, *système du vague et système sympathique*. Il est malheureusement impossible de savoir lequel de ces deux appareils est le plus coupable dans la production de l'atonie des fibres lisses, et en particulier de l'atonie gastrique. La théorie de l'antagonisme vago-sympathique est aujourd'hui très discutée. Il est impossible d'opposer aujourd'hui, comme EPPINGER et HESS avaient espéré pouvoir le faire, les vagotoniques et les sympathicotoniques. Lorsque le système est déréglé, le bouleversement porte en général sur l'un et sur l'autre appareil. Les atoniques n'échappent pas à cette règle.

b) Peut-on reconnaître les causes, directes ou lointaines, de cette dysharmonie neuro-végétative. C'est un problème toujours très délicat. Cependant, les explorations dirigées vers *les glandes endocrines* sont parfois fructueuses.

Beaucoup de malades dont l'estomac est atone présentent des signes de petite insuffisance *thyroïdienne* ou bien l'on trouve chez eux les signes de *l'instabilité thyroïdienne* de Léopold-Lévi. C'est pourquoi *l'opothérapie thyroïdienne* trouve chez eux des indications très nettes. Appliquée dans de nombreux cas d'atonie digestive, elle a donné d'excellents résultats : amélioration de l'état général, atténuation des troubles digestifs, disparition des migraines, de la constipation, des douleurs, relèvement du poids.

D'autres sujets ont paru bénéficier surtout de l'opothérapie *surrénale*. On sait que LÉOPOLD-LÉVI, FIESSINGER et d'autres auteurs ont souvent relevé chez les atoniques et les ptosés, des signes d'hyposurrénalisme : hypotension, asthénie très marquée, hypotrophie musculaire. LOEPER et VERPY, en 1917, ont montré que l'adrénaline exerce une action favorable sur la motricité de l'estomac. Elle augmente la fréquence et l'intensité des contractions des estomacs hypotoniques, ce qui provoque une évacuation plus rapide de l'estomac.

Enfin *l'hypophyse*, *l'ovaire* quelquefois, les *extraits testiculaires*, et aussi *l'insuline*, ont exercé bien souvent, sur les troubles multiples de l'atonie digestive, une action très favorable.

***

Il ne faut pas oublier, enfin, que les atoniques sont souvent des sujets à thorax étroit, aplati, et que la *gymnastique respiratoire* doit leur être recommandée : d'autant qu'une bonne respiration est nécessaire au maintien de la tonicité normale des fibres lisses et striées.

L'appareil circulatoire mérite aussi qu'on lui porte quelque attention : les atoniques sont souvent des hyposphyxiques, avec tension artérielle basse et hyperviscosité sanguine, réalisant au maximum les conditions d'une circulation ralentie. Il importe donc de relever la pression sanguine et d'activer la circulation par les massages, la gymnastique suédoise, l'hydrothérapie. C'est pour cette raison aussi qu'il faut bien se garder de soumettre ces malades à l'un des régi-

(1) Thèse de GUEUTAL. — Contribution à l'étude de l'atonie gastrique. Service du Prof. Etienne. Nancy 1919.

mes débilitants et monotones qu'Heckel appelle les régimes « tristes ». Sous leur influence, glandes digestives et muscles lisses accélèrent leur processus d'hypotrophie progressive. L'hyposphyxie augmente graduellement, le malade devient un infirme à peu près incurable.

Il ne faut pas non plus supprimer systématiquement *le café*, si décrié, mais dont l'action sur le système cardio-vasculaire est manifeste, et qui agit favorablement sur la vésicule biliaire. Il ne faut pas toujours supprimer *le vin*, qui, à petites doses, peut être utile, et qui le plus souvent est très bien supporté.

CHRONIQUE

La Societas oto-rhino-laryngologica latina.

Un congrès de la Presse Médicale latine réunit en 1927 à Paris un grand nombre d'écrivains scientifiques de langue latine ; présidé par le Professeur Loeper, il connut le plus grand succès. De là vint l'idée de créer de semblables réunions non plus journalistiques mais scientifiques.

Notre collègue Chavanne, de Lyon, s'en fit l'apôtre convaincu et actif. Il sut mettre sur pieds la Societas O. R. L. Latina, et celle-ci vient de tenir ses premières assises à Madrid sous la présidence du Professeur Tapia.

Nos confrères espagnols répondirent nombreux à l'appel des organisateurs et leur contribution scientifique fut naturellement la plus importante. Belges, Français, Italiens, Portugais, Roumains, n'ont pas hésité à franchir de longues distances pour se joindre à eux, et même l'Amérique Latine était représentée par l'un de ses spécialistes.

La délégation française était de beaucoup la plus nombreuse après l'espagnole et elle tint à honneur de participer très activement aux débats.

Les séances oratoires furent heureusement complétées par des visites aux cliniques des Professeurs Tapia et Hinnojar ; nous avons pu admirer les techniques et l'installation très moderne.

Notre premier congrès a obtenu un grand succès ; il n'est pas douteux que le mérite en revient principalement au Professeur Tapia, dont le rayonnement scientifique devait nécessairement attirer un grand nombre d'entre nous à Madrid et dont l'hospitalité aussi fastueuse que charmante a su nous faire goûter les plaisirs les plus délicats.

Nous serions bien ingrats en oubliant tous nos collègues espagnols et spécialement ceux de Madrid et de Barcelone qui de toutes les manières possibles n'ont cessé de nous témoigner la cordialité la plus fraternelle et la plus touchante, et nous ont inspiré des sentiments d'amitié qui ne s'éteindront pas.

Ces heureuses journées espagnoles appellent des lendemains et ce premier succès de la Societas O. R. L Latina prouve sa raison de vivre. Les réunions auront lieu probablement tous les deux ans ; les deux prochaines, en Italie et en Roumanie.

En dehors des grands congrès internationaux qui ne peuvent avoir lieu qu'à intervalles éloignés et qui réunissent des foules de plus en plus nombreuses et polyglottes, il y a place pour des réunions plus intimes entre gens qui se comprennent tous par écrit et dont la plupart parlent notre langue. De telles réunions présenteront toujours un puissant attrait scientifique et un grand agrément pour ceux qui y participeront

Il ne faut pas voir dans la Societas O. R. L. Latina la moindre opposition aux groupements scientifiques des pays non-latins ; nous nous assemblons entre nous parce que, comme je le dis plus haut, nous nous comprenons, et que de ce fait notre formation intellectuelle se ressemble, mais nous accueillerons toujours nos amis de partout, et c'est ainsi qu'à Madrid nous avions le plaisir de compter parmi nous le professeur Quix, d'Utrecht.

Il n'est pas nécessaire, je pense, d'insister pour faire comprendre combien le rayonnement de la science française peut bénéficier de l'initiative de Chavanne. La Societas O. R. L. Latina fière de son premier succès se félicite d'avoir montré le chemin aux autres branches de la médecine.

H. Bourgeois

L'enseignement des sages-femmes.

Apprendre l'obstétrique aux élèves sages-femmes est une tâche ardue. L'instruction préparatoire que la plupart d'entre elles ont reçue rend difficile l'exposé des notions que comportent le programme de leur enseignement. Et pourtant, les exigences des examinateurs et les exigences, parfois dramatiques, de leur pratique professionnelle nécessitent des détails poussés et précis.

Réapprendre l'obstétrique aux sages-femmes déjà installées comportent d'autres difficultés. Un tel enseignement, obligatoire dans certains pays étrangers, a été organisé de façon remarquable à la Faculté de Bordeaux par le Prof. Andérodias et par le Dr Paul Balard, accoucheurs des hôpitaux qui ont institué, il y a quelques années, des cours de vacances où viennent volontairement se retremper des sages-femmes déjà installées.

MM. Andérodias et P. Balard ont publié à diverses reprises leurs intéressantes leçons.

Je louerai, ici, la nouvelle série (1) qui vient de paraître, pour le souci qu'ont eu les auteurs de dire tout ce qu'il faut dire sans tomber dans l'à-peu-près et dans l'incomplet et sans perdre un instant la volonté d'être clairs et didactiques. Les leçons de cette année sont consacrées à la saignée en obstétrique (Balard), aux ocytociques (Balard), aux infections puerpérales (Andérodias), à l'hérédité tuberculeuse (Boisserie-Lacroix), à la syphilis héréditaire précoce (*id.*), à ce que la sage-femme doit savoir du cancer de l'utérus (G. Jeanneney), à la capacité professionnelle de la sage-femme (Balard).

***

De la revue générale que Balard a consacrée aux ocytociques, il peut rester l'impression qu'en somme, il y a peu de chose à attendre de la médication ocytocique ; ce qui serait mal comprendre sa pensée. Il lui semble au contraire parfois légitime et utile de renforcer les contractions utérines et de hâter la terminaison de l'accouchement. Dans ce but, certaines médications judicieusement choisies et opportunément employées peuvent être d'un grand secours. Mais il est pour le moins inutile, sinon dangereux, de vouloir (sous le fallacieux prétexte d'abréger la longueur des souffrances de la parturiente) diminuer à tout coup la durée du séjour du médecin et de la sage-femme auprès de la parturiente.

« Le contact des réalités obstétricales, conclut Balard, montre, au contraire, que, pour l'accoucheur plus que pour d'autres, le Temps est un grand maître, et qu'en obstétrique, le succès, sinon le génie, vient d'une longue patience.

***

Que faire, se demande le professeur Andérodias, quand on a constaté une rétention membraneuse ? Autrefois, il n'y avait guère d'hésitation. On cherchait à tout prix à extraire ces membranes, voire même en faisant un écouvillonnage après avoir mis la malade sous chloroforme. Même,

(1) Jean Anderodias et Paul Balard. – Leçons et cours de perfectionnement des sages-femmes faits à la Maternité départementale de Bordeaux. (Octobre 1928, 5e série). Librairie Médicale A. Mollat (Bordeaux, 1929). (Prix : 8 francs.)

après ces interventions, on n'était jamais sûr d'avoir tout enlevé. De plus, on avait de grandes chances d'apporter dans l'utérus des germes microbiens.

Aujourd'hui, de plus en plus, constate le maître bordelais, on s'abstient d'intervenir ; ordinairement les membranes sont expulsées au bout de quelques heures ou de quelques jours, sans avoir provoqué d'élévation thermique. On se contente de veiller à ce que l'utérus ne soit pas en antéversion, cause de rétention lochiale. Inutile de dire que, dans ces cas, une asepsie rigoureuse est indispensable. Mais il faut savoir que les injections vaginales antiseptiques sont plus nuisibles qu'utiles.

Ce n'est que lorsque l'on verra la température s'élever qu'on pourra recourir à l'écouvillonnage, en usant après cette opération de la vaccination locale intra-utérine.

Mais lorsqu'il y a rétention cotylédonnaire, après la délivrance la sage-femme ne doit plus hésiter ; l'indication est formelle, l'intervention s'impose. Elle se désinfectera soigneusement et introduira la main dans l'utérus pour aller à la recherche du cotylédon restant, le décoller et l'extraire. Ce faisant, elle évite à sa malade une infection utérine sûrement grave.

Ce qui se produit quelquefois, c'est la rétention *in utero* d'un lobe ou cotylédon placentaire accessoire, d'un placenta aberrant. Ces placentas sont toujours réunis à la masse principale par un pont membraneux plus ou moins étendu, dans l'intérieur duquel cheminent des vaisseaux artériels et veineux qui se rendent au cotylédon accessoire et dont le calibre varie avec l'importance de celui-ci. Pour apercevoir ces vaisseaux, il faut avoir la précaution d'étaler les membranes et de les examiner par transparence. Si donc, examinant un délivre, on trouve des vaisseaux parcourant les membranes brusquement sectionnés au niveau du bord membraneux, on peut être sûr que ces vaisseaux se rendaient à un lobe accessoire et que ce lobe est resté dans l'utérus, on cherchera le placenta aberrant, on le décollera et on l'amènera au dehors. Faute de quoi, on expose l'accouchée à des complications graves : hémorragie et septicémie.

***

Dans la dernière conférence, BALARD envisage l'activité professionnelle de la sage-femme. Le champ de cette activité a sa noblesse, mais il a bien des servitudes.

« Libres, vous l'êtes tant que la gestation et l'accouchement restent dans la normale. Dès que survient le moindre incident, vous avez l'obligation de passer la main. A s'en tenir à la lettre des règlements, votre rôle serait constamment borné, et si vous outrepassez vos droits, vous courrez théoriquement des risques de pénalités, mais beaucoup plus sûrement les dangers d'un conflit avec le Corps médical.

Or, comme je vous le disais, c'est à chaque instant que vos malades côtoient l'état pathologique, et elles ne comprendraient pas que vous fassiez constamment l'aveu d'impuissance.

Il faut donc que vous viviez en parfaite harmonie avec les médecins. D'autre part, il faut qu'ils soient assurés que dans aucune circonstance, vous n'empiéterez sur leur domaine et que vous vous bornerez strictement à votre spécialité ; il faut enfin qu'ils puissent compter sur votre entière docilité pour assurer l'exécution de leurs ordonnances, lorsque vous les avez appelés auprès de vos clientes. Il doit donc y avoir entre le médecin et la sage-femme une confiance réciproque qui les porte à s'entr'aider au lieu de s'épier l'un l'autre, de se jalouser, parfois même de se dénigrer. »

***

Un bon livre, dont les sages-femmes ne seront pas seules à tirer profit.

Henri VIGNES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1929

Eloge de M. Clemenceau. — En ouvrant la séance, M. le Président annonce la mort de M. Clemenceau, membre libre depuis 1918 :

« En 1918, au lendemain de la victoire, l'Académie de médecine voulut se souvenir que Georges Clemenceau appartenait à la famille médicale et dans un geste d'enthousiasme le fit un des siens dans la section des membres libres.

Pas plus qu'à l'Académie française, jamais Clemenceau, à notre grand regret, n'est venu prendre place au milieu de ses collègues. Il semblait, après une vie agitée, si remplie d'événements, couronnée d'une telle apothéose, avoir soif de silence et de recueillement. Nous n'en étions pas moins fiers de le compter au nombre des nôtres.

Aujourd'hui l'Académie de médecine adresse un pieux hommage au grand patriote, à l'homme qui, aux jours de détresse, incarna l'âme de la France et ne désespéra jamais de la patrie.

Elle présente à tous les siens l'expression de sa très haute sympathie. »

M. *Hayem* dépose ensuite sur le bureau une médaille, dont il est l'auteur.

La séance est levée en signe de deuil.

Rapport sur la vaccination préventive contre les maladies typhoïdes pour les travailleurs de laboratoire. — A la reprise de la séance, M. *Léon Bernard* donne lecture de son rapport sur cette question. L'Académie vote sur sa proposition le vœu déposé par M. Achard dans une précédente séance : Que la vaccination préventive contre les maladies typhoïdes soit obligatoire pour toute personne employée dans les laboratoires publics ou privés où sont manipulés les microbes de ces maladies.

Discussion du rapport de M. Rouvillois sur le diplôme de chirurgien. — M. *Vaquez* s'élève avec force contre toute création tendant à diminuer la valeur du titre de docteur en médecine. Après lui, M. *Hayem* déclare que les droits conférés depuis des siècles par le diplôme de docteur sont imprescriptibles, il soulève une fois de plus la question de la sévérité aux examens, et il propose un amendement tendant à a création d'un certificat spécial ne portant pas atteinte à l'intégrité du diplôme de docteur.

La discussion se poursuit avec des interventions de MM. *Balthazard, Sergent, Bar, Pierre Delbet, Sieur* et *Carnot*.

M. *J.-L. Faure*, déclare que l'intérêt des malades doit passer avant tout. Nous ne voulons pas, dit il, qu'un médecin quelconque puisse, sans préparation s'intituler, dans les annuaires, chirurgien spécialiste.

Les malades, ajoute-t-il, les femmes surtout, sont d'ailleurs responsables de la situation. Chacun ou chacune veut avoir découvert son chirurgien. Avec la plus incroyable des légèretés on choisit son chirurgien comme on choisit sa couturière ou son coiffeur...

Sur une dernière intervention de M. *Quénu*, l'Académie tombe d'accord pour adopter à l'unanimité l'amendement de M. Hayem demandant la création d'un certificat, non obligatoire, n'enlevant aucun droit au diplôme de docteur en médecine, et *indiquant* simplement que le titulaire a suivi des cours spéciaux de chirurgie, comme cela se fait actuellement pour la médecine légale ou l'hygiène.

Septicémie aiguë colibacillaire grave chez un homme de soixante-dix-huit ans. Hémoculture positive. Traitement par le sérum anticolibacillaire de Vincent. Guérison. — MM. *R.-J. Weissenbach, F.-H. de Beaufond, G. Basch.* — Un homme de soixante-dix-huit ans, ayant dû interrompre une cure à Vichy, arrive à Paris avec de grands accès de fièvre.

La constatation immédiate d'une pyurie à collibacilles oriente les recherches qui font conclure à une septicémie colibacillaire confirmée par l'hémoculture.

En dépit de l'âge, d'une arythmie et d'une légère congestion des bases, sous l'action énergique du sérum de Vincent, ces accidents aigus se calment, puis disparaissent en même temps que se rétablit complètement un état général sérieusement ébranlé.

L'interposition hépato-diaphragmatique du côlon. — M. *Trémolières.*

Une nouvelle forme de médication iodée par l'absorption d'huitres ayant fixé et organisé de fortes quantités d'iode. — MM. *Loubatie* et *Salles.*

Action du tribromométaxylénol sur quelques cas de tuberculose humaine. — Mlle *Duboc* et M. *P. Palfray.*

Contribution à l'étude de la chimiothérapie de la tuberculose. — Mlle *Duboc* et M. *H. Palfray.*

Séance du 3 décembre 1929.

Les bienfaits des assurances sociales pour la santé publique. — M. *Paul Strauss* se basant sur des statistiques allemandes fait ressortir que la diminution du t ux de la mortalité par tuberculose, en Allemagne, a été de 1890 à 1925 de 36,4 p. 100 alors qu'elle n a été en France, pour la même période, que de 5,67 p. 100.

Avant le vote de la première loi allemande sur les assurances sociales, la mortalité générale était en Allemagne de 26 p. 1.000 habitants, alors qu'en France, elle était seulement de 22,9 p. 1.000.

En 1927, la mortalité générale s'est abaissée en Allemagne à 12 p. 1.000 habitants, tandis qu'en France elle est encore malgré les progrès réalisés, de 16,5 p. 1.000 habitants.

M. Paul Strauss considère que de « tels résultats marquent avec une force irrésistible l'efficacité des assurances sociales pour la lutte contre les fléaux sociaux et pour la sauvegarde de la santé publique ».

Les dangers des assurances sociales contre la maladie. — M. *Weiss* — Si des statistiques ont permis à M Strauss de parler de *bienfaits*, d'autres statistiques, des constatations aussi faites, *de visu*, permettent à l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg de prononcer le mots de *méfaits*.

Répondant d'abord aux statistiques de M. Strauss, M. Weiss fait remarquer que la diminution de la mortalité générale en Allemagne est due aux progrès de l'hygiène, et il indique que la mortalité générale est plus faible encore aux Etats Unis qui ne connaissent pas les assurances sociales, qu'en Allemagne sous les assurances sociales. Il apporte une statistique concernant l'hygiène de l'enfance, et nous voyons qu'avec le fonctionnement des caisses, la mortalité infantile de zéro à un an est en Allemagne 9,7 p. 100, alors qu'en France, sans les assurances sociales elle est de 8,3 p. 100. D'autres statistiques citées par M. Weiss sont aussi instructives.

Passons aux méfaits :

On peut résumer ainsi l'expérience des assurances sociales faite en Alsace : *absence de soins donnés aux malades, démoralisation des médecins, dépravation des malades.*

Parmi les exemples de défauts dans les soins, que cite M. Weiss, il faut signaler une remarque faite par les chirurgiens de Strasbourg et en particulier par M. Leriche Ils ont été frappés par le nombre de cancers inopérables qui se présentent à l'hôpital, retardés sans nul doute par la bureaucratie médicale des caisses. Pour d'autres affections chirurgicales, même constatation, les caisses exigent de leurs médecins des soins trop rapides pour qu'ils soient sérieux.

Se basant sur d'autres exemples encore, M. Weiss affirme que les malades ne sont ni examinés ni soignés.

Démoralisation du corps médical, ajoute avec une véritable émotion M. Weiss, et il montre la hâte avec laquelle trop d'étudiants bâclent leurs études, la négligence qu'ils apportent dans leurs études fondamentales pour se préparer de préférence à la médecine administrative. Cette baisse du niveau n'échappe pas au public.

Un vieil ouvrier alsacien disait récemment à M. Weiss : « Autrefois le médecin était un homme considéré et respecté que tout le monde saluait ; aujourd'hui c'est un manuel comme nous ».

Dépravation des malades enfin qui prennent l'habitude de la paresse et se font simulateurs.

Un contrôle exercé en Alsace, sur 8.000 malades, a révélé 5.840 carottiers, soit 63,80 p. 100 de carottiers !...

On comprend qu'une semblable organisation coûte cher et soit inopérante

Cela, tout le monde le sait sauf le Ministre du Travail.

Accompagné de hauts fonctionnaires de son administration il s'est rendu, il y a trois semaines, à Strasbourg, pour étudier en détail l'organisation des Caisses. C était un dimanche, les caisses étant fermées, comment M. Loucheur a-t-il pu en saisir le fonctionnement ?

En terminant son intervention qui a fait une profonde impression, M. Weiss s'adresse à MM. Pinard et Strauss et leur dit : « Je regrette de ne pouvoir vous suivre, mais je ne serais pas digne de votre estime si je ne disais pas ce que je sais. »

M. *Balthazard*, au nom de la Confédération générale vient déclarer avec force que le Corps médical n'est nullement l'adversaire du principe des assurances sociales, mais les médecins français, largement renseignés, tiennent à ce que les erreurs commises ailleurs ne soient pas étendues à tout le territoire français, ils veulent que les abus, qui démoralisent le malade et le médecin, soient rendus impossibles.

M *Sergent* ajoute quelques mots sur la répercussion qui se fera sentir dans les services hospitaliers.

Enfin, sur une intervention de M. *Hayem*, la suite de la discussion est remise à quinzaine.

M. Weiss a complété sa communication à l'Académie de médecine en adressant au *Temps* la lettre suivante :

Strasbourg, le 5 décembre.

Monsieur le directeur,

Permettez-moi d'ajouter quelques précisions au compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 3 décembre, qui paraît dans le *Temps* d'aujourd'hui.

1° Je ne suis pas d'accord avec mon collègue et ami M. Paul Strauss, en ce qui concerne les conclusions à tirer des statistiques, en particulier de celles qui portent sur la tuberculose.

Voici les resultats que j ai apportés et ce que j'en ai dit :

En Alsace, *avec l'assurance obligatoire*, la mortalité par tuberculose est, de 1895 à 1920, tombée de 27 déces par 10.000 habitants à 17, soit de 37 %. — Dans la même période, en France, elle est tombée, sans assurances sur la maladie, de 35 à 19, soit de 46 %.

Actuellement, elle est le plus bas en Danemark avec 8,1 décès (1926), *où l'assurance est facultative*, et aux Etats-Unis, 8,66 décès (1925) — *sans assurances contre la maladie.*

On ne peut donc établir de relation de cause à effets entre la mortalité par tuberculose dans ces pays et l'assurance contre la maladie.

Ce qui a permis d'obtenir ces résultats, c'est uniquement :

a) Les progrès des mesures hygiéniques :

b) Les progrès de la thérapeutiques sous ses diverses formes.

Au lieu de dépenser des sommes fantastiques pour l'assurance contre la maladie, il vaudrait mieux les affecter à la réorganisation de nos services d'hygiène et de certains hôpitaux.

Comme exemple de ce que l'on peut obtenir, par de judicieuses mesures hygiéniques, j'ai cité la « Metropolitan Live », compagnie américaine d'assurance sur la vie, comptant environ 15 millions d'assurés. Cette compagnie, soucieuse de la longévité de ses assurés, a formé un corps d'infirmières visiteuses à domicile, de médecins sanitaires, etc., et par ces sages mesures a fait, en vingt ans, baisser le taux de la mortalité par tuberculose de ses assurés de 50 % par rapport au reste des Etats-Unis, où déjà elle est basse.

J'ai pensé qu'il serait aussi très intéressant de voir quelle est la situation respective, dans les divers pays, de la mortalité infantile, car c'est là, semble t il au premier abord, que l'assurance pourrait avoir les résultats les meilleurs. Ces résultats, les voici pour 1927 :

Mortalité de 0 à 1 an pour 100 enfants.

France	8,3	sans assurance.
Alsace	7,2	avec —
Moselle	10,3	avec
Allemagne	9,7	avec
Angleterre	7,0	avec
Suisse	5,7	avec —
Belgique	9,2	sans

Il me paraît difficile d'attribuer une heureuse influence à l'assurance ; par contre, chacun connait l'excellente formation professionnelle des nurses anglaises et suisses.

J'affirme aussi que la bonne organisation des œuvres de puériculture en Alsace et le dévouement de mon collègue le professeur Rohmer secondé par le docteur Rodolphe Strauss sont plus efficaces que l'assurance.

2° J'en arrive aux abus que les assurés font de l'assurance.

ALLEMAGNE — *a*) En 1926, sur 7.918.412 assurés faisant partie de 778 caisses, il y a eu 1.259.016 malades, en état d'incapacité de travail, qui ont été convoqués à une enquête de vérification. Dans ce nombre, il y en eut 198.142 qui ne se présentèrent pas et firent savoir qu'ils étaient bien portants ; 219.913 qui vinrent se faire inscrire comme bien portants ; 292.133 furent reconnus à l'enquête de vérification capables de travailler.

Ainsi, parmi ceux sur qui avait porté l'enquête, il y en avait 710.188, soit 56,5 % qui pouvaient travailler immédiatement.

ALSACE. — *b)* Chaque année, les *caisses d'entreprises et de corporations* font des opérations de contrôle. Voici le résultat global de 1924-1928 :

Cités au contrôle	10.111
Aptes au travail	7.267
Soit	71 %

ALSACE. — *c) Caisse locale des malades de Strasbourg-Ville.*

	1926	1927
Cités au contrôle	25.819	26.601
Aptes au travail	14.971	16.972
Soit	57 98 %	63 80 %

On a dit que beaucoup de personnes qui parlent du livre de Liek, *les Méfaits des assurances sociales*, ne l'ont pas lu. J'affirme l'avoir lu, et avoir lu bien d'autres choses sur cette triste affaire. De plus, j'ai vu, j'ai observé pendant les onze ans que j'ai été doyen de la faculté de médecine de Strasbourg. J'ai même beaucoup causé et j'ai été frappé de constater que bien des personnes qui prônent publiquement l'assurance contre la maladie font, en particulier, non seulement des réserves sur son utilité sanitaire, mais reconnaissent volontiers que c'est un des facteurs de dépravation les plus puissants qu'on ait inventés. Pour le corps médical, personne ne le conteste ; il n'est pas bon de mettre les hommes dans l'alternative ou de commettre des indélicatesses ou de ne pouvoir vivre d'un travail honnête.

On déprave non seulement le corps médical, mais tout le peuple, qu'on habitue de plus en plus à mentir et à qui on donne le triste spectacle d'un corps honoré au plus haut point jadis, et qui, peu à peu glisse, à toutes les compromissions. Parlant le patois, je puis causer avec le peuple ; il a encore le souvenir des grands médecins qui furent aussi de grands citoyens ayant honoré l'Alsace, comme les Boeckel, les Koeberlé ou les Schutzenberger. Aujourd'hui il cite plus d'un médecin chez qui on entre comme chez un usurier retors, pour lui demander, sans y mettre aucune forme, de vous aider à voler la caisse.

Ainsi, avec le régime de l'assurance contre la maladie, car je ne parle que de celle-là, m'en étant particulièrement préoccupé, se dépravent le peuple et le corps médical où se trouvaient jadis tant de bons éducateurs pour toutes les classes auprès desquelles sa profession lui donnait accès et où il pouvait porter la bonne parole.

Le jour où les méfaits de l'assurance contre la maladie séviront en France comme ils sévissent actuellement, quoi qu'on en dise, en Allemagne, on cherchera, comme elle, par quel pis aller on pourra en sortir ; le fonctionnarisme ou tout autre artifice ne fera que diviser le corps médical. Il est douteux que les meilleurs médecins aillent alors à la médecine de caisses et le but visé, je suppose, de donner aux plus humbles des soins éclairés sera manqué.

Si avec tout l'argent que coûtera l'assurance pour pervertir le peuple, on allait à lui et qu'on lui fît sentir le souci sincère de développer son bien être et ses conditions d'existence matérielles, intellectuelles et morales, on atténuerait bien des animosités et peut-être verrait on renaître les temps que j'ai connus jadis en Alsace, où le médecin prodiguait à tous les soins les plus dévoués et où la plus franche cordialité unissait les plus grands patrons aux moindres de leurs ouvriers.

Dans ma communication à l'Académie, je me suis étonné aussi que depuis l'armistice on ait fait en Alsace tant d'enquêtes sur l'assurance contre la maladie, sans que personne soit venu demander au doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, d'où sort tout le corps médical d'Alsace, ni à aucun maître de cette faculté, quelle peut être l'influence du régime des assurances sur le recrutement, la formation professionnelle et la dignité des médecins.

Les résultats de la malariathérapie chez les paralytiques généraux à la Clinique neurologique de la Salpêtrière — *MM Georges Guillain et Noël Péron* apportent les résultats de la malariathérapie obtenus chez les paralytiques généraux pouvant être soignés dans un service neurologique en cure libre. Il s'agit, soit de cas de paralysie générale diagnostiqués précocement par les examens cliniques et les réactions biologiques, soit de cas de paralysie générale plus ancienne avec affaiblissement intellectuel, une légère excitation, une certaine euphorie, un état dépressif, mais tous sans réactions dangereuses ni idées de suicide actives

Leur statistique porte sur 57 paralytiques généraux impaludés :

1° Le traitement a paru sans action dans 28.07 p. 100 des cas.

2° Le traitement a amené une amélioration nette de l'état physique et mental dans 24,56 p. 100 des cas. Cette amélioration comporte tous les degrés depuis une rémission simple jusqu'à une guérison apparente.

3° Le traitement a amélioré l'état physique mais n'a pas amélioré l'état mental ; ce dernier est resté déficitaire et tel qu'il était avant le traitement, mais par contre ne semble pas avoir évolué ultérieurement d'une façon péjorative. Cette éventualité a été observée dans environ 3 p. 100 des cas.

4° Quatre décès se sont produits au cours de la malariathérapie, soit une mortalité de 7,0 p. 100.

MM. Guillain et Péron ont noté que dans les cas où ils ont observé une amélioration incontestable des troubles mentaux les signes physiques de la paralysie générale ont été relativement peu modifiés ; le signe d'Argyll-Robertson subsiste, la dysarthrie persiste souvent. Ils insistent sur les modifications régressives du syndrome humoral du liquide céphalo-rachidien et spécialement sur les courbes de la réaction du benjoin colloïdal. En règle générale, la courbe de précipitation du benjoin colloïdal du type paralytique est lente à revenir à la normale, elle reste longtemps subpositive et élargie.

L'expérience montre que la malariathérapie peut être appliquée en cure libre, en dehors des services des aliénés internés quand on envisage certaines formes cliniques de la paralysie générale qui, d'ailleurs, sont fréquentes. Il paraît inutile d'insister sur le très grand intérêt qu'il y a pour les malades eux-mêmes et pour leur famille d'éviter un internement.

L'azotémie limite et son pronostic au point de vue de l'urémie chronique. — *M. Castaigne.* — Depuis que les médecins ont, très justement, pris l'habitude de baser le pronostic de l'urémie en grande partie sur la dose d'urée contenue dans le sang de leurs malades, ils se sont rendus compte que l'interprétation clinique de l'azotémie constatée n'était pas toujours aussi simple qu'on l'avait supposé d'abord.

Les cas les plus difficiles sont ceux que M. Castaigne a appelés l'azotémie limite (0 gr. 40 à 1 gramme).

La fréquence de ces faits d'azotémie limite est indiquée par les statistiques. Celle de M. Castaigne comprend actuellement plus de 600 malades soupçonnés d'urémie chronique parmi lesquels 73,5 p. 100 présentaient de l'azotémie limite.

Sur ces malades, 43 p. 100 sont revenus à une azotémie normale, 21 p. 100 restent au stade de l'azotémie limite, 20 p. 100 évoluent vers l'hyperazotémie, 16 p. 100 sont morts rapidement sans être devenus hyperazotémiques.

Le pronostic d'un cas d'azotémie limite est donc très difficile à déduire de la seule constatation de la dose d'urée sanguine mais cette appréciation est utilement guidée par l'aspect clinique des malades et quelques épreuves supplémentaires de laboratoire.

Aspect clinique. — Deux types principaux : l'un floride (néphrite chronique des pléthoriques), l'autre misérable (néphrite chronique avec anémie et fonte musculaire) ; pour les premiers, pronostic bénin s'ils se soignent ; pour les seconds, pronostic réservé.

Epreuves complémentaires. — Mise au régime sans azote et sans chlorures pendant dix jours. Si azotémie normale, pronostic bon.

Si azotémie stationnaire, pronostic réservé.

Si, ni rétention chlorée, ni baisse de la réserve alcaline, pronostic meilleur.

Si rétention chlorée sèche, mais réserve alcaline normale, il s'agit de malades graves, mais une survie encore longue peut être envisagée.

Si acidose permanente et non réductible par le traitement, pronostic fatal à bref délai, bien que le dosage de l'urée sanguine fait à plusieurs reprises ait montré qu'il s'agissait d'un cas d'azotémie limite.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 novembre 1929.

Les Journées médicales de Dax. — *M. Rœderer* résume brièvement le voyage d'études récemment offert à un certain nombre de médecins parisiens par la municipalité de Dax et la Société fermière des Eaux de cette ville, et louant comme il le mérite l'énorme effort accompli dans cette capitale du rhumatisme, souhaite qu'il soit du corps médical et apprécié de nombreux malades.

Présentation de malade. — *MM. Sédillot et Didsbury* présentent une jeune femme de 32 ans, asthmatique et migraineuse, guérie depuis 3 ans par le second d'entre eux de ses migraines par des massages spéciaux de points de cellulite cervico-faciaux ; par le premier de ses crises d'asthme, grâce à une cure de désintoxication générale.

Le traitement immédiat des blessures de la face. — *M. Dufourmentel* attire l'attention sur l'importance de l'opération immédiate dans les blessures de la face. L'épluchage chirurgical, si important dans les plaies des autres régions, est ici à la fois inutile et regrettable. Aucune marque ne doit être ajoutée à celle de la blessure, aucune esquille ne doit être enlevée si elle ne se détache pas d'elle-même. Tous les efforts doivent tendre dès le début à éviter les déformations et à diminuer les cicatrices. Par contre, toute blessure du sinus frontal, toute blessure cervicale doit être soumise au nettoyage chirurgical.

Voyage médical en Hongrie : Budapest thermal. — *M. Perpère* montre comment en Hongrie, dépossédée de la plupart de ses stations hydrominérales et de ses plages sur l'Adriatique, a su mettre à profit les nombreuses sources thermo-sulfurées de la capitale pour faire de Budapest un centre balnéologique de la première importance et de toute beauté. L'hygiène sociale y trouve son compte tout autant que la thérapeutique.

Troubles sensitifs du pharynx et syndrome sympathique cervical postérieur. — *M. J. Tarneaud* rapporte deux cas mettant en valeur la forme clinique pharyngée du syndrome sympathique cervical postérieur de Barré et Lieou. Les malades viennent consulter pour une douleur pharyngée et l'examen endoscopique ne montre aucune lésion objective. Avant de rapporter ces manifestations subjectives à une paresthésie pharyngée, il faut, ainsi que l'a démontré *Terracol*, rechercher l'existence possible d'une ostéo-arthritite cervicale chronique. Le diagnostic de cette affection permet une thérapeutique causale de la pharyngalgie qui, préférable au traitement symptomatique local, donne les meilleurs résultats.

Contamination paludéenne d'un donneur au cours d'une transfusion sanguine. — *M. Georges Rosenthal* discute un cas récent rapporté à la Société de Pathologie exotique. Les transfusions ne doivent se faire avec les techniques de va et vient que si aucun germe mobile connu ou inconnu ne peut être mis en cause. Il n'y a de sécurité absolue qu'avec les techniques séparant donneur et receveur.

Sur l'électrolyse en dermatologie. — *M. Scheikeivitch* préconise pour les traitements électrolytiques en dermatologie : 1° l'emploi de l'anesthésie locale à la novocaïne ; 2° l'emploi d'une loupe binoculaire prismatique spéciale ; 3° l'emploi d'aiguilles rigides coudées très fines et légères. Il insiste sur la nécessité absolue d'avoir un éclairage puissant et une source de courant continu exactement contrôlée et réglable.

E. PERPÈRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 novembre 1929.

Absence d'hypertrophie cardiaque dans certains cas d'hypertension permanente. — *M. Ch. Aubertin.* — Chez un certain nombre de sujets présentant de l'hypertension permanente solitaire, hypertension dépassant 22 pour la maxima et 11 pour la minima, l'hypertrophie cardiaque manque cliniquement et radioscopiquement (les différents diamètres étant compris dans les limites normales et l'indice de profondeur du ventricule gauche étant seul un peu augmenté tout en restant à la limite de la normale). Anatomiquement, lorsque les sujets ont succombé à un ictus ou à une affection intercurrente, on peut trouver des cœurs dont le poids varie entre 225 et 300 grammes. Il s'agit dans ces cas non pas de l'hypertension légère, car les chiffres de la maxima et de la minima sont élevés, non pas d'hypertension paroxystique car les malades ont été suivis plusieurs années, non pas d'hypertension de date récente, non pas d'hypertension complètement latente car les malades avaient tous fait des accidents hémorragiques. Dans tous les cas il s'agissait de l'hypertension solitaire sans trouble de la fonction rénale et sans fléchissement cardiaque.

Sur le diagnostic de cavernes cancéreuses du poumon. — *MM. P. Ameuille* et *R. Huguenin* présentent quatre observations et montrent à quelles erreurs de diagnostic elles peuvent donner naissance tant que la biopsie, soit directe, soit sur un ganglion pariétal n'a pas été pratiquée.

La biopsie directe sur la tumeur, dans deux de leurs cas, a fourni un diagnostic de certitude indispensable, sans aggraver, l'état de santé du malade.

Presque toujours, le cancer du poumon a été dans des cas confondu avec une collection liquide suppurée de cet organe. Dans aucun cas, le diagnostic a été fait assez tôt pour que pût se poser la question de la lobectomie.

M. *P.-E. Weill* cite six cas de cancer du poumon. Il insiste sur l'accroissement rapide des ombres radioscopiques pour le diagnostic. Il considère que les cancers avec cavernes sont relativement fréquents.

M. *Brulé* à propos de trois cas de cancer primitif du poumon, considère cette forme comme loin d'être exceptionnelle, et si le diagnostic relativement est facile à la phase de généralisation, il est possible au début grâce aux examens radiologiques.

M. *Fiessinger*, contrairement à l'opinion de M. Weil, considère que dans une première phase le diagnostic est souvent difficile. Dans deux cas, il a pensé à un kyste hydatique par suite de contours nets de l'ombre radiologique. A la phase de généralisation, le diagnostic est par contre facile. A propos de deux cas qu'il cite, M. Fressinger ne croit pas que la rapidité des ombres radiologiques soit un signe fréquent.

M. *Rist* partage l'opinion de M. Fiessinger et de M. Ameuille. Ces formes avec cavernes sont rares ; et le diagnostic est simplifié grâce aux examens radiologiques fréquemment renouvelés.

Il insiste en outre sur la fréquence plus grande des cancers dont le diagnostic est plus facilement posé.

M. *Kindherg*. — Le diagnostic de cancer du poumon n'est pas toujours aisé. Il cite des cas d'abcès du poumon greffés sur un cancer de sorte que les formes excavées ne peuvent être affirmées que par la biopsie.

M. *Jacob* cite un cas où, derrière un cancer, existait un foyer de suppuration et l'auteur n'a pu dire s'il s'agissait d'une dilatation bronchique ou d'un abcès du poumon.

M. *M. Renaud* considère que le début du cancer est souvent très latent et sournois. Il y a lieu de distinguer deux variétés : le cancer bronchique à histoire clinique dès le début et le cancer des alvéoles pulmonaires à évolution souvent silencieuse. Il n'ose se prononcer sur la plus grande fréquence des cancers.

M. *Ameuille* insiste sur l'extension rapide des ombres radiologiques seulement à la phase terminale du cancer.

Essai d'interprétation des images radiologiques triangulaires dites de pleurésie médiastine, se superposant aux bronchectasies. — MM. *Bezançon, Azoulay, Weismann, Netter* et *Oumansky*, présentent deux cas de dilatation bronchique où l'on retrouve ces images d'opacité triangulaire, du type de pleurésie médiastine bien décrite par M. Rist et ses collaborateurs puis par MM. Sergent et Bordet !

Dans le premier cas, ils ont assisté à la constitution de cette image au cours d'une poussée de la bronchectasie ; dans le second, ils ont observé au contraire sa disparition sans séquelles après la terminaison de la poussée infectieuse bronchectasique.

Ils discutent l'interprétation de pareilles images et considèrent qu'il s'agit sans doute d'une spléno-pneumonie ou d'une cortico-pleurite profonde péri-bronchectasique du lobe inférieur.

M. *Ribadeau-Dumas* insiste sur la fréquence de cet aspect radiologique dans la broncho-pneumonie de l'enfant avec dilatation bronchique.

M. *Ameuille* considère que les condensations pulmonaires autour des foyers de dilatation bronchique sont fréquentes et peuvent se résorber spontanément.

M. *Rist* rappellle que les broncho-pneumonies chroniques peuvent s'accompagner de bronchectasies ou guérir spontanément.

René GIROUX.

La dose mortelle du chlorure de manganèse, pour le chien, est de six milligr. par kilo ; la dose thérapeutique de deux milligrammes, d'après CERVINKA. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 1929, t. C. 11, p. 262.)

M.

LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Sur les brûlures de l'œsophage,

Par **Maurice BOUCHET.**

Quelle conduite devons-nous tenir en présence de ce malade, homme âgé de 35 ans, très bien portant jusqu'ici et qui, il y a trois jours, avala par mégarde une ou deux gorgées de solution de potasse.

Il semble que l'ingestion caustique ait été relativement faible, car cet homme s'est aperçu rapidement de son erreur. Il croit n'avoir avalé qu'une fois et avoir craché de suite.

Il eut au début une sensation de brûlure atroce, et maintenant sa douleur persiste, mais tolérable et absolument pas comparable à ce qu'elle fût au moment de l'accident.

Les lèvres sont tuméfiées de même que la face interne des joues et toute la partie visible du pharynx : on voit quelques ulcérations sur les piliers et sur la face interne des joues, plusieurs d'entre elles sont recouvertes de fausses membranes, blanc sale, la salivation est intense et l'haleine fétide.

Jusqu'à ces dernières années, il était classique de ne rien tenter pendant la première phase de ces brûlures, on laissait évoluer la lésion œsophagienne et on attendait que le rétrécissement soit constitué pour le traiter.

Le premier, en 1913 Roux, de Lausanne, conseilla une ligne de conduite tout à fait différente :

« Il nous a paru indiqué, et cette idée est assurément « venue à beaucoup d'autres avant nous, de laisser la cica- « trisation et la desquamation se faire sur un mandrin, persua- « dé que rien n'empêcherait l'épithélisation de se faire sur « un œsophage étalé en apparence, mais à peine calibré, aussi « bien que dans un canal à lumière virtuelle ; la paroi œso- « phagienne serait aussi bien au repos avec un calibre con- « venable que sans calibre ».

Et, Ill dans sa thèse (Paris 1924) confirme l'utilité de cette ligne de conduite. Nous nous y conformerons, nous allons pratiquer tout d'abord un examen radiologique en position oblique antérieure, droite de préférence ; cette position dégageant mieux la région œsophagienne de l'ombre cardiaque qui est en avant d'elle.

Nous examinerons tout d'abord la marche de quelques gorgées de bouillie claire de gélo-baryne ; il est possible que cet examen nous permettre d'observer un spasme à un endroit quelconque du trajet, mais plus particulièrement à ses deux extrémités, supérieure et inférieure.

Si, la descente du liquide se fait de façon anormale, nous pourrons essayer de préciser par le transit d'un cachet de bismuth le point oqù le spasme est le plus accentué. Un cliché pourra fixer cet aspect.

Sommes-nous aurtorisé à faire dès maintenant une œsophagoscopie ? Absolument pas, cette manœuvre serait par trop douloureuse et ne nous procurerait aucun avantage réel. Nous allons nous appliquer tout d'abord à soigner les brûlures de l'oro-pharynx. Attouchement à la glycérine iodée, au bleu de méthylène, lavage avec des solutions de chlorate de potasse.

Dans les jours à venir, l'alimentation va devenir plus facile, les douleurs locales cédant progressivement. Nous conseillons au malade de se nourrir surtout avec du lait et de tâcher d'en boire 2 litres par jour. Aussitôt après l'ingestion de lait, lui faire rincer la bouche avec une solution de borate de soude. Nous atteindrons ainsi la fin de la deuxième semaine : à ce moment, œsophagoscopie, qui sera faite sous anesthésie locale, sans mandrin et avec grande douceur. On doit progresser centimètre par centimètre, en cocaïnant progressivement chaque point qui parait atteint. Nous explorerons ainsi jusqu'au cardia et nous placerons une sonde que nous laisserons à demeure.

Au bout de combien de temps doit-elle être retirée ? Ici les habitudes des divers auteurs sont extrêmement variables Roux a été jusqu'à trois et quatre semaines, Ledoux parle de plusieurs semaines aussi.

La sonde permet l'alimentation du malade et très souvent au bout d'un ou deux jours, il peut arriver à avaler lui-même et à déglutir un peu d'eau alcaline qui descend par conséquent entre la sonde et la paroi etœsophagienne et qui aide sans doute au nettoyage de cette dernière.

Au bout d'une quinzaine de jours, nous retirerons la sonde et nous en placerons une seconde comme la première. Sous contrôle de l'œsophagoscopie nous pourrons constater ainsi les progrès faits par la cicatrisation de la muqueuse œsophagienne.

La plus grosse objection qu'on puisse faire à ce mode de traitement est la production d'ulcération au contact de la sonde à demeure ; cette crainte, très justifiée au début, le devient beaucoup moins maintenant à mesure que se publient les résultats obtenus par cette méthode.

Nous espérons ainsi que le malade guérira sa brûlure œsophagienne sans rétrécissement cicatriciel consécutif. Nous lui demanderons toutefois de revenir se faire examiner plusieurs fois par an, car nous savons par les travaux de Guisez et de Chevalier-Jackson, qu'il n'est pas rare d'observer des rétrécissements extrêmement tardifs, survenant des années après l'accident.

Cet examen périodique consistera à passer une sonde de gros calibre (34 par exemple) et à pratiquer un examen radioscopique. L'œsophagoscopie n'interviendrait à nouveau que si ces deux premiers modes d'exploration nous révélaient quelques symptômes anormaux.

VARIÉTÉS

Les médecins ancêtres de G. Clemenceau.

Dans la famille Clemenceau, on trouve cinq *médecins*, au moins un *apothicaire* et un ouvrier *imprimeur*.

En effet, Jehan Clemenceau, de Moutiers-sur-le-Lay (Vendée), se fit *ouvrier imprimeur*, se rendit à Poitiers chez le célèbre Marnef, qui venait d'apporter en Poitou la découverte de Gutenberg, et à la fin du XVe siècle faire connaître, sur les côtes de l'Océan, l'invention qui allait révolutionner la pensée humaine. J'insiste sur ce fait, qui éclaire d'un jour lumineux, toute la mentalité des Clemenceau, depuis cette époque lointaine.

Ce Clemenceau eut pour fils Jacques, qui explique tous les Clemenceau de la branche de la *Série*, dont l'un fut un littérateur fécond et un artiste apprécié (1770-1819).

Dans la famille des Clemenceau, on rencontre *cinq médecins*, presque de père en fils : ce qui permet aussi de comprendre la haute culture gréco-latine et l'esprit philosophique de Georges et de ses aïeux :

1° En 1685, Benjamin Clemenceau, de la Série, l'ancêtre médical, était docteur en médecine en Vendée, à la Série, près Belle-Noue, en Mareuil-sur-le-Lay.

Le 29 octobre 1685, il abjura le protestantisme : ce qui prouve que, dans le pays le plus catholique de France, il avait été huguenot et explique la liberté de penser qui a toujours été si remarquable dans cette nombreuse famille depuis trois siècles.

D'ailleurs, le père de ce Benjamin fut Paul Clemenceau, seigneur du Pasty et de la Série, maître *apothicaire*, à Mareuil sur-le-Lay, en 1625.

2° Le bisaïeul de G. Clemenceau est le docteur Pierre-Paul-Clemenceau (de Montaigu, V.), seigneur du Colombier, député en 1806, fils de Pierre-Benjamin C., *avocat*, lui-même fils du médecin ci-dessus.

3° L'aïeul de G. Clemenceau, Jean-Paul Cl., originaire de La Réorthe (Vendée), docteur en médecine, membre de l'Administration départementale en 1791, fut sous-préfet de Montaigu le 8 avril 1800.

4° Le père de G. Clemenceau, Paul-Benjamin, est né aussi à La Réorthe. Il fut médecin à Mouilleron-en-Pareds (V.), où naquit le docteur Georges, avant d'aller habiter Nantes. *Naturaliste* distingué. Proscrit en 1858 pour une calomnie abominable, il dut partir pour Marseille, où on le relâcha. Son fils s'écria alors : « Je te vengerai ! »

Il l'a fait deux fois :

a) La première, c'est quand, président du Conseil, il vint en Vendée (1906), passa à Montaigu en pieux pèlerinage, et dit publiquement :

« C'est MON PÈRE qu'il faut applaudir ! »

b) La seconde, en renversant le dernier des Empereurs d'Europe et en conquérant la Liberté du Monde !

5° Le cinquième des Clemenceau médecins est LE PÈRE DE LA VICTOIRE. On le connaît.

Non seulement, il s'est souvenu du proscrit de Nantes, mais il n'a pas oublié l'*imprimeur*, qui, de noble, se fit *ouvrier*, pour comprendre l'extraordinaire invention qui devait répandre la bonne parole à la surface de la terre, puisqu'il fut *journaliste* lui-même.

Si G. Clemenceau *a bien mérité de la Nation française*, il faut dire que ses ancêtres, eux aussi, à leur manière, ONT BIEN MÉRITÉ de l'Idéal, de la *Liberté de Penser* et de leur petite *Patrie*. — Ce sont les petits ruisseaux qui font la grande rivière...

Dr Marcel BAUDOUIN.
(Vendée).

GLANURES

Clemenceau étudiant en médecine (1). — M. JEAN MARTET, *secrétaire* de M. CLEMENCEAU. — Après le bachot, vous avez préparé tout de suite votre médecine.

M. CLEMENCEAU. — Sans hésitation. Mon père avait été médecin. Mon grand-père. Mon arrière-grand-père. J'ai fait mon P. C. N. et je suis entré à la Faculté.

M. JEAN MARTET. — Bon souvenir ?

M. CLEMENCEAU. — Excellent. Quand on veut faire sa médecine proprement dite, il n'y a pas de doute : il faut la faire en province. D'abord on a de la dissection tant qu'on veut. Les macchabées ne manquent pas. Puis l'atmosphère est bonne. Il se crée entre professeurs et étudiants des liens qui ne se créent pas à Paris. Il n'y avait qu'un ennui : les bonnes sœurs. Elles menaient tout. Je descendais dans leur jardin et je leur bouffais leurs abricots. Je leur disais :

« — Mais qu'est-ce que ça peut vous faire ? Puisque de toute façon ça n'ira pas aux malades !

« Pour un exercice de ce genre j'ai été flanqué à la porte pendant quinze jours. D'ailleurs, il y a quelque temps, j'y suis retourné ; c'était exactement la même chose. J'ai voulu visiter l'amphithéâtre. On m'a dit :

« — C'es' bien ennuyeux. C'est une sœur qui en a la clef et elle est à la messe.

(1) L'*Illustration*, numéro consacré à G. Clemenceau.

La responsabilité des parents dans le surmenage des enfants. Sages conseils. — On parle beaucoup du surmenage scolaire ; les parents, naturellement, en rejettent la responsabilité sur les programmes ; et ils n'ont pas absolument tort ; mais ils oublient ou ne savent pas que souvent ce sont eux-mêmes les vrais responsables de ce surmenage. Madame Caron, directrice du lycée Fénelon, vient d'attirer leur attention sur ce point.

Sa grande expérience, sa connaissance profonde de la psycho-physiologie de la jeune fille lui ont dicté de sages conseils que la Commission de surmenage mettra à profit puisque Madame Caron en fait partie, que les parents devront méditer et auxquels les médecins ne peuvent que souscrire :

« Certes je ne suppose pas toute chose parfaite de notre côté. Je crois nos horaires lourds, surtout dans certaines classes, nos précis trop compacts, je sais que les professeurs, malgré leur énergique effort, peuvent encore établir plus étroitement la coordination de leurs enseignements dans une même classe, je sais que nous devons penser toujours plus nettement que la culture d'une élève, ses goûts, sa méthode de travail ne sont pas ceux d'un être adulte. Nous travaillons de notre côté, mais nous pensons aussi que certaines améliorations peuvent venir de vous.

Pour vos enfants, être surmené c'est être en face d'une tâche qui les dépasse, qu'elles ne peuvent accomplir qu'au prix d'efforts dangereux pour leur santé, ou trop envahissants pour la vie normale, allègre et joyeuse d'êtres jeunes.

Tout d'abord pour ne pas être surmené, l'élève doit être dans la classe correspondant à son développement intellectuel et à ses connaissances. Puissance d'attention, rapidité de compréhension et d'exécution mémoire, sens de l'organisation du travail, tout cela varie d'un âge à l'autre. Mais telle enfant qui a 13 ans chronologiquement n'en a peut être que 12 psychologiquement. Or, trop de parents ne veulent voir que l'âge de l'acte de naissance. Dès le jardin d'enfants, on calcule à quel âge l'enfant passera le baccalauréat. Nos jeunes filles moins pressées par les concours ne trouveront qu'avantage à passer le baccalauréat à 17 ans au lieu de 16 ans. Laissez-moi vous citer en exemple un père de famille qui me disait : Ma fille est plus âgée que ses compagnes ; je l'ai voulu ainsi ; elle est au-dessus de sa tâche et la question du surmenage n'existe pas pour elle.

Le développement intellectuel ne suffit pas, il faut des connaissances plus indispensables surtout pour les mathématiques et les langues vivantes ; l'élève qui ignore pour ces matières le programme d'une classe ne peut comprendre le travail de la classe supérieure. Facultés et connaissances seront appréciées moins par un examen que par l'ensemble des notes de l'année. Mais une fois la constatation faite, les parents ont tout intérêt à suivre les indications données.

Il ne suffit pas que l'élève soit dans l'année qui lui convient. Il faut choisir son programme. Nous vous offrons quatre séries A, A', B et la série du diplôme (série B allégée). — Ne choisissez pas d'après vos goûts ou des traditions de famille, proportionnez l'effort aux forces — et aux goûts de vos enfants.

N'ajoutez pas à nos programmes, ne faites pas étudier une langue vivante dès la neuvième ou une deuxième langue à des élèves de A', n'abusez pas des séances de rythmique, de diction, etc.

N'attachez pas une importance exagérée aux résultats des compositions, des prix — Suivez l'ensemble du travail, mais sachez ce que peut donner telle de vos enfants et ce qu'elle peut donner cette année-là. Je crois salutaires pour l'ensemble des élèves, les classements, les récompenses, mais certaines natures trop émotives supportent mal l'inquiétude des compositions. Regardez le travail d'assez près pour savoir si l'enfant a fait ce qu'elle devait ; dans ce cas, qu'elle ne trouve chez vous ni désappointement ni amertume.

L'enfant placée dans la classe qui convient à son développement, à ses forces, à ses goûts, il reste à organiser la vie et le travail en dehors de la classe.

La vie actuelle à Paris est une cause de fatigue. L'enfant est souvent trop loin de son Lycée. Je pense à nos enfants de Juvisy, Ablon, Alfortville, La Hay-les-Roses, Drancy, etc. Vous devriez sans vous lasser, demander la création de Lycées aux principales portes de Paris. Pour le moment, étudiez avec soin les itinéraires. usez de la demi-pension et plus que tout, redoutez l'air confiné du métro Si vous ne pouvez l'éviter, imposez à vos enfants la marche pour une ou deux stations.

Il faut ensuite régler l'horaire de la journée et quitte à faire à l'enfant sa vie propre, ne la laissez pas désorganiser par les occupations des parents. — Dans nos internats, j'ai vu des enfants se fortifier ; la stricte régularité des horaires et des menus était pour moi la cause de cette amélioration. — En particulier le temps du sommeil doit être fixé. Les parents ne savent pas encore assez l'importance du sommeil pour le système nerveux, pour l'organisme entier, pour la possibilité du travail intellectuel. Ne dépassez pas pour le coucher, 8 heures, jusqu'à la 9e, 9 heures jusqu'à la 5e, jamais 10 heures pour aucune élève, même de nos grandes classes. Si une enfant n'a pas terminé son travail, venez me trouver. Nous étudierons le problème. Votre fille gaspille-t-elle trop de temps au retour du Lycée ? Fait-elle du travail inutile : copies, recherches dans des ouvrages trop forts pour elle, dessins trop compliqués pour la géographie ou l'histoire naturelle ? Avons-nous demandé trop de travail ? Une

grippe a-t-elle causé du retard ? Enfin faut-il que l'élève double sa classe ?

Le travail est-il la seule cause possible de fatigue ? Nos enfants ne vont-elles pas trop souvent au théâtre, au cinéma ? Choisissez vous toujours pour les sorties ou pour les réunions de famille le mercredi et le samedi soir.

Je sais la complexité de la vie moderne à Paris, les difficultés pour fixer normalement les heures de repas tout en les adaptant aux occupations des parents ; les complications dues à l'exiguité de l'appartement qu'on n'a pas trouvé tel qu'on le voulait, les problèmes du service domestique. — Je vois aussi parfois la maladie multiplier ces difficultés ; telles de nos élèves ont été de précieuses garde-malades, des mamans dévouées pour leur petites sœurs, de vaillantes maîtresses de maison en l'absence de la mère malade. Mais je crois aussi que dans certains cas vous pourriez faire plus pour organiser avec une rigoureuse exactitude la vie de vos enfants. Je ne critique pas, je ne condamne pas, je cherche avec vous le meilleur pour vos enfants, pour vos enfants qui sont, n'est-ce pas, un peu les nôtres.

Gœthe sous l'œil de la psychanalyse. — Tel est le titre de la deuxième partie d'une *Lettre de Berlin*, adressée à *Comœdia* par M. Jean Tavel et parue dans ce journal (2 décembre 1929). Un disciple de Freud, M. Theilhaber, vient de publier en Allemagne un livre intitulé : *Gœthe, Sexus und Eros*. C'est une levée de boucliers générale contre le psychanalyste, dit M. Jean Tavel. Nous reproduisons la plus grande partie de cette lettre.

« Un savant professeur vient de publier un gros livre sur le paysage dans l'œuvre de Gœthe. Mais l'ouvrage qui fait scandale est celui de M. Theilhaber : *Gœthe Sexus und Eros*.

Inutile de dire que l'auteur — le titre l'indique suffisamment — est un disciple de Freud : bien que Gœthe soit mort depuis 97 ans, il n'a pas craint de le psychanalyser. Et voici sa trouvaille : Gœthe souffrait du complexe ancillaire. L'histoire de ses amours est classique en Allemagne. Tout homme cultivé vous récitera la liste de ses petites amies, depuis l'Alsacienne Frédérique Brion et Charlotte Buff, l'héroïne de *Werther*, jusqu'à cette charmante Ulrique von Lewetzow qu'il voulait épouser, plus que sexagénaire. Notez que cette liste est parfaitement décente : il ne s'agit pas de conquêtes, comme en put faire, vers la même époque, un certain Casanova, mais d'amour platoniques, dont Gœthe, poète, fit des poèmes, des romans ou des drames. Seule Charlotte von Stein, amie de dix ans, fut davantage pour lui... peut-être. La question est controversée. Des douzaines de volumes ont été écrits pour savoir si cette femme, qu'il a rendue célèbre, a été ou non sa maîtresse : certains auteurs concluent pour, d'autres contre. Il y a des présomptions mais pas de preuves.

Une pareille collection de faits, que l'opinion allemande a toujours acceptée tranquillement, sans curiosité et sans critique fait froncer le sourcil au psychanalyste. Comment, s'écrie-t-il, voici un homme souvent amoureux, qui jamais n'alla jusqu'au bout de sa passion : toujours, chez lui, se produisit un « refoulement », à la suite duquel le sentiment se sublima pour se transformer en matière poétique. Cependant il aimait la vie : il a décrit avec assez de détails, dans ses *Elégies romaines*, ses amours païennes avec la bouquetière Christiane Vulpius, dont il devait faire sa femme, au grand scandale de la société de Weimar. On lui attribue du reste pas mal d'amours de cet ordre. Il ne se satisfait qu'avec des filles du peuple. Les femmes du monde il se contente d'en rêver. Mais il était beau, riche, aimable, il fut célèbre très jeune. Toutes les femmes lui souriaient. Comment expliquer cette préférence, chez un homme qui pouvait choisir, et qui n'était ni grossier, ni vulgaire ? Il y a là une véritable anomalie : un cas, que nous expliquerons par un « complexe » : c'est, vous dis-je le complexe ancillaire.

Profanation du plus grand écrivain allemand ! La critique s'indigne. C'est une levée de boucliers générale contre le psychanalyste. Peut-être après tout, va-t-il chercher bien loin pour expliquer des choses simples. Tous les goûts sont dans la nature et il ne manque pas de grands hommes (Victor Hugo, entre autres) qui témoignèrent des mêmes que Gœthe. C'est peut-être l'attraction des contraires, qui veut que les femmes les plus primitives séduisent les esprits les plus riches et les plus raffinés.

Toutefois, comme Gœthe fut souvent et passionnément épris de créatures distinguées, il subsiste une sorte d'énigme dans sa vie amoureuse. Si le psychanalyste ne l'a pas résolue, il a eu le mérite de la signaler : encore que d'autres en aient été frappés avant lui. »

BIBLIOGRAPHIE

Bibliothèque d'Histoire de l'Art : *L'Art Egéen*, par Jean CHARBONNEAUX. — *La Peinture italienne, des origines au XVI° siècle*, par René SCHNEIDER. 2 vol. in-4 de 48 pages chacun, avec 64 planches en héliogravure. Brochés : 36 fr. Les Editions G. Van Oest, 3 et 5, rue du Petit-Pont, Paris (5e).

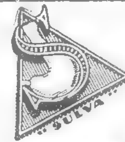
Les sujets qu'ils traitent ont été, comme d'habitude, confiés aux spécialistes les plus qualifiés. M. Jean Charbonneaux, conservateur-adjoint au Musée du Louvre et ancien membre de l'École d'Athènes, où il se distingua par des fouilles fructueuses à Mallia, en Crète, présente, dans le premier de ces volumes, un tableau de *L'Art égéen*, c'est-à-dire de l'art des îles et des territoires baignés par la mer Égée à l'époque préhellénique (de 3400 à 1200 av. J.-C.) qui précéda la grande floraison classique de la Grèce continentale, époque fabuleuse du roi Minos — dont le palais fut remis au jour des fouilles sensationnelles de Sir Arthur Evans à partir de 1900, — d'Agamemnon et autres héros légendaires. Successivement M. Charbonneaux étudie les palais et autres édifices retrouvés dans les fouilles, les sculptures et les peintures, d'un accent si neuf et si saisissant (comme les statuettes de *Déesses aux serpents*, le bas-relief du *Prince aux fleurs de lis*, les fresques de la *Tauromachie*, de la *Parisienne*, du *Porteur de vase*, du *Singe bleu*, des *Poissons volants*) qui décoraient les palais de Knossos, de Hagie-Triada, de Philakopi, les objets d'orfèvrerie (comme les gobelets, depuis longtemps célèbres, de Vaphio, les masques d'or trouvés dans les tombes de Mycènes), les armes (dont une des plus curieuses est la hachette en stéatite en forme de panthère découverte par M. Charbonneaux lui-même), les intailles, les innombrables vases de céramique auxquels les poulpes et les algues servent le plus souvent d'ingénieux décor, etc. Cette vivante résurrection, — le premier travail d'ensemble publié en français sur ce sujet — est complétée par la reproduction, dans les planches en héliogravure qui accompagnent le texte, de plus de 140 de ces monuments et œuvres d'art, dont plusieurs jusqu'ici inédits.

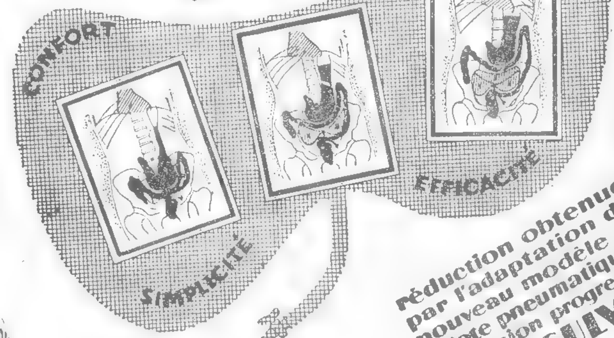
Dans l'autre volume, M. René Schneider, professeur d'histoire de l'art à la Sorbonne, qui a assumé la tâche difficile, mais magnifique, de brosser le panorama d'ensemble de *La Peinture italienne* et de ses innombrables chefs-d'œuvre, met sous nos yeux les débuts de cette éclatante floraison dans les diverses écoles de la péninsule, depuis les productions issues de l'art byzantin jusqu'à l'avènement de Michel-Ange et l'épanouissement de la Renaissance. Au XIIIe siècle. Cimabué, Giotto, Cavallini, Orcagna, Taddeo Gaddi, Duccio et l'école de Sienne, Simone di Martino, Lippo Memmi ; au XIVe, Gentile da Fabriano, Pisanello, Fra Angelico, Benozzo Gozzoli, Masaccio, Filippo Lippi, Ghirlandajo, A. del Castagno, A. Pollaiuolo, Botticelli, Piero di Cosimo, principaux représentants de l'école florentine ; hors de Florence, Piero della Francesca, Melozzo da Forli, Pinturicchio, le Pérugin, Mantegna, Antonello de Messine, les premiers Vénitiens (les Vivarini, Crivelli, Carpaccio, les Bellini) ; au « Cinquocento », l'universel et génial Léonard de Vinci, qui symbolise le culte de l'art et de la science réunis, le Sodoma, Fra Bartolommeo, A. del Sarto, Raphaël, placé au point de rencontre des écoles et les unissant toutes en lui ; enfin, le voluptueux Corrège, dont l'influence se fera sentir sur les grands Vénitiens et les Bolonais que nous rencontrerons dans le volume suivant, représentent, avec d'autres encore, les sommets de cette histoire. Les reproductions qui nous sont données, en belles héliogravures, de 82 de leurs chefs-d'œuvre, illustrent magnifiquement l'éloquent commentaire qu'en fait M. Schneider.

Metz, par Marcel GROSDIDIER DE MATONS, un vol. in-8°, 125 gravures. Broché : 18 fr. Relié : 26 fr. Collection des « *Villes d'Art Célèbres* ». Librairie Henri Laurens, 6, rue de Tournon. Paris-VIe.

Un livre sur Metz, sera le bienvenu dans la collection des « *Villes d'Art Célèbres* » d'autant qu'il n'existe aucun ouvrage récent en français sur cette cité qui fut la rançon de la France.

Si l'on connaît par les pages émues de Barrès le beau caractère militaire de son XVIIIe siècle, on ignore sa magnifique cathédrale, chef-d'œuvre de hardiesse, aussi élevée que celle d'Amiens ; on ne sait pas la grâce de ses rues et de ses églises médiévales, la beauté des paysages urbains que la Moselle découpe en traversant et le charme de ses vastes promenades.


SULVA


BIEN-ÊTRE
ESTHÉTIQUE
CONFORT
EFFICACITÉ
SIMPLICITÉ

M. Marcel Grosdidier de Matons n'est pas seulement un érudit qui décrit les monuments : c'est un poète qui fait revivre la vieille république jalouse et fière de son indépendance, sa société tumultueuse et qui étale les trésors cachés de la ville dont Barrès disait qu'il n'y en a aucune qui se fasse mieux aimer.

Cent vingt-cinq illustrations feront à ces belles pages un vivant commentaire.

Gotama le Bouddha. Sa vie. D'après les écritures palies choisies par E. H. Brewster, avec une préface de C. A. F. Rhys Davids. Traduction française par G. Lepage. Un volume in-8 de la Bibliothèque Historique : 25 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tous ceux qui en Occident étudient le bouddhisme attendent depuis longtemps une vie du Bouddha tirée des divers récits disséminés dans les Ecritures pâlies.

Les Ecritures pâlies contiennent le récit le plus authentique de la vie du Bouddha et de nombreux points en ont été vérifiés par l'histoire. Le canon tel que nous le possédons a été composé — mais non pas rédigé — au Concile de Patna, vers 250 av. J.-C., de récits faits de mémoire. De dates diverses, ces récits comprennent tout ce que la tradition orale avait transmis depuis le VI[e] siècle av. J.-C., époque du fondateur, jusqu'aux sujets développés, plus récents, composés peut-être, peu avant ce concile.

L'ouvrage de E. H. Brewster, *Gotama le Bouddha*, qui est une traduction fidèle, sans aucune interpolation ou interprétation étrangère, des textes sacrés, nous permet de suivre pas à pas, depuis son enfance jusqu'à sa mort, le grand Bouddha Gotama, le frère des hommes, qui nous apparaît à travers ces pages, aussi vivant, aussi humain, que s'il était un de nos contemporains.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Viennent de paraitre :

Syphilis héréditaire du système nerveux, par A. Babonneix. 432 p., 54 fig. : 60 fr. (Masson).

Le diagnostic des angines aiguës, par A. Marfan. 94 p. : 10 fr. (Masson).

Nouveau traité de médecine. Fasc. XVII. Pathologie des reins. 1024 p. : 125 fr. (Masson).

Les fonctions internes du rein, par J. Besançon. 370 p., 54 fig. : 50 fr. (Masson).

Les érythrémies de l'altitude. Leurs rapports avec la maladie de Vaquez, par le D[r] Carlos Monge. 136 p. : 22 fr. (Masson).

La médecine dans les missions. Conférences données à l'Institut catholique de Paris. 1928-1929, 256 p. : 14 fr. (Bloud).

Nouveau traité de pathologie interne. Tome III. Fasc. I. **Maladie du cœur et des vaisseaux**, par Ch. Laubry. 1 vol. : 280 fr. (Doin).

La septicémie bucco-dentaire. Son rôle et son importance en pathologie, par P. Fargin-Fayolle et Thibault. 124 p., 116 fig. : 18 fr. (Doin).

Les délirants, par R. Mallet. 106 p. : 12 fr. (Doin).

Traitement des colibacilloses urinaires. 136 p., 1 pl. : 22 fr. (Doin).

Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (Etude clinique, radiologique et thérapeutique, estomac, duodénum, vésicule), par R. A. Gutmann. 2 vol. 1140 p., 198 fig., 344 radiogr. : 200 fr. (Doin).

Collection Guillaume Budé : Horace : Odes et épodes, trad. de F. Villeneuve : 35 fr. — Tertullien : Apologétique, trad. de Waltzing et Severyns : 20 fr. — Ciceron : Discours, t. VII : 20 fr. — Guide illustré des campagnes de César en Gaule, par L. A. Constans : 15 fr. — Œuvres choisies de P. B. Shelley, tome I., trad. de M. Catelain : 20 fr. — Platon : Le Banquet, trad. de L. Robin : 25 fr.

Collection des médecins bibliophiles (Troisième série).

Parus.

Léon Bloy : *Le Révélateur du Globe.* (Christophe Colomb). Préface de Barbey d'Aurevilly, 3 volumes. Accompagné de portraits, de fac-similés et d'une carte : 150 fr.

André Gide : *Les poésies d'André Walter avec une suite inédite.* Suivies de la reproduction, en fac-similés du manuscrit de l'édition originale, montée sur onglets, accompagnée d'un portrait de l'auteur : 95 fr.

Henri de la Touche : *Fragoletta.* (Paris et Naples en 1799). Accompagné d'un portrait et d'un fac-similé : 85 fr.

Paraitront de janvier a mars 1930

Joubert : *Pensées.* Précédées d'une étude et de notes de Victor Giraud et accompagné d'un portrait et d'un fac-similé : 75 fr.

Jean Paulhan : *La terreur dans les lettres* (inédit). Accompagné d'un fac-similé et d'un portrait : 75 fr.

Paul Valéry : *Rhumbs.* Edition augmentée d'un portrait et d'un fac-similé : 75 fr.

Les Œuvres représentatives. 41, rue de Vaugirard, Paris VI[e]. Tél. Danton 74-97.

NOUVELLES

Assistance publique. — *Mutations dans le personnel médical des hôpitaux (médecins, accoucheurs et électro-radiologistes) à la date du 25 décembre 1929.* — I. *Médecins* (3 vacances) : 1° à St-Louis (Dr J. RENAULT, limite d'âge), M. le Dr BABONNEIX, de la Charité ; à la Charité, M. le Dr ABRAMI, de l'hôpital Ambroise-Paré ; à l'hôpital Ambroise-Paré, M. le Dr RICHET, de l'hôpital Necker ; à Necker, M. le Dr HEUYER, de Tenon ; à Tenon, M. le Dr AMEUILLE, de Debrousse ; à Debrousse, M. le Dr ROUILLARD, de l'hospice de Bicêtre ; à Bicêtre (tuberculeux), M. le Dr DONZELOT, titularisé.

2° à Beaujon (service de M. le professeur ACHARD, nommé professeur de clinique de l'hôpital Cochin), M. le Dr HARVIER, de Beaujon ; à Beaujon (service Harvier), M. le Dr FAROY, de l'hôpital Andral ; à Andral, M. le Dr BÉNARD, de l'hospice d'Ivry ; à Ivry (tuberculeux), M. le Dr CAIN, titularisé.

3° à Necker (Dr Sicard, décédé), M. le Dr VILLARET, de St-Antoine ; à St-Antoine, M. le Dr CABROL, de l'hospice d'Ivry ; à Ivry, M. le Dr GAUTIER, titularisé.

Mutations intérieures. — MM. les Drs WEILL (P.-E.) et BRULÉ, médecins de l'hôpital Tenon, échangent leurs services.

Accoucheurs (2 vacances) : 1° à l'Hôtel-Dieu (Dr MACÉ, limite d'âge), M. le Dr CHIRIÉ, de Tenon ; à Tenon, M. le Dr ECALLE, titularisé.

2° à Beaujon (Dr FUNCK, limite d'âge), M. le Dr LEVANT, de la Charité ; à la Charité, M. le D VIGNES, titularisé.

Electro radiologistes (1 vacance) : à Broussais (Dr BONNIOT, en disponibilité) M. le Dr COTTENOT, de l'hospice des Enfants-Assistés ; aux Enfants-Assistés, M. le Dr GÉRARD, de Bicêtre ; à Bicêtre, M. le Dr DARIAUX, titularisé.

Les mutations des chirurgiens chefs de service seront publiées ultérieurement.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 17 décembre. — M. WARTER. Etude des polynévrites gravidiques. — M. AURIOL. Etude de la cyto-stéato-nécrose du tissu celluloadipeux. — M. IWENICKI. Les hémorragies utérines de la puberté. — Mlle MENCHIKOFF. Etude de la stérilité tubaire. — Mme VILHES. Contribution à l'étude du genu valgum. — M. BOTREL. Organisation du traitement des malades indigents aux stations thermales.

18 décembre. — M. AUTISSIER. Recto-colites hémorragiques et purulentes. — M. ROSENFELD. L'étude des maladies du col vésical. — M. DESBIEZ. Les rayons ultra-violets en oto-rhino-laryngologie. M. MARIE. L'oléothorax. — Mme BUDU-LORIOT. Action thérapeutique de l'émétine dans les abcès pulmonaires. — M. SCHAJI HAUSLER. L'oblitération et le rétrécissement du canal sous aortique. — M. LEROY. L'ictère grave par septicémie. — M. RONCERAY. Le traitement de l'asthme. — M. PRADEL. Une pouponnière de débiles (Fondation Blum).

19 décembre. — M. LE DIEZ. Etude de la phrénicotomie dans le traitement de la dilatation des bronches. — M. RABOUTET. Les troubles du transit intestinal consécutif à la cholécystectomie. — M. SALDIVAR-ROMAINVILLE. Tumeurs pelviennes (exploration radiologique). — M. GRÉSY. La phase présymptomatique de la paralysie générale. — M. GELLY. Etude du cancer du sillon alvéolo-lingual.

Hôpitaux de Bordeaux. — *Concours de l'externat.* — A la suite de ce concours, ont été nommés externes des hôpitaux : MM. Lemarchand, Bay, Lévêque, Baquet, Brusq, Fourgeau, Mlle Dumclard, MM. Rocher, Tori, Darmaillacq, Dutrenet, Rozier, Kervern, Fauconnier, Merveille, Pontalirant, Dumon, Bemy, Ubertino, Dunau, Larret, Picard, Cornette de Saint-Cyr, Auregan, Aimez, Ferrand, Barraud, Rousset, Arnauld, Delmas-Marsalet, Salon, Georget, Tarel, Mlle Eschauzier, MM. Meynan, Guiraud, Drivet, Lafosse, Jouin, Quéro, Machy, Fagart, Carrère, Lacoste, Laudet, Hirtz, Bécurve, Lataste, Fauret, Deyrie, Suberbielle, Hébraud, Conte, Coyault, Sarrat, Pascaud, Giraud, Biès, Doublet, Michel, Piriou, Lugardon, Lafontaine, Cabannes, Grenet, Tuquet, Deprecq.

Concours de l'internat en pharmacie. — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Noinski, Demenier, Bruneteau, Mlles Queret, Lassagne, M. Fillol.

Internes provisoires : Mlles Chassaing et Nolibois.

Externat. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, sont nommés externes dans l'ordre suivant : MM. Israël, 61 1/2 ; Rabati ; Mlle Lyon, 60 1/2.

MM. Esquirol, Abraza, Grossiord, Klotz, 58 ; Nguyon van Nguyon, 57 3/4 ; Mlle Fauvert ; MM. Bour, Benassy ; Mlle Huguet, 57 1/2 ; M. Morin, 57 ; Mlle Paley, 56 1/4 ; MM. Coldefy, 56 ; Hertz, Leconte, Catinat, 55 1/2 ; Mlle Thierry ; MM. Feuillet, Thorel, 55.

MM. Gruner, 54 3/4 ; Fournée, Gillet (Germain) : Mlle Helman ; MM. Baudouin, Lesobre, 54 1/2 ; Bouteille, Rossignol (Lucien), Rambert, Epelbaum, Graciansky, 54 ; Nguyen van Nha, Pelher (Georges), Tricault, Rendu, Pasqualin ; Mlle Ternois, 53 1/2 ; MM. Champault, 53 1/4 ; Giraudoux, David, 53 ; Rudaux, 52 3/4 ; Nègre ; Mlles Malan, Ciosi ; MM. Gahinet, Boelle ; Mlle Courrier ; MM. Aschkenasy, 52 1/4 ; Mlle Puisais ; MM. Cailleret, Zeller, Nico ; Braïlowski ; Mlle Rouard ; M. Azoulay ; Mlle Ferrieu ; MM. Grèze, Corcos ; Mlle Reboul ; M. Scemania, 52 ; MM. Pertus, Offret, 51 1/3 ; Neveu, Champsaur, Tissier, Brochard, Drain, Moulle, Gaumé, Hanoun, Picquart, Braunberger, 51 1/2 ; Tallet, Maynadier, Marchak, Rozée-Belle-Isle, 51 ; Pimpaneau, Soudée, Lejeune, Drizard, Pouliquen, Boissonnat, de Lavedan de Casauban, Olivier, Mazingarbe, Gross, 50 1/2 ; Martel, Bourgin, Claisse, Chautemps, Picart ; Mlle Abadi ; MM. Aboulker, Kamoun, Varin, Thieffry, Weill dit Weill-Wall, Wolinitz, 50.

MM. Gossart, 49 3/4 : Schwartzenberg, Cosset ; Mlle Coste ; MM. Canet, Gaquière, Limasset, Le Roy, Boudon, Flori, Saïe ; Mlle Morel, 49 1/2 ; MM. Aubert, Inbona, Opin, Arnous ; Mlles Dessallais, Riche ; M. Villaret : Mlle Lesourt ; MM. Bret, Mathey, Merlin, de la Lande de Vallière, Gerbeoux, Sarradin, Mallet, Vignalou, 49 ; Roy, 48 3/4 : Lapeyre, Belev, Schmid, Bornet, Deséglise, Sicard, Allos ; Mlle Simon ; M. Bronstein ; Mlle Jomier ; MM. Masse, Bardery, Bardet, 48 1/2 ; Horeau 48 1/4 ; Benoit, Longuet, Prévost, de Chabert, Le Picard, Fouteneau, Bercovici, Molinéry, Peretz, Hanaut, Ledoux-Lebard, 48 ; Mlle Ledan ; MM. Maurage, 47 3/4 ; de Rollat, Bakulin, Hébert, Jarriault, Szavare, Calvet, Bricege, Thévenin, Laporte, Krakowski, Phan van Chanh, Simonin, Guérin, Delord, Neyraud, Nabert, Boussard, Bourée, Mlle Ladet ; MM. Pauchard, Sulem, 47 1/2 ; Nguyen Haï, Mallet, Simon, Avenard, Lemmet, Demange, Ribert, Touzard, Botreau-Roussel, Angelici, Tran van Con, Menetrier, Forget, Siguier, Paillas ; Mlle Griboval ; MM. Delzant, 47 ; Kanner, Fayance, Arloing ; Mlle Renier ; MM. Dubarry, Bonnet, Gillet, Steuerman, Raison, Moro ; Mlle Jesensky de Nagy ; MM. Jacquot, Lacheny, Nitti ; Mlle Jakovler ; MM. Morhange, Simart, Kahen, de Maulmont, Lagaillarde, 46 1/2 ; Faugère ; Mlle Roule ; MM. Roux-Naud, Debroise, Husset, Schwartz, Gouget, Evrard ; Mlles Marcelot, Hannes ; MM. Desseigne, Rabaut, Goby, Jacquet, Deuquet, Raphael, Taurel ; Mlle Levaillant ; MM. Castany, Tissandie, Gautreau, Poucet, Meurin, Corrèze, Tissot, 46.

MM. Cadet de Gassicourt, Mouchotte, 44 3/4 ; Hecht ; Mlle Dumaus ; MM. Gisselbrecht, Lafourcade, Rouyer, El-Khaïm, Brumpt, Iglesias, Baloche ; Mlles Harisne, Cazes ; MM. Belletoille, Courchinoux, Lemonnier, Deramont, Derieux, Jancovici, Fordet, Astor, Beauchef, Laurian, Dehouve, Sacquepée, Batail, Fauvet, Mlle Pétroff, 45 1/2 : MM. Rouyer, 45 1/4 ; Thouret, Ollivier-Palliod, Cuzin, Sexe ; Mlle Merlier ; M. Quentin ; Mme Perles, née Levivaille ; MM. Blanc, Echegut, Calmanas ; Mlle Tanzy ; M. Guttières ; Mlles Chessebeuf, Paillé ; MM. Steinberg, Le Duc, Goujard, Copreaux, Zeiler, Gratier, Genevrier ; Mlle Cauchy : MM. Bouvrain, Dupuy, 45.

MM. Duriez, Gossart, Audebert, Galimard, Schatz Brami, Greif, Larabi, Mohamed, Georget, Gordet, Audouard, Chauvillon, Lebel, Liber, Fargette, Roteinstein, Oger, Loiseau, Salmona, Burel, Mendelsohn, Viala, Rabourdin, Puybaret, 44 1/2 ; Pradaude, Capmar, Vincent, Gélas, Pierra, Gaillard, Boulard ; Mlles Gottlieb, Poidevin ; MM. Defrançois, Danard, Martini, Hallé ; Mlle Olivier ; MM. Cahuet, Trouvé, 44.

Société de thérapeutique. — Conférence de M. le Professeur GOUGEROT, sur l'iode et les iodures dans le traitement de la syphilis, à la séance du mercredi 8 janvier. Faculté de médecine, salle Pasteur, 5 heures.

Hospice national des Quinze Vingts. — *Concours pour cinq emplois d'aide de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.* — Ce concours sera ouvert le lundi 6 janvier 1930, à huit heures et demie du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les candidats sont admis à se faire inscrire au Secrétariat de la clinique de l'Hospice national des Quinze-Vingts, rue Moreau, n° 13, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures jusqu'au 23 décembre 1929 inclus.

Un concours pour un emploi de chef de clinique sera ouvert le lundi 20 janvier 1930, à huit heures et demie du matin, rue Moreau n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au Secrétariat de la clinique de l'Hospice national des Quinze-Vingts, rue Moreau, n° 13, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures, jusqu'au 6 janvier 1930 inclus.

Lyon. — Le concours ouvert le 2 décembre, pour la nomination d'un médecin des hôpitaux, s'est terminé par la désignation de M. le docteur Barbier.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. (*Hôpital Laennec*). — *Service d'oto rhino-laryngologie.* — Le docteur Henri BOURGEOIS, chef du service oto-rhino-laryngologique et le docteur Maurice BOUCHET, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux commenceront le lundi 13 janvier 1930 une série de 15 leçons sur la séméiologie des maladies de l'oreille.

Le cours aura lieu les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 10 heures et comprendra : 1° une consultation expliquée avec examen de malades et pratique de technique spéciale ; 2° une leçon conçue dans un sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire au service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laënnec, auprès de M. HUET, assistant du service. Droit d'inscription : 150 francs.

Médaille offerte au docteur Louis Funck-Brentano. — Les élèves et les amis du docteur Louis Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux, à l'occasion de son départ de l'hôpital Beaujon, ont l'intention de lui offrir une médaille souvenir dont l'exécution a été confiée à M. Charles Pillet, grand prix de Rome, médaille d'honneur du Salon des artistes français.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Adresser les souscriptions à MM. Vigot frères, éditeurs, 23 rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. (Chèque postal, Paris 237-73.)

La souscription sera close le 15 janvier 1930.

Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de la Région de Paris. — En outre des conférences qui seront faites dans les quatre écoles (médecins, pharmaciens, dentistes et officiers d'administration) trois exercices pratiques prévus au programme d'instruction de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé de la Région de Paris seront exécutés au cours du 1er trimestre 1930, dans les conditions suivantes :

Exercices pratiques d'intérêt général communs aux quatre écoles annexes au grand Amphithéâtre de la Sorbonne, 47, rue des Ecoles : Dimanche 19 janvier 1930, à 9 h. 30 : Le groupement d'ambulance de corps d'armée dans une offensive. Installation. Choix de l'emplacement, par le médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER, de l'Ecole supérieure de guerre. — Dimanche 16 février 1930, à 9 h. 30 : Déplacement du groupement d'ambulances de Corps d'armée, par le médecin lieutenant-colonel SEHICKELÉ, de la Section technique du Service de santé au Ministère de la guerre. — Dimanche 16 mars 1930, à 9 h. 30 : Evacuation de l'avant par avions sanitaires dans la guerre de mouvement sur les fronts européens, par le médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER, de l'Ecole supérieure de guerre.

Trois autres exercices pratiques d'intérêt général faits à la Sorbonne, et deux exercices pratiques faits à l'intérieur de chaque école, auront lieu également dans le courant du 1er semestre 1930.

Leurs sujets ainsi que leurs dates seront communiqués ultérieurement.

Société d'hydrologie médicale. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie médicale de Paris aura lieu, comme d'habitude, dans le courant de mars. La discussion portera, cette année, sur le sujet suivant : « Système nerveux végétatif et cures thermales. » Les médecins désireux, soit de fournir des documents aux rapporteurs, soit de prendre part à la discussion, sont dès à présent priés de se mettre en rapport avec le Dr J. Galup, 59, rue Bonaparte, Paris VIe, chargé de l'organisation de la séance. Le plus large appel est fait à tous, pour que la question soit traitée avec le plus d'ampleur possible.

Hôpitaux d'Orléans. — Le concours pour la nomination de trois chirurgiens adjoints des hôpitaux d'Orléans qui a eu lieu à l'Ecole de médecine de Tours s'est terminé par la nomination de MM. Chevrau, Lheureux et Lepage.

Le concours d'électro-radiologiste des hôpitaux d'Orléans s'est terminé par la nomination de M. Darcier.

Faculté de Toulouse. — M. Marie, ancien professeur de physique biologique et médicale à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur honoraire.

Faculté de Montpellier. — M. Georges Fayot, Interne des hôpitaux, a été nommé chef de clinique gynécologique.

Faculté libre de médecine de Lille. — Le concours d'adjuvat s'est terminé par la nomination de M. Leblond.

Concours de l'Internat. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Callens et de Mlle Senellart comme internes titulaires et M. Cordonnier comme interne provisoire ; MM. Lefebvre et Druelle rempliront les fonctions d'internes.

Concours de l'externat. — Sont nommés externes : MM. Leblond, Playoust, Langrand, Delaunay, Mlle Marieu, MM. Jacquemart, David, Deshorger.

Ecole de Médecine d'Angers. — A la suite du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur H. Fruchaud a été nommé professeur suppléant des chaires l'anatomie et de physiologie pour une période de neuf ans à dater du 1er novembre 1929.

Corps de santé militaire des troupes coloniales. — Le médecin général Sorel, membre du comité consultatif de santé, est désigné pour servir hors cadres en Afrique occidentale française dans les fonctions d'inspecteur général des services sanitaires et médicaux, et pour assurer l'inspection mobile des services d'hygiène, médecine sociale et assurance.

Concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon en 1930. — Un concours sera ouvert le 1er juillet 1930, à 9 heures, pour l'emploi d'élève de l'Ecole de service de santé militaire.

Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1930 est fixé comme suit :

A. — *Section métropolitaine.*

A 65 pour les étudiants en médecine (y compris les candidats (P. C. N) ; à 3 pour les étudiants en pharmacie,

B. — *Section médecine, troupes coloniales.*

A 20 pour les étudiants en médecine (y compris les candidats P.C.N.)

Les assurances sociales. — Le groupe médical de la Chambre a tenu jeudi une réunion à l'issue de laquelle il a fait distribuer le communiqué suivant :

« Le groupe médical de la Chambre s'est réuni sous la présidence du docteur Gardiol. Le docteur Cibrie, secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux, a fait le point des assurances sociales et il résulte de cette réunion que le conflit entre les médecins et le Parlement est en bonne voie de résolution ».

Service de santé militaire. — Médecins commandants : Bonnenfant (P.-J.-A.), du 27e R.T.A., est affecté au Maroc, centre de réforme de Casablanca. — M. Gillain (F.R.A.), du 110e R. I. à Dunkerque, est affecté au 65e R.I., à Nantes. — Chaisemartin (J.-B.-G.), de l'E.A. A. de Fontainebleau, est affecté à l'E.S.E.P. de Joinville.

Médecins capitaines : Lemaire (A.-E.-H.), médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, médecin adjoint à l'E. S.S. M., à Lyon, est affecté à l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles. — Le Cars (Y.-M. J.), de la 10e C A. du Train à Rennes, est affecté au 41e R.I., à Rennes. — Geay (M.-J.-C.), du C.I.P. de Royan, est affecté au 19e C. A. — Ayme (J.-M.), du 12e R. A., à Reims, est affecté aux Troupes de Tunisie. — Duthu (P.-J.), de la 2e C.A. du Train, à Amiens, est affecté aux Troupes du Maroc.

Lyon. — L'Académie des sciences morales et politiques a élu samedi correspondant, à l'unanimité, M. Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, membre associé national de l'Académie de médecine.

Nécrologie. — Dr Paul REGNAULT, ancien médecin inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault, décédé dans sa 8.e année. — Dr Armand GILLOT, décédé au Cannet (Alpes-Maritimes), à l'âge de 37 ans. — Dr Pierre GELEZ (de Juvisy). — Dr Jean-Henri DUMONT, de Levallois-Perret, décédé à l'âge de 57 ans. — Dr BOBO, ancien président de la République d'Haïti, décédé à Paris. — Dr Jeanne DESGREZ, fille de M. le professeur Desgrez.



CLINIQUE MÉDICALE

Goître exophtalmique

(*Maladie de Basedow*).

Par Louis RAMOND

Historique

PARRY, un Anglais, a signalé le premier, en 1825, la coexistence de palpitations et d'exophtalmie avec une hypertrophie thyroïdienne. Ce syndrome avait été observé, cependant, avant lui par SAINT-YVES (1722) et FLAJANI (1800).

Un autre auteur Anglais, GRAVES, donne en 1835 une bonne description de cette association morbide, mais il ne la publie qu'en 1844. Entre temps, en 1840, BASEDOW, en Allemagne, en fait le sujet d'une étude détaillée.

Tout ceci justifie les appellations diverses de : MALADIE DE BASEDOW, MALADIE DE GRAVES, MALADIE DE FLAJANI, sous lesquelles, en France, en Angleterre, en Italie, on désigne le GOITRE EXOPHTALMIQUE.

Le premier travail français sur cette affection est de CHARCOT. TROUSSEAU en donne dans ses Cliniques une description classique. En 1883, CHARCOT et PIERRE MARIE ajoutent le tremblement à la triade symptomatique primitive.

BALLET, JOFFROY, RENDU... et les contemporains s'attachent à la description des très nombreux symptômes accessoires et des formes frustes de la maladie.

Enfin, les travaux modernes ont porté surtout sur la pathogénie et le traitement de ce type nosologique, ainsi que sur l'état de la nutrition et les troubles de l'état général présentés par les malades. J'aurai l'occasion de vous citer les noms de leurs auteurs, au cours de cette conférence où nous allons étudier le goitre exophtalmique à propos d'une de nos malades.

Définition.

Le goitre exophtalmique ou maladie de Basedow est *un syndrome* caractérisé par les *quatre symptômes fondamentaux* : 1° une *hypertrophie du corps thyroïde* ou *goitre* ; 2° de *l'exophtalmie* ; 3° de *la tachycardie* ; 4° du *tremblement*.

A cette *tétrade* classique il faudrait ajouter, d'après MARCEL LABBÉ, l'*augmentation du métabolisme basal*, signe nouveau mis en évidence d'abord par MAGNUS LÉVY, puis étudié par BOOTHLY, MEANS, PLUMMER, etc., et qui serait, pour ces auteurs, pour VON NOORDEN, MARCEL LABBÉ et bien d'autres, le symptôme cardinal et constant de la maladie de Basedow.

A tous ces signes capitaux s'ajoutent en quantités variables de nombreux *symptômes accessoires*, en particulier des modifications du psychisme (SAINTON).

Etiologie.

A. — CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Un certain nombre de facteurs étiologiques semblent prédisposer au goitre exophtalmique.

1° LE SEXE, d'abord, car cette maladie est plus fréquente *chez la femme* que chez l'homme. Cependant, les hommes peuvent être atteints, quoique plus rarement : dans 20 % des cas.

2° L'AGE *moyen* de la vie est celui de la plupart des sujets frappés, un peu plus tard pour le sexe masculin que pour le sexe féminin.

Mais la maladie de Basedow peut se voir chez des enfants, surtout entre 8 et 15 ans (le plus jeune sujet observé avait 2 ans 1/2). ZUBER a rapporté 45 cas de forme infantile de goitre exophtalmique ; on y retrouve la prédisposition pour le sexe féminin, la majorité en étant constituée par des filles.

3° L'HÉRÉDITÉ *similaire* s'est vue. On a publié des observations dans lesquelles mère et fille, plusieurs enfants d'une même famille étaient atteints de goitre exophtalmique. C'est plutôt rare.

Ce qu'on retrouve assez souvent, d'après SAINTON, ce serait une *hérédité goitreuse directe* (père et mère), *collatérale* ou *ancestrale*.

L'*hérédité névropathique* est très fréquente.

B. — CAUSES OCCASIONNELLES.

I. — Le goitre exophtalmique se développe quelquefois brusquement *après des émotions, des traumatismes*.

Il apparaît aussi après une *opothérapie thyroïdienne* à doses trop fortes ou trop longtemps prolongées, ou encore à doses normales, mais chez un sujet sensible aux extraits thyroïdiens.

On le voit survenir *après des maladies infectieuses aiguës*, comme la scarlatine, la grippe, la fièvre typhoïde, la diphtérie, surtout le rhumatisme articulaire aigu, sur l'importance duquel ont insisté SOUQUES et l'École lyonnaise, MOURIQUAND spécialement ;

Ou *au cours d'infections chroniques* telles que la tuberculose et la syphilis.

Quand la maladie de Basedow vient compliquer un *goitre préexistant* (*goitre basedowifié*), ce peut être spontanément, mais c'est souvent après un traitement trop intensif du goitre par l'iode : c'est l'*iodobasedow* de KOCHER.

II. — Bien souvent, il faut l'avouer, on ne trouve pas de cause occasionnelle au goitre exophtalmique, qu'il soit primitif ou secondaire à un goitre.

Symptômes.

1° DÉBUT

Le début de la maladie est suivant les cas : a) *brusque*, ou b) *lent et progressif*.

a) Chez notre malade, une jeune femme de chambre de 26 ans, sans aucun antécédent héréditaire goitreux ou nerveux, il a été BRUSQUE.

C'était en 1918, lors du bombardement de Paris par la « Grosse Bertha ». Un obus vint à éclater tout près de son domicile. Elle en ressentit une telle émotion que, sur-le-champ, se déclancha une *tachycardie* intense, qui ne s'est jamais calmée depuis huit ans.

Un an plus tard, en 1919, le *corps thyroïde* se mit à *augmenter de volume*, et, quelques mois après, l'*exophtalmie* puis le *tremblement* firent leur apparition.

Ce début brusque n'est pas habituel ; il est, pourtant, encore assez fréquent. Comme chez notre malade, c'est en général, une *émotion* qui le fait apparaître. En voici quelques exemples :

M. ACHARD cite un analogue au nôtre, celui d'une femme habitant une localité du Nord exposée au tir de l'artillerie allemande et qui fut atteinte de maladie de Basedow immédiatement après un violent bombardement.

Le même auteur rapporte l'histoire d'une femme enceinte de 6 mois qui, se trouvant devant sa fenêtre pendant un gros orage, fut renversée par un coup de foudre, blessée à la jambe, et qui avorta le lendemain. Or, dans les jours qui suivirent, apparurent de la nervosité, des palpitations, de l'exophtalmie, un goitre.

Un malade de DEBOVE, tombe dans le port de Marseille — ceci n'est pas une galéjade ! — il croit se noyer ; il a un goitre exophtalmique constitué et complet quand on le sort de l'eau.

CLÉRET, dans sa thèse, parle d'une femme de 50 ans, névropathe, dans les bras de laquelle son mari meurt subitement en remplissant ses devoirs conjugaux ; le lendemain elle avait une maladie de Basedow.

b) D'habitude le début du goitre exophtalmique est plutôt LENT et PROGRESSIF et il est marqué par un ensemble de *troubles* :

a) Psychiques : changement de caractère, irritabilité ;

b) Cardiaques : palpitations, crises transitoires de tachycardie ;

c) Vaso-moteurs : bouffées congestives de la face ;

d) Génitaux : dysménorrhée ou aménorrhée ;

e) Généraux : amaigrissment sans cause.

Troubles auxquels succèdent progressivement les symptômes cardinaux.

2° PÉRIODE D'ÉTAT

A. — **Symptômes cardinaux.**

Ces symptômes cardinaux de la période d'état constituent *la tétrade* classique de la maladie de Basedow : 1° *le goitre* ; 2° *l'exophtalmie* ; 3° *la tachycardie* ; 4° *le tremblement*.

Elle était au complet chez notre jeune femme de chambre.

1° L'EXOPHTALMIE. — Son exophtalmie frappait tout d'abord, car elle donnait à son visage, suivant la règle, *une expression particulière* : un « air sauvage » (TROUSSEAU), une « expression de colère figée » (POTAIN).

Ses *yeux* étaient *brillants*, et elle avait le « regard tragique » des classiques.

En l'observant un instant, on voyait que le *clignement oculaire* était *rare* chez elle.

Mais ce qui était surtout remarquable, c'était de voir ses *yeux exorbités*.

Chez elle, la protrusion oculaire était moyenne.

Quand elle est plus légère, les malades ont l'air d'avoir seulement de « grands yeux ».

Quand elle est très marquée, au contraire, les yeux sont véritablement « hors de la tête », et font une saillie en avant parfois si considérable qu'elle peut aller jusqu'à la luxation des globes oculaires hors des paupières au point de permettre quelquefois de voir les insertions antérieures des muscles droits de l'œil ainsi que la très riche vascularisation qui existe à ce niveau (TROUSSEAU).

De toutes façons, l'*exophtalmie basedowienne* est *toujours réductible*, contrairement à celle qui succède aux tumeurs de l'orbite.

Comme c'est habituel, ici l'*exophtalmie* était *bilatérale* et *symétrique*. Dans certains cas, cependant, il y a prédominance, habituellement légère, mais parfois très accentuée (c'est rare), de l'exophtalmie d'un côté. M. ACHARD en a publié un cas. J'en ai vu personnellement un autre, et j'ai pu me rendre compte que l'exophtalmie à prédominance unilatérale constitue un inconvénient particulièrement désagréable, car il accentue la difformité du visage.

Un autre caractère de l'exophtalmie de notre malade — comme de tous les basedowiens — était d'être *variable* d'un jour à l'autre sous des influences diverses : les émotions, les périodes menstruelles.

Suivant la règle, il n'y avait aucun trouble de la vue.

2° GOITRE. — Cette femme avait la face antérieure du cou au-dessous du larynx déformée et élargie par une tumeur appréciable à la vue et au palper, médiane avec des prolongements latéraux, qui suivait le larynx dans ses mouvements d'ascension au moment de la déglutition, et appartenait manifestement au corps thyroïde.

Ce goitre — pour lui donner son nom — était *peu marqué*. A vrai dire, il s'agissait plutôt d'*hypertrophie thyroïdienne* que de tumeur vraie. Et c'est ainsi dans la majorité des goitres exophtalmiques.

De même, la règle est que l'hypertrophie thyroïdienne ne porte pas sur la totalité de la glande, mais *prédomine* le plus souvent *sur un lobe, le droit* en général. Et c'était le cas chez cette jeune fille.

Au palper, son goitre avait une *consistance molle* assez élastique. Cela se voit communément.

Il y a des goitres qui sont cependant *fermes* — les goitres fibreux de la syphilis tertiaire, par exemple (SAINTON) — ; d'autres même qui sont *durs* comme de la pierre : les goitres calcifiés.

Le goitre de notre malade était surtout très *vasculaire*. A son niveau, la main percevait des battements synchrones au pouls radial, un frémissement systolique et même une expansion systolique de la glande thyroïde ; l'oreille entendait avec le stéthoscope un souffle continu très intense à renforcement systolique se propageant vers le bas et perceptible jusqu'au niveau du milieu du sternum.

Il est fréquent que les goitres exophtalmiques soient ainsi vasculaires, de même qu'il leur arrive assez souvent de changer de volume, ainsi que le faisait celui de notre malade parfois à de courts intervalles, disait-elle.

Ces *variations de volume* du corps thyroïde se produisent souvent après des fatigues, des émotions, ou à l'occasion des règles, d'une grossesse. Une malade d'ACHARD disait pittoresquement en parlant des variations de son goitre qui gonflait et dégonflait en peu de temps : « J'ai le cou en caoutchouc ».

Les goitres de la maladie de Basedow *ne donnent pas de troubles fonctionnels*, pas de troubles de la voix par compression du récurrent (ou seulement d'une façon exceptionnelle). Notre femme n'était en rien gênée par son hypertrophie thyroïdienne.

Je vous signale, en passant, que certains *goitres plongeants*, qui pénètrent dans le thorax et qui peuvent entraîner par compression des organes du médiastin des troubles respiratoires tels que de la suffocation, de la cyanose, de l'asphyxie, peuvent être des goitres exophtalmiques.

Quelquefois, on trouve dans la maladie de Basedow certains *troubles objectifs de la sensibilité au niveau du goitre* :

a) De *l'hyperesthésie cutanée* au devant de lui, signalée par LIAN ;

b) De *la douleur à la pression* du goitre, décrite par SUTLER.

Ces troubles faisaient défaut dans notre cas.

3° LA TACHYCARDIE. — La tachycardie y avait été précoce : le premier symptôme en date.

Et cela ne doit pas nous surprendre puisque la tachycardie constitue le *signe fonctionnel le plus constant, le signe principal* de la maladie de Basedow, celui qui amène le plus souvent les malades à consulter.

Comme ici, la tachycardie basedowienne s'extériorise, en effet, fréquemment par des *troubles subjectifs* : des *palpitations douloureuses* survenant par crises souvent accompagnées d'angoisses.

Ces *crises de tachycardie avec palpitations* surviennent spontanément dans certains cas ; elles sont généralement provoquées par des efforts, des marches, des émotions.

La tachycardie du goitre exophtalmique peut être *intermittente*. Elle est d'habitude *permanente* comme celle de notre sujet.

Son pouls battait à 124 par minute, régulièrement.

L'*accélération du pouls* varie, du reste, suivant les malades : de 90 à 130, 140, 180 par minute.

Outre sa rapidité, le pouls des basedowiens est *petit, instable, régulier* en général — comme dans notre cas — quelquefois *irrégulier*.

L'étude graphique montre que cette *tachycardie est normotope, sinusale*, l'incitation motrice partant du nœud sino-auriculaire. Elle est très rarement hétérotope comme dans la tachycardie paroxystique de BOUVERET où l'incitation motrice naît au-dessous du nœud sino-auriculaire.

La pression artérielle de notre femme était à peu près normale, avec une pression maxima néanmoins un peu forte : 15 × 8 au Vaquez.

En général, d'après PIERRE MARIE, FRANÇOIS FRANCK, GALLAVARDIN et LIAN, la pression artérielle dans la maladie de Basedow est *ordinairement augmentée*, mais *légèrement* : Mx est au plus : 20, et Mn au plus : 11.

L'examen du cœur au cours du goitre exophtalmique montre d'habitude — outre la tachycardie — : 1° *de l'éréthisme cardiaque*, avec un choc apexien énergique ; 2° une *augmentation* - souvent extrêmement légère ou nulle — *de la matité précordiale* : 3° *des souffles* perçus à la base ou à la pointe, qui sont, d'après BARRÉ, des souffles extra-cardiaques, ou bien des souffles d'insuffisance fonctionnelle des valvules mitrale ou tricuspidienne, ou encore des souffles organiques en rapport

avec une atteinte endocarditique, séquelle d'une crise rhumatismale antérieure.

Nous trouvions exactement tous ces signes cardiaques chez notre malade, et même un souffle systolique de la base à la partie interne du deuxième espace intercostal droit, qui ne nous a pas paru en rapport avec le cœur ou les vaisseaux et que nous avons interprété comme la propagation inférieure du souffle systolique entendu au niveau du goitre.

L'éréthisme cardiaque se transmet dans la maladie de Basedow aux *artères carotides* dont les *battements* deviennent tellement *intenses* qu'ils donnent lieu à une véritable *danse des artères du cou*. Au palper, on sent les artères battre violemment sous les doigts, et on y perçoit un thrill systolique. Au stéthoscope, on y entend un souffle rude systolique.

L'*éréthisme carotidien* entraîne assez fréquemment la production du *signe de Musset* — secousses rythmées de la tête à chaque systole cardiaque — qu'il y ait ou non des lésions des valvules sigmoïdes aortiques (Zeitner et Belucci).

Quelquefois l'*éréthisme vasculaire* existe également *aux membres supérieurs* au niveau desquels les artères humérales battent fortement.

En tout cas, il faut souligner l'*important contraste* — déjà signalé par Graves et Basedow — qui existe *entre l'état de la circulation au niveau du cœur et des vaisseaux artériels d'origine* (les carotides spécialement) *et dans les autres artères périphériques* (aorte abdominale, membres inférieurs...) où il n'y a pas de battements et où la tension artérille est normale, sinon parfois abaissée.

Ces diverses manifestations étaient des plus nettes chez la jeune femme de chambre qu'il nous était donné d'observer.

4° Tremblement. — Le tremblement — *signe de Charcot-Marie* — constitue le dernier élément de la tétrade du goitre exophtalmique. Il était dans le cas présent très accentué.

C'est ordinairement un *tremblement généralisé* à tout le corps *avec prédominance aux mains*. On le sent en apposant ses mains sur la tête du malade, sur ses épaules. Il se manifeste aux membres inférieurs par des mouvements de pédale quand, le malade étant assis, on lui demande de ne poser ses pieds à terre que par leur pointe.

Bien souvent il est *partiel*, *localisé aux membres supérieurs* où l'attitude du serment le révèle ; il est dans ce cas de faible intensité.

Ce tremblement *continu*, *menu*, de *petite amplitude*, *vibratoire*, *rapide*, de 8 à 9 oscillations par seconde, rappelle le tremblement alcoolique.

Il est *spontané*, mais aussi intentionnel, et il augmente sous l'influence de la fatigue et des émotions.

Il n'est jamais assez marqué pour constituer une gêne appréciable

Ayant découvert chez cette jeune fille la tétrade de la maladie de Basedow, il devenait indispensable de rechercher chez elle les symptômes accessoires de cette affection.

B. — Symptômes accessoires.

Ces symptômes accessoires sont nombreux. Ils intéressent la plupart des appareils. Ils sont inconstants, mais doivent être bien connus parce qu'ils prennent quelquefois une place importante dans le tableau clinique et peuvent amener un esprit averti à rechercher les signes cardinaux du goitre exophtalmique peu marqués ou passés inaperçus.

Nous allons les passer en revue appareils par appareils.

1° Signes oculaires et oculo-palpébraux. — Je commence par les signes oculaires et oculo-palpébraux en raison de leur fréquence et de leur grand nombre, qui s'expliquent par ce qu'ils sont la conséquence de l'exophtalmie.

a) Troubles de la motricité externe. — Il y a souvent des troubles de la motricité externe.

α) Ainsi, l'*asynergie des mouvements conjugués du globe oculaire et des paupières* — surtout de la paupière supérieure — est fréquente. Cela se traduit par :

1° *Le signe de Stellwag*, qui consiste dans l'*inocclusion de l'œil quand le malade croit l'avoir fermé*. On voit alors l'œil remonter en haut et en dehors comme dans le signe de Charles Bell de la paralysie faciale périphérique. Ce signe de Stellwag est dû à l'élargissement de la fente palpébrale par la protrusion des yeux en dehors et aussi à l'exagération permanente de la contraction de l'élévateur de la paupière supérieure.

Nous retrouvions ce signe chez notre malade, mais non pas les suivants :

2° *Le signe de de Graefe* qui exprime le fait que, *dans le regard en bas*, la *paupière supérieure ne s'abaisse pas aussi vite que le globe oculaire*, ne le suit pas exactement, mais avec un petit retard.

Quand ce signe n'existe pas, on peut parfois le faire apparaître en faisant répéter plusieurs fois de suite le mouvement de regarder en bas : c'est *la manœuvre de Kocher*.

Dans certains cas, la paupière *suit le globe oculaire*, mais *par saccades* (*signe de Boston*) et alors il arrive souvent que, les *paupières fermées*, elles soient *agitées de tremblement* (*signe de Rosenbach*).

3° L'excès de tonus du releveur de la paupière supérieure explique aussi l'*impossibilité de retourner la paupière supérieure* comme pour explorer sa face conjonctivale (*signe de Gifford*).

4° Mais le muscle frontal participe à la synergie des mouvements des paupières et du globe oculaire, aussi, *quand le sujet regarde en l'air, le muscle frontal reste immobile* et ne voit-on pas se former les rides transversales qui barrent habituellement le front à cette occasion (*signe de Joffroy*). En réalité, le plus souvent *le frontal se contracterait* bien, mais *avec un retard de quelques secondes sur la paupière supérieure* (*signe de Sainton*).

β) Bien que les *paralysies oculaires* soient *très rares* au cours du goitre exophtalmique, (Panas en niait l'existence).

Ballet a signalé l'*ophtalmoplégie externe* comme possible,

Et c'est à la *parésie des droits internes* qu'est dû le *signe de Möbius* ou *difficulté et insuffisance de la convergence des deux yeux dans la vision d'un objet rapproché*, comme, par exemple, dans l'acte de regarder le bout de son nez.

γ) Le *nystagmus* est assez rare. Cependant, dans un tiers des cas, il peut être provoqué par es déplacements brusques de l'œil et se produire dans les positions extrêmes du regard.

δ) Des *troubles trophiques* peuvent être secondaires au signe de Stellwag, l'inocclusion des paupières n'assurant plus la protection du globe oculaire. Ils sont assez rares, à part le larmoiement, et consistent en conjonctivite, kératite, ulcération de la cornée, et très exceptionnellement panophtalmie.

b) Les troubles de la musculature interne sont nuls en général.

L'*état de la pupille* est sans valeur. Il varie, du reste, d'un jour à l'autre. Les pupilles sont le plus souvent *normales*, mais il peut y avoir du *myosis*, *de la mydriase*, de *l'anisocorie*.

c) La vue est normale.

d) L'examen ophtalmoscopique montrerait parfois des vaisseaux rétiniens dilatés plus ou moins, avec des artères rét niennes animées de pulsations.

2° Troubles nerveux. — Les troubles du système nerveux ont une très grande importance au cours du goitre exophtalmique. Ils peuvent s'observer dans les différents domaines : psychique, moteur, sensitif, vaso-moteur et trophique.

a) Parmi les troubles moteurs, il en est qui tiennent : α) à *l'excitation* ; β) d'autres *au déficit* des fonctions motrices.

α) Au nombre des premiers, on compte : *les crampes musculaires aux mollets*, *les contractures*, *les accès de tétanie*, *les crises épileptiformes ou choréiformes*.

β) Les seconds, peut-être plus fréquents, comprennent :

1° De *la parésie légère des membres inférieurs*, survenant *par intermittences*, *soudainement*, et donnant lieu à du *dérobement des jambes* ;

2° La *paraplégie basedowienne*, à début brusque, avec conservation des réflexes, absence de troubles de la sensibilité et de troubles sphinctériens

Notre malade avait du dérobement des jambes. Il lui arrivait souvent de tomber, et des ecchymoses assez étendues

aux jambes et aux cuisses en témoignaient lors de notre examen.

b) Les troubles sensitifs sont représentés :

1° Par *des névralgies* : occipitale, cervicale, faciale, intercostale ;

2° Par *des accès de fausse angine de poitrine* ;

3° Par *des sensations paresthésiques* (fourmillements, engourdissements...) *dans les membres*, surtout les inférieurs, seuls troubles sensitifs accusés par notre jeune basedowienne.

c) Les troubles vaso-moteurs et secrétoires sont très fréquents. Nous en trouvions ici la plupart :

1° Des *bouffées de chaleur*, des *rougeurs subites du visage* ;

2° Des *sueurs profuses généralisées* (qui peuvent quelquefois être localisées au cou, au tronc, aux mains ;

3° Des *sensations de chaleur générale du corps*, qui portent cette femme à se découvrir, parce qu'elle a toujours trop chaud (*thermophobie*).

4° De la sudation exagérée de ces malades dépendrait *la diminution de la résistance* qu'ils opposent *au passage des courants galvaniques* (*signe de Vigouroux*). Pour certains, il est vrai, ce signe tiendrait à un état spécial des téguments et des tissus et n'aurait rien à voir avec les sueurs.

d) Les troubles trophiques — qui manquaient totalement dans notre cas — sont de natures diverses :

1° Des *œdèmes chroniques, durs*, analogues au *trophœdème*, gardant mal l'empreinte des doigts, avec derme épaissi ;

2° Ou bien des *œdèmes localisés* et *transitoires* : aux joues, aux paupières, sous l'apparence de l'*œdème de Quincke* ;

3° De *la sclérodermie pseudo-lipomateuse, de l'obésite partielle* ;

4° Du *dermographisme* ou de *l'urticaire* ;

5° Quelquefois du *prurit simple*, au début (1 cas d'Achard) ;

6° Du *vitiligo* ou de *l'hyperchromie* avec *melanodermie addisonnienne*, ou *pigmentation diffuse de la peau des paupières, principalement des paupières supérieures* (*signe de Jellinek*) ;

7° Du *rhumatisme chronique*, avec déformation des doigts, nodosités articulaires, hydarthrose intermittente... ;

8) De *l'atteinte du système pileux* : *pelade* (Sabouraud) ; *dépilation totale* (Sainton) ; *chute du sourcil* (Burney Yes) ; *canitie en plaques* (Sainton).

e) Les troubles psychiques sont très fréquents. Ils consistent en :

α) *Irritabilité du caractère, irascibilité*, tendance à la querelle ;

β) *Hyperémotivité extrême* avec *angoisses* ;

γ) *Instabilité des idées* avec *hyperactivité continuelle, parole courte et saccadée, troubles de la mémoire* ;

δ) *Insomnie* et *cauchemars*.

Tous ces signes sont souvent peu marqués — comme ici — mais ils peuvent s'exagérer par moments sous diverses influences.

ε) Dans certains cas se développent de véritables *psychoses* : soit de l'agitation maniaque, soit de la dépression mélancolique avec obsessions, phobies, impulsions, etc.

3° Troubles digestifs. — Les troubles digestifs sont représentés par :

a) De l'*anorexie* ou de *la boulimie* ;

b) Des *crises gastriques avec vomissements*, à début et à terminaison brusques ;

c) Des *vomissements incoercibles* ;

d) Et surtout des *crises de diarrhée*, dans 30 % des cas d'après Sattler, avec selles liquides, séreuses, profuses, au nombre de 8 à 10 de suite, la crise survenant brusquement et cessant de même spontanément alors qu'elle résiste à tous les traitements. On retrouvait des crises diarrhéiques semblables dans l'histoire de notre malade.

4° Troubles respiratoires. — Les troubles respiratoires sont habituellement de peu d'importance. On a cependant noté dans certains cas :

a) Des *crises de dyspnée paroxystique* ;

b) De *la toux convulsive*, quinteuse, sèche, sans lésions broncho-pulmonaires ;

c) Du *défaut d'ampliation du thorax pendant l'inspiration et de la difficulté des inspirations forcées* (*signe de Bryson*).

5° Troubles génitaux. — Les troubles génitaux tiennent, au contraire, une grande place dans la symptomatologie de la maladie de Basedow, surtout chez la femme.

a) Chez la femme, en effet, *la dysménorrhée, l'aménorrhée avec leucorrhée, le retard de la puberté, la précocité de la ménopause, la frigidité* sont habituels.

La menstruation exagère les troubles de la maladie.

La grossesse fait de même. Pendant toute sa durée tous les symptômes sont plus marqués. Elle se termine souvent par un *avortement* ou un *accouchement prématuré*.

Il est vrai que les symptômes régressent après la délivrance et deviennent bien moins sévères qu'auparavant. On assiste parfois à une véritable guérison.

On a noté encore, mais plus rarement, de l'*atrophie des glandes mammaires*, de l'*infantilisme*.

Notre malade avait été réglée à l'âge de 16 ans (un peu tard, par conséquent). Depuis le début de ses manifestations basedowiennes ses menstruations étaient très irrégulières et souvent absentes pendant plusieurs mois.

b) Chez l'homme, il n'y a le plus souvent aucun trouble génital.

Dans certains cas il existe de l'*impuissance* précédée quelquefois d'une période d'excitation génésique.

6° Troubles urinaires. — Quelques troubles urinaires peuvent s'observer dans le goitre exophtalmique :

a) De la *polyurie transitoire*, assez fréquemment ;

b) De *l'albuminurie* au moment des périodes d'aggravation, et qui disparaît en même temps que la maladie ;

c) De la *glycosurie* :

α) Soit sous forme de *glycosurie simple* à 4 à 5 grammes par litre, intermittente, augmentant ou diminuant avec les signes du goitre exophtalmique ;

β) Soit comme *diabète sous toutes ses formes*, mais, en général, comme *diabète grave avec acidose* (dans un cas de Souques et Marinesco le sucre urinaire atteignait jusqu'à 330 grammes par vingt-quatre heures !)

7° Troubles généraux. — L'état général est souvent touché.

a) *L'amaigrissement* est souvent considérable. Il se produit par accès et se montre sans rapports avec l'alimentation

Il aboutit dans certains cas à une véritable *cachexie basedowienne* (ou *exophtalmique*) en rapport avec l'exagération des combustions présentée par ces sujets (exagération dont la réalité est démontrée par l'augmentation de leur métabolisme basal).

b) *La fièvre* est inconstante.

Quand elle existe, elle paraît indépendante de toute cause définie (Daniel Mollière, Bertoye, de Lyon). Elle prend des types variés : rémittent, intermittent, continu, pseudopalustre, et survient par périodes plus ou moins longues.

Formes cliniques.

Tous les symptômes précédents — dont un grand nombre se retrouvait chez notre jeune femme de chambre — se groupent de façons différentes suivant les circonstances pour constituer des *formes cliniques*

I. — *D'après la marche de la maladie*, on distingue :

1° Des formes lentes chroniques. — Celle de notre malade ;

2° Des formes aigues, dont le début est brutal, paroxystique, avec des symptômes très exagérés et qui semblent mettre la vie du malade en danger, mais qui évoluent le plus souvent ensuite vers la guérison ou la transformation en une forme lente ;

3° Des formes intermittentes, qui procèdent par poussées, et qui sont rares.

II. — *D'après les symptômes*, on considère :

a) *Des formes à prédominance symptomatique* ;
b) *Des formes frustes.*

a) Les formes a prédominance d'un symptome comprennent :

1° La forme dyspeptique, avec, au début, gastralgie, vomissements, diarrhée, etc., simulant une affection digestive, mais que font reconnaître plus tard la tachycardie et le goitre ;
2° La forme asthmatique, qui prend le masque de l'asthme ou de la tuberculose pulmonaire au début ;
3° La forme névropathique ou hystérique de Debove, qui s'installe brusquement après une émotion ou un accident — je vous en ai donné plusieurs exemples au commencement de cet entretien — et qui cesse aussi brusquement et complètement souvent sans traitement ;
4° La forme cachectique, où dominent longtemps l'émaciation et l'asthénie, les phénomènes cardio-vasculaires et l'hypertrophie thyroïdienne apparaissant tardivement ;

b) Les formes frustes ont été individualisées et étudiées par Charcot et Pierre Marie. Elles sont très répandues. Elles sont caractérisées par l'absence d'un ou de plusieurs symptômes, et, comme ce peuvent être le goitre et l'exophtalmie qui manquent, cela vous explique qu'on ait préféré donner au syndrome le nom de *Maladie de Basedow* plutôt que celui de *goitre exophtalmique.*

Un seul signe paraît commun à la plupart de ces formes frustes et se retrouve constamment chez elles : la tachycardie.

On décrit donc comme formes frustes :

1° La forme de tachycardie avec exophtalmie, sans goitre ;
2° La forme de tachycardie avec goitre, sans exophtalmie ;
3° La forme de tachycardie seule, avec éréthisme vasculaire et troubles psychiques.

On range ces diverses formes frustes sous le nom d'*états basedowoïdes.*

Il faut en rapprocher :

4° La forme thyro-exophtalmique, dans laquelle l'hypertrophie thyroïdienne et l'exophtalmie restent longtemps isolées, les troubles cardiaques et généraux n'apparaissant que plus tard ;
5° Et enfin le petit basedowisme, où ne s'observent que l'hyperémotivité, l'instabilité du caractère, un perpétuel besoin de mouvement, l'état brillant des yeux, des palpitations, de l'insomnie, mais *sans goitre, sans troubles glandulaires associés, avec une bien moindre atteinte de l'état général* (le métabolisme basal est normal).

Cette forme particulière, dont on a vu de nombreux exemples pendant la guerre à causes des fatigues et des émotions (*Cœur de soldat ;Cœur de guerre*) serait en rapport avec un *déséquilibre neuro-végétatif pur à prédominance sympathicotonique sans thyroïdisme surajouté.* Mais, comme Rieux se le demande, la différence entre ce sympathicotonisme pur et la maladie de Basedow vraie est-elle une question de différence de degré ou de différence de nature ? Nous l'ignorons pour le moment.

Au sujet de ce sympathicotonisme je vous rappelle qu'on trouve parmi les individus atteints de maladie de Basedow :

α) *Des sympathicotoniques*, à tachycardie considérable et à exophtalmie très prononcée, dont le réflexe oculo-cardiaque est nul ou inversé et qui réagissent fortement à l'adrénaline ;
β) *Des vagotoniques*, à tachycardie peu prononcée et exophtalmie légère, qui présentent des sueurs, des crises gastro-intestinales, de la diarrhée, dont le réflexe oculo-cardiaque est exagéré et qui réagissent violemment à la pilocarpine ;
γ) Mais le plus souvent les basedowiens sont *à la fois sympathicotoniques et vagotoniques* et présentent des signes d'excitation des deux systèmes nerveux sympathique et parasympathique, ainsi qu'il résulte des observations de Sainton, Laignel-Lavastine, Harvier.

III. — *D'après l'association avec d'autres états morbides* on étudie des formes associées :

a) A des maladies du système nerveux : *tabes, paralysie générale, syringomyélie, maladie de Parkinson, encéphalite léthargique, épilepsie, chorée...* (simples coïncidences pour beaucoup d'auteurs. Mais la syphilis ne serait-elle pas à l'origine des deux syndromes quand il y a association de tabes ou de paralysie générale à la maladie de Basedow ?)

b) A des affections dystrophiques : *le rhumatisme chronique, la sclérodermie, la maladie de Raynaud, le diabète, la maladie de Dercum...* ;

c) A d'autres syndromes glandulaires : *la maladie d'Addison, l'acromégalie, le gigantisme, la tétanie, le myxœdème* (qui succède, en général, au goitre exophtalmique plutôt qu'il ne l'accompagne).

IV. — *Suivant l'état du terrain*, il y a *des formes* : a) *chez l'enfant* ; b) *chez l'homme* ; c) *chez la femme enceinte* ; d) *chez les goitreux.*

a) Chez l'enfant — forme infantile — le goitre exophtalmique est rare. Zuber a pu néanmoins en réunir 45 cas. Il se voit surtout chez des petites filles. Ses caractères spéciaux sont : l'importance du goitre, l'effacement des signes oculaires, sa coexistence fréquente avec la chorée, son évolution spéciale, c'est-à-dire l'appar tion rapide de tous les symptômes entraînant un amaigrissement et une cachexie extrêmes, mais l'amendement de tous ces troubles au bout de peu de temps et la guérison habituelle de la maladie en quelques mois.

b) Chez l'homme, la maladie de Basedow n'est pas fréquente. Elle ne s'observe que dans 20 % des cas. Son apparition se fait plus tard que chez la femme, entre 30 et 50 ans. Elle a les mêmes symptômes cardinaux que dans le sexe féminin, mais les phénomènes nerveux et cardio-vasculaires y sont d'habitude très accusés. Les formes frustes sont rares. L'évolution est très rapide. La mort survient fréquemment en quelques mois par asystolie ou maladie intercurrente.

c) Chez la femme enceinte, on voit, dans certains cas, le goitre exophtalmique s'améliorer sous l'influence de la grossesse.

Malheureusement, on assiste souvent à l'apparition d'accidents graves : des hémorragies utérines, un avortement, des troubles cardiaques, de la tétanie.

d) Chez les goitreux :

1° Des symptômes de la maladie de Basedow viennent quelquefois se greffer après de nombreuses années sur le goitre simple : on a affaire alors à un goitre basedowifié. La tumeur thyroïdienne est volumineuse — comme le goitre simple primitif — ; les accidents dyspnéiques sont fréquents ; il y a des crises de sialorrhée, une tachycardie assez élevée et souvent des troubles dus à la décompensation cardiaque. Le pronostic est mauvais.

2° A côté de cette forme classique du goitre simple basedowifié les auteurs américains modernes, après Plummer, ont isolé un autre type : l'adénome thyroïdien toxique.

Cette forme, plus fréquente chez la femme, n'apparaît que tardivement, vers 40 ans ou plus tard. Elle vient compliquer un *adénome thyroïdien banal, non toxique* — petit nodule intraglandulaire dur, mobile non rénitent, de volume variable — qui a pu passer inaperçu ou être remarqué depuis de nombreuses années avant de se mettre à sécréter des corps toxiques soit sans raison apparente, soit à la suite d'une grossesse, d'une émotion, de surmenage physique et intellectuel, soit principalement après un traitement iodé trop énergique. Cet adénome toxique se distingue des formes habituelles de la maladie de Basedow — outre la notion antérieure de l'existence d'un adénome non toxique, qui peut faire défaut — par le peu d'importance des signes locaux thyroïdiens, l'intensité des signes d'intoxication et des symptômes généraux, la prépondérance des troubles cardiaques, l'importance de l'amaigrissement qui peut être considérable malgré un métabolisme de base — augmenté certes ! — mais inférieur à celui de la maladie de Basedow, la gravité du pronostic, car la mort en est l'aboutissant si une intervention chirurgicale précoce n'en interrompt pas l'évolution.

◆◆

Diagnostic.

I. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

A) Le diagnostic du goitre exophtalmique est facile QUAND LA TÉTRADE SYMPTOMATIQUE EST RÉALISÉE : la maladie de Basedow est alors évidente.

B) Il n'en est pas de même DANS LES FORMES FRUSTES du syndrome, à propos desquelles le diagnostic prête à discussion.

1° L'EXOPTALMIE BASEDOWIENNE est d'habitude distinguée sans peine de l'*exophtalmie secondaire à des tumeurs de l'orbite, à une sinusite kystique, à une sinusite ethmoïdale* ou *frontale*, qui est unilatérale et s'accompagne de strabisme et de troubles pupillaires.

Elle est moins aisément séparée de :

La saillie des yeux de certains tabétiques ;

L'éclat brillant du regard de certains tuberculeux, dont l'accélération du pouls est un nouveau point de ressemblance avec le goitre exophtalmique ;

L'exophtalmie légère liée à une simple myopie.

2° LE GOITRE doit être distingué par ses caractères de tumeur thyroïdienne des *différentes tumeurs cervicales.* Je n'y insiste pas.

Mais quand on est sûr que la tuméfaction appartient bien au corps thyroïde, encore faut-il écarter la possibilité d'une *tumeur thyroïdienne d'une autre nature que le goitre, d'une hypertrophie simple du corps thyroïde*, normale par exemple pendant la grossesse, avant de conclure à l'existence d'un goitre.

Et encore, quand on est arrivé là, faut-il se demander *à quelle sorte de goitre l'on a affaire : à un goitre simple ? à un adénome thyroïdien non toxique ? à un adénome toxique ? à un goitre exophtalmique véritable ?*

3° LE TREMBLEMENT BASEDOWIEN est rarement confondu — mais il pourrait l'être — avec *les tremblements toxiques : alcoolique, théique, caféique, hydrargyrique*, avec *le tremblement sénile* ou *celui de la sclérose en plaques.*

4° LES TROUBLES NERVEUX risquent de faire prendre les sujets atteints de goitre exophtalmique pour *des hystériques, des neurasthéniques, des névropathes.*

Je vous disais tout à l'heure qu'il n'était pas sûr que la sympathicotonie simple fût une forme fruste légère de maladie de Basedow, qu'elle pouvait fort bien être d'une autre nature, Dans ce cas, il y aurait lieu de faire un diagnostic, fort difficile je pense, entre *la sympathicotonie simple* (ou *névrose végétative pseudo-thyroïdienne*) et certaines formes de basedowisme fruste (ces deux types représentant des cas-frontières » véritablement très proches et presque inséparables).

5° Avant de décider qu'un sujet qui a de LA TACHYCARDIE est atteint de goitre exophtalmique, il convient de se demander si l'*accélération de ses battements cardiaques* n'est pas sous la dépendance *de la tuberculose pulmonaire, du tabes, d'une cardiopathie valvulaire, d'une intoxication par le café ou le thé, d'une tachycardie paroxystique essentielle* (celle-ci ayant un début et une terminaison brusques, et le cœur battant normalement dans l'intervalle des accès).

b) A CAUSE DES TROUBLES GÉNÉRAUX, DE L'AMAIGRISSEMENT, on pourrait être tenté de croire à de *la maigreur, à de la tuberculose*, *à du diabète* (et cela d'autant plus facilement que la glycosurie n'est pas rare dans le goitre exophtalmique).

Pour éliminer à coup sûr toutes les causes d'erreur que je viens de vous signaler, il faut s'attacher par la clinique, par la mise en œuvre de certaines épreuves physiologiques, et, enfin, par certains examens de laboratoire, à accumuler le plus d'éléments possible de diagnostic positif de goitre exophtalmique.

II. — DIAGNOSTIC POSITIF.

A. — **Par la clinique.**

On s'efforcera d'abord de mettre en évidence les symptômes fondamentaux de la maladie :

1° LE GOITRE :

En examinant le cou de face et de profil ;

En palpant le corps thyroïde avec la plus grande attention, la tête renversée en arrière ;

Et si l'on ne trouve pas de goitre au cou, en le recherchant par l'examen radiologique. SAINTON l'a toujours trouvé dans ces conditions sur plaque ou à la simple radioscopie de face ou de profil sous la forme d'une masse obscure à contours nets située à la partie supérieure du thorax et mobile avec les mouvements de déglutition.

On explorera avec soin la sensibilité de la région thyroïdienne pour y déceler l'hyperesthésie signalée par **LIAN** dans la maladie de Basedow.

2° AUX YEUX, à défaut d'exophtalmie, on recherchera les petits signes accessoires : de DE GRAEFE, de MOBIUS, de SAINTON.

3° On tiendra compte d'un TREMBLEMENT même localisé et léger ;

4° Et d'une TACHYCARDIE modérée, mais qui se montrera permanente et sans autre cause manifeste.

B. — **Par le laboratoire.**

Puis, on demandera au laboratoire de compléter l'enquête *par l'examen du sang* et *la mesure du métabolisme basal.*

a) La valeur diagnostique de l'EXAMEN DU SANG a été vantée par KOCHER pour qui, dans la maladie de Bosedow, il y aurait :

1° *Augmentation de la viscosité sanguine* ;

2° *Retard très appréciable de la coagulabilité* ;

3° Surtout *leucopénie* (jusqu'à 3.700) *avec diminution des polynucléaires* (qui tombent à 35 %) *et augmentation des lymphocytes* (qui montent à 57 %).

En réalité, ces modifications manquent souvent, et fréquemment le sang et la formule leucocytaire sont tout à fait normaux. C'est vous dire que l'on ne doit pas accorder une grande valeur à l'examen du sang dans la maladie de Basedow.

b) Autrement plus importante est LA MESURE DU MÉTABOLISME BASAL dont nous devons la connaissance à MAGNUS LÉVY, et qui a été spécialement étudiée dans le but qui nous intéresse en ce moment par BOOTHBY, MEANS, PLUMMER, et, en France, par MARCEL LABBÉ et STÉVENIN.

Le métabolisme basal est toujours augmenté dans la maladie de Basedow. C'est là un symptôme si constant que VON NOORDEN, MARCEL LABBÉ et bien d'autres considèrent qu'il doit compter parmi les signes cardinaux de la maladie, dont il serait le plus important et le plus constant.

Je vous rappelle que la mesure du métabolisme basal s'exprime par le nombre de grandes calories produites par l'organisme par heure et par mètre carré. Chez un sujet adulte à jeun depuis douze heures, au repos musculaire complet dans une pièce à la température moyenne de 16° à 18°, elle est normalement de 39 calories environ (40, chez le nouveau-né ; 60, entre 5 et 6 ans ; 50 à 12 ans ; 40 à 20 ans ; 37,5 à 60 ans).

Généralement, on n'exprime pas la mesure du métabolisme basal en valeurs absolues, mais en valeurs relatives, comparées à l'état normal. Ainsi, un métabolisme de base de + 30 veut dire : augmenté de 30 % ; de —10 veut dire : diminuer de 10 %.

Dans le goitre exophtalmique, on trouve les chiffres de + 40 à + 60 dans les cas moyens, mais on peut les voir atteindre + 100, + 150 ; c'est-à-dire être augmentés de 100 %, de 150 %. Le chiffre maximum rencontré a été + 170.

L'augmentation du métabolisme basal a une *valeur considérable pour le diagnostic* du syndrome d'hyperthyroïdie ; sa valeur dans ce cas est comparable à celle de la réaction de Wassermann pour le diagnostic de la syphilis. Elle permet de séparer les syndromes basedowiens — si elle existe — des névroses végétatives pseudothyrodiiennes, où le métabolisme basal est normal.

En outre, la mesure du métabolisme de base rend de grands services pour l'*établissement du pronostic* de la maladie de Basedow.

Un métabolisme de + 10 à + 20 % indique un *cas léger.*

Un métabolisme de + 40 à + 60 %, caractérise les *cas moyens.*

BIBLIOGRAPHIE

Clinique de l'Hôpital St-Pothin, 2e *volume* : **Eléments de psychiatrie**, par L. Bériel. Paris, 1929, J.-B. Baillière édit. 1 vol. in-8° broché de 240 p. : 30 fr.

Ce volume est le second de la collection des *Cliniques de l'Hôpital St-Pothin.* Il suit à quelques mois de distance le premier consacré aux compressions médulaires.

Il constitue un traité élémentaire de psychiatrie pratique destiné aux médecins praticiens et aux étudiants. Il est conçu dans le même esprit pratique que le précédent et il est destiné à ceux qui, ignorant tout de la médecine mentale, aurant besoin de quelques fils conducteurs dans l'exercice quotidien de la médecine générale. Il est appelé à rendre les plus grands services au médecin praticien obligé au cours de sa pratique de faire une sommaire analyse mentale, de reconnaître un état de confusion et d'évaluer ce que ce syndrome peut recouvrir. Il lui permettra de retrouver rapidement l'essentiel d'un syndrome, de son diagnostic. Alors que le médecin praticien se perdrait rapidement dans un Traité de psychiatrie ordinaire alourdi de discussions pathogéniques, de considérations étiologiques, d'énoncés d'opinions contradictoires, il saura très rapidement manier ce petit livre écrit pour lui, pensé en praticien, puisque l'A. en tête de son introduction annonce qu'il n'est pas psychiatre et plus loin qu'il voit en praticien les nombreux malades mentaux qui se présentent dans son service de neurologie.

Les étudiants y trouveront le manuel idéal pour aborder avec fruit la fréquentation d'un service de psychiatrie ou même de neurologie.

L'A. n'a voulu l'alourdir d'aucune bibliographie, d'aucune discussion doctrinale afin de lui conserver, comme au précédent, le caractère pratique que sont en droit d'exiger ceux à qui cette collection est destinée : les praticiens et les étudiants.

J. Rousset.

Chirurgie pratique des blessures et des accidents, par les Drs A. Mouchet, Gouverneur, Olivier, Tailhefer. 1 volume in-16, 208 pages, 55 figures : 36 fr. J.-B. Baillière 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le lecteur ne trouvera pas ici la description des blessures pendant les premières phases de leur évolution, mais seulement à partir de leur consolidation. La tâche du praticien est, en effet, loin d'être terminée à ce moment. D'une part, il pourra être appelé à évaluer les dommages subis, l'incapacité, qu'il s'agisse d'une expertise en vue de la réforme ou de l'examen d'un accidenté du travail. Le rôle du praticien aura donc de nombreuses occasions de s'exercer, et pour cela l'ouvrage présente, dans son cadre réduit, toutes les garanties d'expériences neuves et vécues nécessaires.

Le cancer. Essai d'une théorie cellulaire physico-chimique, par Paul Woog. Un vol. (12,5 × 19), broché : 10 fr. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (5e).

Dans ce travail, l'auteur expose des idées nouvelles basées sur des phénomènes généraux et des propriétés cellulaires physico-chimiques qui permettent de donner une explication des manifestations cancéreuses correspondant aux différentes formes de tumeurs.

Nouveautés d'étrennes pour 1930, à la Librairie Henri Laurens, 6 rue de Tournon, Paris.

Dans la collection « Les Chefs-d'Œuvre à l'Usage de la Jeunesse », **Gil Blas de Santillane** de Le Sage, illustrations de Henry Morin. Un volume (28 × 22,5), 117 illustrations en noir et 8 en couleurs. Broché 15 fr. Relié 30 fr.

Homme protée, Gil blas est le héros type. Ses avatars multiples, tristes et comiques tour à tour, mettront en joie les jeunes amateurs de littérature romanesque. L'adaptateur du texte a su dissumuler avec grâce la philosophie amère qui parfois se dégage des aventures drolatiques.

Dans la collection « Plume et Crayon », **Mémoires d'un perroquet** de Pierre Noury et **Les assiégés de Compiègne** de A. Robida. Chaque volume (18,5 × 24,5. 4 planches hors texte en couleurs et nombreuses gravures en noir. Broché : 9 fr. Relié 15 fr

La longévité des perroquets est proverbiale. Celui que M. Noury nous présente a été le témoin, au cours de son interminable carrière des bouleversements les plus divers : il en résulte une histoire, où plutôt une série d'histoires, divertissantes, fort pittoresques, grâce à une illustration abondante et de premier ordre.

Avec Robida et ses *Assiégés de Compiègne,* nous retournons vers le Moyen-Age peuplé de reitres, avec ses luttes, ses complots, ses trahisons. L'âme de Jeanne d'Arc plane sur tout cela. Le lecteur est intéressé à chaque page par cette histoire si sombre, si ennuyeuse, qui évoque avec beaucoup d'exactitude la France batailleuse d'autrefois en route vers l'indépendance.

Dans « Le Petit Coloriste » paraît **Ninette chez elle**, de H. Grand'Aigle. Album (28 × 22,5) avec texte donnant le modèle en couleurs et la planche à colorier. Huit planches et couverture en couleurs Cartonné : 6 fr.

La vaillante petite fille dont nos jeunes lecteurs ont fait jadis la connaissance, grâce à ces charmants albums, *Ninette fait du Sport, Ninette et Monsieur Frère*, apparaît aujourd'hui sous un jour nouveau ; devenue ménagère, elle enseigne comment il faut s'occuper chez soi, et ses tribulations sont bien amusantes.

Dans « Les imageries françaises sur des Thèmes français » **La souris blanche** d'Hégésippe Moreau. Illustrations d'Henry Morin. Un volume (28 × 22,5), 8 planches et couverture en couleurs. Broché 4 fr. Cartonné 7 francs

L'auteur de la *Voulzie* a donné libre cours à son imagination dans cette touchante histoire bien propre à ravir les enfants. Nous y voyons le méchant roi Louis XI mettre en prison le fils de son ennemi le Duc de Nemours. Blanchette — la souris — console le petit prince dans sa geôle ; puis, fée toute puissante, rompt ses fers... Et les très belles images d'Henry Morin enchanteront aussi les grandes personnes.

Un métabolisme de + 60° et au-dessus est le propre des *cas graves*.

Enfin, la mesure en série du métabolisme de base permet de *contrôler l'efficacité du traitement*.

C. — Par des épreuves pharmaco-dynamiques.

Par des épreuves pharmaco-dynamiques spéciales, on avait espéré pouvoir mettre en évidence certaines réactions propres aux basedowiens. On a eu beau multiplier ces épreuves, aucune n'a donné de résultats indiscutables. Elles sont presque toutes abandonnées et ne rentrent pas dans la pratique courante. Aussi serai-je bref à leur sujet.

a) L'ÉPREUVE DE GŒTSCH A L'ADRÉNALINE, expérimentée en France par GARNIER ET SIGISMOND BLOCH, consiste à injecter sous la peau un milligramme d'adrénaline, ce qui est indifférent à un sujet normal, mais provoque chez les hyperthyroïdiens — d'une façon inconstante malheureusement — de l'accélération du pouls, de l'élévation de la tension artérielle systolique, de la pâleur de la face, des sueurs, des troubles nerveux (tremblement, angoisse, asthénie), enfin de la glycosurie après ingestion préalable de 150 grammes de glucose.

b) L'ÉPREUVE HYPOPHYSAIRE, OU TEST HYPOPHYSAIRE DE CLAUDE ET PORAK, se recherche en injectant sous le derme de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Alors que les sujets normaux ont ensuite de la glycosurie alimentaire, de la tachycardie, de la pâleur, une légère hypotension artérielle, les basedowiens font une glycosurie plus forte, de la bradycardie au lieu de tachycardie de l'élévation de la pression artérielle au lieu d'hypotension, et aussi de la pâleur.

c) L'ÉPREUVE D'HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE PAR L'INGESTION DE GLUCOSE à la dose de 1 gr. 75 par kg. de poids corporel (AUTEURS AMÉRICAINS ; MARCEL LABBÉ et NEPVEUX) élèverait la glycémie de 0,80 à 1,33 pendant une courte durée de temps. Mais cette réaction n'est pas spécifique du goitre exophtalmique, au cours duquel, d'ailleurs, SAINTON et SCHULMANN l'ont trouvée à peine plus marquée que chez des individus sains.

d) LE TEST DE BRAM n'est autre qu'une tolérance des basedowiens à la quinine plus grande qu'à l'état normal. On le met en évidence en administrant le bromhydrate de quinine à la dose de 0 gr. 65, quatre fois par jour, pendant quatre jours de suite. Il est sans valeur d'après SAINTON et SCHULMANN.

e) On refuse généralement d'employer le TEST D'HARROWER (administration d'extrait thyroïdien pendant quatre jours aux doses progressives de 0 gr. 12 ; 0 gr. 24 ; 0 gr. 48, et mesure de l'accélération plus ou moins grande du pouls), comme étant une épreuve dangereuse.

f) L'INJECTION INTRAMUSCULAIRE D'EXTRAIT DÉLIPOÏDÉ DE THYROIDE proposée par PARISOT et RICHARD, qui provoquerait chez les basedowiens du ralentissement du pouls (de 10 à 30 pulsations), et la chute de la tension maxima (de 2 à 3 centimètres), alors qu'elle donnerait des effets inverses chez les myxœdémateux et ne provoquerait rien chez un homme normal, a donné des résultats discordants entre les mains des autres auteurs.

III. — DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.

Une fois posé d'une façon certaine le diagnostic de maladie de Basedow, il est bon de s'efforcer d'en trouver la cause. Cela est d'importance pour fixer le pronostic et quelquefois le traitement.

On recherche donc si *une émotion, un traumatisme* n'ont pas présidé à l'éclosion des accidents.

On scrute les antécédents du sujet pour y retrouver *un goitre simple, ou des infections aiguës* ou *chroniques* susceptibles d'avoir déterminé une thyroïdite : *la fièvre typhoïde, la scarlatine, la grippe*... parmi les maladies aiguës, et parmi les infections chroniques : *la tuberculose* et surtout *la syphilis* secondaire ou tertiaire dont la fréquence dans l'étiologie du goitre exophtalmique a été soulignée par GAUCHER, LÉVY-FRANCKEL, SAINTON et SCHULMANN.

On se méfiera de l'influence possible des *fonctions ovariennes* quand le syndrome basedowien apparaîtra à la puberté ou à la ménopause ; de la possibilité d'un *cancer du corps thyroïde*, quand il surviendra chez un vieillard.

L'enquête étiologique menée à propos de notre malade n'a rien révélé qu'une scarlatine à l'âge de 14 ans.

Afin que vous puissiez apprécier quel pronostic nous devions porter chez elle, il faut que je vous dise quelle est l'évolution habituelle du goitre exophtalmique.

Evolution.

MARCHE. DURÉE.

Sa marche est extrêmement variable, essentiellement capricieuse.

La marche aiguë, évoluant en quelques mois vers la mort, est exceptionnelle.

Le plus souvent *la marche est lente*, irrégulière, non uniforme, mais *entrecoupée de paroxysmes* — parfois terribles avec des palpitations, de l'oppression, de la dyspnée, de l'angoisse — et *de rémissions*, quelquefois presque complètes.

La durée de ces cas est fort longue : des années parfois.

TERMINAISON.

La maladie de Basedow peut se terminer par la guérison ou par la mort :

a) LA GUÉRISON se produit de différentes manières :

a) *Spontanément*, ce qui n'est pas exceptionnel ;

b) Ou *après une intervention thérapeutique* :

1° *Une opération chirurgicale*,
2° *La radiothérapie*,
3° *Un traitement médicamenteux*,

qui donnent, suivant les cas, une guérison incomplète ou complète.

Il faut, d'ailleurs, se méfier toujours devant un succès qu'il ne s'agisse d'une *rémission passagère* et non d'une guérison définitive, et attendre l'épreuve du temps.

b) LA MORT est fréquente ; elle survient dans 1/5e des cas. Elle résulte *soit de la maladie de Basedow elle-même, soit d'une maladie intercurrente*.

Ses causes les plus habituelles sont :

1° *La cachexie basedowienne (ou exophtalmique)*, avec troubles digestifs accentués (anorexie, vomissements incoercibles, diarrhée profuse...) et amaigrissement progressif, enfin, mort dans le marasme.

2° *Des complications cardiaques*, telles que *des crises de tachycardie paroxystique* ou de *l'asystolie progressive* secondaire à la tachycardie ou à de la myocardite rhumatismale (MOURIQUAND).

3° *Des complications pleuro-pulmonaires* comme *la pneumonie, la broncho-pneumonie, la grippe à forme thoracique*, dont l'influence est d'autant plus nocive qu'elles entraînent facilement, sur un cœur fatigué, des complications cardiaques et la défaillance du myocarde, et surtout *la tuberculose pulmonaire* à laquelle les basedowiens sont particulièrement exposés par suite de l'atteinte profonde de leur état général.

Pronostic.

Comment, en présence d'un goitre exophtalmique, *savoir dans quel sens il va évoluer* : vers la guérison ou vers la mort ?

1° *En se basant* d'abord *sur l'âge et le sexe du malade*. — Le pronostic est plus grave chez l'homme que chez la femme, moins sérieux chez l'enfant que chez l'adulte ;

2° *En tenant compte de la forme de la maladie et de l'intensité plus ou moins grande des différents signes cliniques* ; la réapparition des règles est à ce point de vue un symptôme de favorable augure ;

3° *En mesurant le métabolisme basal* ; un chiffre supérieur à + 60 % devant faire redouter une évolution grave.

De toutes façons, le goitre exophtalmique doit être *toujours* considéré comme *une maladie sérieuse* et son *pronostic* doit être *réservé.*

Pathogénie.

Je vais maintenant vous dire quelques mots sur la pathogénie de ce syndrome. Cela me paraît une introduction indispensable à l'étude de son traitement, en grande partie fondé sur des théories pathogéniques.

Rien n'a été, en effet, et n'est encore plus discuté que la pathogénie de la maladie de Basedow.

A. — Théories anciennes.

Je vous rappelle brièvement les théories anciennement émises.

1° Parry et Graves subordonnaient le goitre exophtalmique à *une cardiopathie,* et Stokes en faisait une *névrose cardiaque.*

2° Basedow, incriminant l'état du sang, en faisait *une dyscrasie due à la scrofule.*

3° Dans la suite, la plupart des auteurs se sont ralliés à une théorie nerveuse :

a) Charcot en fait une *névrose* ;

b) Rendu l'attribue à des *lésions bulbaires,* et Vulpian et Raymond à *des troubles bulbo-protubérantiels* ;

c) Trousseau met son point de départ dans un *trouble du grand sympathique,* opinion que confirment plus tard Abadie et Jaboulay ;

4° Enfin, Möbius, le premier, attribue la maladie de Basedow à l'*hyperthyroïdie* et fonde ainsi la théorie thyroïdienne.

B. — Théories actuelles.

Aujourd'hui, il existe deux théories principales :

1° *La théorie nerveuse* ;

2° *La théorie thyroïdienne* .

Elles ne sont pas exclusives, d'ailleurs, l'une de l'autre et la plupart des auteurs modernes se rallient à

3° Une *théorie mixte,* admettant dans le goitre exophtalmique deux catégories de symptômes, les uns d'origine thyroïdienne, les autres d'origine sympathique.

1° Théorie nerveuse. — D'après la théorie nerveuse le goitre exophtalmique est dû à l'*excitation du sympathique cervical* (Abadie, Jaboulay).

Cette théorie s'appuie sur un certain nombre de faits expérimentaux, anatomo-pathologiques, étiologiques et cliniques.

a) *Expérimentalement,* grâce aux observations de Claude Bernard, Dastre et Morat, Abelous, on sait que l'excitation du sympathique cervical produit : de l'exophtalmie, de la rougeur de la face, de la tachycardie, de la congestion du corps thyroïde.

b) *Des preuves anatomo-pathologiques* de l'atteinte du sympathique, on en trouve dans les constatations faites par Wilson à l'autopsie de 12 basedowiens, de lésions des ganglions cervicaux du sympathique constituées par l'augmentation de la chromatine et la surcharge pigmentaire des cellules, ou, au contraire, par la chromatolyse et l'atrophie cellulaires, et quelquefois par la transformation fibreuse du ganglion.

c) Voici des *preuves cliniques et étiologiques* de l'action du sympathique sur la maladie de Basedow : l'influence des émotions sur son apparition ; le développement de ses divers symptômes : d'une façon intermittente lors de crises gastriques du tabes (Laignel-Lavastine), ou après des lésions traumatiques du plexus cardiaque (Sergent), ou encore après une pachypleurite du sommet touchant le sympathique cervical (Laignel-Lavastine et Bloch).

2° Théorie thyroïdienne. — La théorie thyroïdienne a été formulée pour la première fois par un Français, Gauthier (de Charolles), mais c'est Möbius qui, comme je vous l'ai dit, a attribué le premier le goitre exophtalmique à de l'*hyperthyroïdie.*

Comme la théorie nerveuse, la théorie de l'hyperthyroïdie se base sur des constatations expérimentales, anatomiques et cliniques.

a) *Expérimentalement.* — Le goitre exophtalmique a pu être réalisé chez l'animal par des injections sous-cutanées d'extraits thyroïdiens (Ballet et Enriquez).

L'opothérapie thyroïdienne provoque chez l'homme de la tachycardie, de l'amaigrissement et, si elle est poussée trop loin, quelquefois même un syndrome de Basedow complet.

L'ablation partielle du corps thyroïde amène la disparition des symptômes de la maladie de Basedow (Jaboulay) ; ils réapparaissent si la glande se régénère.

b) *Anatomo-pathologiquement.*— Il existe chez les basedowiens des lésions du corps thyroïde étudiées autrefois par J. Renaut (de Lyon), puis par Joffroy et Achard. Or, ces lésions correspondent, d'après Roussy et Clunet, à l'hypertrophie et à l'hyperplasie glandulaires avec hypersécrétion, car elles sont analogues à celles qu'on observe expérimentalement dans la portion restante de la glande (qui s'hypertrophie) après résection des 4/5es du corps thyroïde : hyperplasie épithéliale avec cellules tendant vers la forme cylindrique et une substance colloïde moins chromophile que d'ordinaire ; des îlots éosinophiles et des amas lymphoïdes représentant souvent des centres germinatifs.

c) Comme *preuves étiologiques et cliniques* de la théorie de l'hyperthyroïdie, on peut citer les faits suivants :

Le goitre exophtalmique succède souvent au goitre simple ;

Ses symptômes sont l'inverse du myxœdème, que l'on sait pertinemment lié à l'hypothyroïdisme.

d) Si l'influence du corps thyroïde paraît donc amplement démontrée dans la genèse de la maladie de Basedow. *Comment s'exerce cette influence ?*

α) *Par hyperthyroïdie,* suivant la conception de Möbius, de Marie, de Ballet, ou bien :

β) *Par dysthyroïdie ?*

La première opinion — l'hyperthyroïdie — paraît rallier la plupart de nos contemporains.

e) *Le corps thyroïde agit-il seul ? ou en association avec d'autres glandes endocrines* ou *secondairement à elles ?*

α) Swiccicki, Trendelenburg et Bröking se sont demandé, à cause de l'action excitante bien connue de l'adrénaline sur le sympathique et à cause des pigmentations cutanées et des dyschromies si fréquentes dans la maladie de Basedow, si les *capsules surrénales* ne joueraient pas un rôle dans son développement, subordonné pour eux à des *troubles thyro-surrénaux.*

β) D'autres auteurs, invoquant la fréquence *des troubles ovariens* et le rôle aggravant de la grossesse, ont attribué le goitre exophtalmique à des *troubles thyro-ovariens.*

γ) On a incriminé aussi, mais sans preuves démonstratives, des *troubles thyro-hypophysaires* et des *modifications des fonctions du pancréas et du foie* (ces dernières à cause de la glycosurie et des troubles du métabolisme).

Il faut conclure, avec Achard, que le rôle de toutes ces glandes — autres que le corps thyroïde — reste « incertain, inconstant, accessoire » et que *les théories polyglandulaires* de la maladie de Basedow manquent de fondement.

3° Théorie mixte. — Tout le monde se rallie de nos jours à la théorie mixte, adoptée d'abord par Marie et Enriquez, et qui admet dans la maladie de Basedow *deux catégories de symptômes* :

a) *Les uns liés à l'hyperthyroïdie* : le goitre, la tachycardie, l'amaigrissement, l'augmentation du métabolisme, les troubles mentaux, et peut-être le tremblement ;

b) *Les autres en rapport avec l'excitation permanente du sympathique* : l'exophtalmie, la tachycardie, l'émotivité, les bouffées de chaleur, les sueurs, les crises de diarrhée, les troubles gastriques.

Dans les formes typiques, complètes, de la maladie de Basedow ces deux syndromes — thyroïdien et sympathique — sont associés.

Ils peuvent évoluer séparément dans certaines formes frustes. Ainsi l'adénome toxique de Plummer représente un syndrome pur d'hyperthyroïdie, tandis que le syndrome sympathique isolé est réalisé dans certains cas où l'exophtalmie est le phénomène principal, associée à de la tachycardie et à des troubles vaso-moteurs.

Comme le corps thyroïde et le sympathique retentissent physiologiquement l'un sur l'autre, de telle sorte que l'excitation du sympathique entraîne l'hyperthyroïdie et vice versa, on a discuté pour savoir quel est — du corps thyroïde ou du sympathique — le premier atteint dans le goitre exophtalmique. On n'est pas encore exactement fixé sur ce point, mais il me paraît logique d'admettre, avec ACHARD, que c'est d'ordinaire le corps thyroïde qui est le *primum movens* de tous les troubles, si l'on veut bien considérer l'existence des goitres simples basedowifiés, le dévelpoppement possible du goitre exophtalmique après l'opothérapie thyroïdienne sans que le sujet fût au préalable un sympathico-tonique, et, au contraire, la rareté de l'hypertrophie thyroïdienne à la suite des manifestations primitives d'excitation du sympathique.

Armés maintenant pour en comprendre certaines modalités, abordons l'étude thérapeutique du goitre exophtalmique.

Traitement.

Le traitement de la maladie de Basedow peut être : 1° *médical* ; 2° *physiothérapique* ; 3° *chirurgical*, et il doit être conduit dans l'ordre où je viens d'énumérer ces moyens : médicaux d'abord, puis s'ils se montrent insuffisants, physiothérapiques enfin, chirurgicaux en dernier ressort, sans cependant attendre, cela va sans dire, que les malades soient cachectiques ou asystoliques pour les confier au chirurgien.

I. — TRAITEMENT MÉDICAL.

La thérapeutique médicale comprend : 1° *un traitement hygiénique* ; 3° un *traitement médicamenteux*.

A) HYGIÈNE. — Au point de vue hygiénique, il faut recommander aux basedowiens *une vie calme, sans émotions*.

Le séjour à la campagne ou *à la montagne* à une faible altitude leur convient parfaitement, tandis que le bord de la mer leur est habituellement défavorable, d'après TROUSSEAU.

Le repos au lit prolongé pendant plusieurs semaines exerce un effet remarquable sur la plupart des symptômes ; il peut à lui seul amener la guérison. Il est à recommander dans toutes les formes un peu sévères de la maladie.

Chez certains basedowiens qui présentent des troubles psychiques marqués, *une cure d'isolement* et la *psychothérapie* hâtent l'amélioration. LEMIERRE et N. DESCHAMPS ont guéri un de leurs malades en lui faisant manger un camembert dont on avait vanté devant lui les vertus curatrices sur le mode dithyrambique !

Le régime des sujets atteints de goitre exophtalmique doit être *substantiel*, mais *peu toxique*. Il doit être, en particulier, riche en hydrates de carbone et en graisses. Le café, le thé, l'alcool doivent être formellement défendus.

En règle générale, on déconseille aux femmes basedowiennes la grossesse et l'allaitement. Pourtant, TROUSSEAU avoue avoir une fois recommandé la grossesse et avoir vu la malade en tirer bénéfice.

B) TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — Le traitement médicamenteux du goitre exophtalmique trouve es indications, dans l'étiologie quelquefois, mais surtout dans la symptomatologie et c'est alors qu'intervient souvent la notion pathogénique pour savoir s'il convient de traiter les symptômes prépondérants comme des manifestations d'hyperthyroïdisme ou de sympathicotonie.

a) *Traitement étiologique*. — Il n'y a que deux cas dans lesquels la thérapeutique puisse attaquer la cause de la maladie, ce sont les cas où : 1° *la syphilis* ou 2° *le rhumatisme articulaire aigu* sont à la base des accidents.

1° Dans le premier cas, on institue un *traitement antisyphilitique* par le mercure, les arsenicaux, le bismuth,

2° Dans le second cas, on prescrit le *salicylate de soude* aux doses de 2 et 3 grammes par jour pendant plusieurs semaines. Il y a même des auteurs (BALLET, BABINSKI) qui donnent le salicylate de soude systématiquement, même si l'étiologie rhumatismale n'est pas évidente.

b) *Traitement symptomatique*. — Le traitement symptomatique, vous disais-je, est en grande partie fondé sur la pathogénie.

1° C'est ainsi que l'OPOTHÉRAPIE, qui en est une des modalités principales, vise surtout à combattre l'hyperthyroïdisme.

a) On a recours pour cela principalement à l'*éthyroïdothérapie*, méthode qui consiste à faire absorber au malade des tissus ou des sécrétions d'animaux auxquels on a enlevé chirurgicalement le corps thyroïde : le sang (HALLION), le sérum (MÖBIUS), le lait (de chèvre : un demi-litre par jour).

En pratique, en France, on emploie l'*hématoéthyroïdine* (sang total glycériné d'animaux éthyroïdés) qu'on administre à la dose quotidienne de 1 à 4 cuillers à café pendant le temps nécessaire. C'est un remède absolument inoffensif. Quand il agit, ce ne serait que par suggestion (comme le camembert de LEMIERRE et DESCHAMPS !). SAINTON n'est pas de cet avis et il estime que l'hématoéthyroïdine amène une réelle amélioration dans 80 % des cas et la guérison dans 10 % des cas. Je ne manque jamais de l'ordonner au début du traitement de mes basedowiens ; mais je ne continue pas ce remède plus d'un mois s'il n'a pas amené une réelle sédation des symptômes, car j'ai remarqué qu'il agit en général de suite ou pas du tout.

b) On s'est adressé aussi à des *opothérapies associées* : *surrénale, thymique, hypophysaire*..... Elles ne donnent pas grand'chose et sont abandonnées tout comme les théories pathogéniques dont elles se réclamaient.

La seule opothérapie vraiment utile (par suite de l'antagonisme fonctionnel entre l'ovaire et le corps thyroïde) c'est l'*opothérapie ovarienne*. Il faut, par exemple, administrer les extraits ovariens à fortes doses et de préférence en injections hypodermiques.

Chez l'homme, l'*opothérapie testiculaire* n'a pas fait ses preuves.

Il en est de même des *injections d'insuline*, d'abord faites à des basedowiens atteints de diabète, puis tentées avec espoir de succès chez des basedowiens sans diabète.

Il est bien entendu que l'*opothérapie thyroïdienne* — même aux petites doses proposées par les partisans d'une dysthyroïdie (et non d'une hyperthyroïdie) à la base du syndrome — doit être *formellement proscrite*.

2° MÉDICAMENTS CHIMIQUES. — Parmi les nombreuses drogues qu'on a proposées contre le goitre exophtalmique, il y en a quelques-unes qui méritent une place à part à cause de l'influence heureuse qu'elles exercent souvent sur les diverses manifestations de la maladie. Ce sont, à mon avis :

a) *Le salicylate de soude*, à la dose de 1 à 2 grammes par jour (même si le rhumatisme n'a rien à voir avec le cas actuel) ;

b) *La quinine* : 1 gramme par jour (TROUSSEAU et LANCEREAUX). Je préfère donner des doses moindres (0 gr. 50 par jour), qui sont mieux tolérées pendant longtemps. J'ordonne généralement le *valérianate de quinine* plutôt que les autres sels.

c) *L'ipéca à doses nauséeuses*, proposé par DIEULAFOY : de 4 à 10 pilules de 0 gr. 02 de poudre d'ipéca réparties dans la journée et progressivement jusqu'à la dose nauséeuse. DIEULAFOY associait la digitale à l'ipéca dans la formule suivante :

Poudre d'ipéca	0 gr. 05
Poudre de feuilles de digitale...	0 gr. 02
Extrait d'opium	1/4 de centigr.
Pour une pilule.	

Quatre pilules espacées dans les vingt-quatre heures (ou seulement 3 ou 2 suivant la tolérance nauséeuse).

Les deux remèdes précédents — quinine et ipéca — agissent surtout sur le sympathique pour le modérer. Le médicament

dont je vais vous parler maintenant — l'iode — s'adresse surtout à l'hyperthyroïdisme.

d) *L'iode* était jusqu'à ces dernières années un corps rigoureusement défendu aux basedowiens, car on avait toujours présents à l'esprit les cas où un traitement iodé avait amené la transformation d'un goitre simple en un goitre exophtalmique. Cependant, en Amérique, on vantait les bienfaits de l'iode à petites doses contre le goitre exophtalmique, et ce traitement iodé, prôné en France par Marcel LABBÉ, a maintenant acquis droit de cité chez nous. On doit donner des doses faibles du médicament — X à XXX gouttes de *solution de Lugol*, ou 6 à 15 *pilules d'iodo-maïsine* par jour, dit MARCEL LABBÉ — en tout cas 0 gr. 10 d'iode en moyenne quotidiennement, quinze jours par mois, — ou même d'une façon continuelle. Ce traitement aurait les meilleurs effets sur les symptômes de la maladie de Basedow qu'il atténue dans de très grandes proportions et peut à lui seul peut-être donner des guérisons, mais il est surtout remarquable pour préparer les malades à l'opération de la thyroïdectomie partielle dont il réduit considérablement les dangers.

En présence d'un goitre exophtalmique à traiter médicalement j'avais autrefois l'habitude d'ordonner 3 cures successives de trois semaines chacune : 1° de salicylate de soude ; 2° de valérianate de quinine ; 3° d'ipéca à dose nauséeuse, après avoir essayé l'hématoéthyroïdine pendant un mois. Toujours mes malades ont été améliorés ; quelques-uns ont été guéris.

Maintenant je prescris plus volontiers le traitement par l'iode en raison de sa simplicité, de la rapidité fréquente de son action, de son efficacité. Je fais prendre matin et soir dans du lait de V à X gouttes (en tâtant la sensibilité du malade par V gouttes d'abord) de la *solution iodo-iodurée forte* suivante, dont la formule me vient de mon collègue CLERC :

Iode	2	grammes
Iodure de potassium	4	—
Eau distillée	24	—

e) Parmi les *médications symptomatiques plus directement dirigées contre certaines manifestations*, je vous citerai :

a) Les *bromures alcalins, la valériane, les sels de calcium, le chloral, le luminal* ou le *gardénal*... contre l'agitation nerveuse;

b) Le *tartrate d'ergotamine* (*gynergène* : à la dose de 3 à 6 milligrammes par jour), *la génésérine*... sédatifs du grand sympathique ;

a) Les sédatifs du cœur : *la quinine, la quinidine* et la *quinicardine*, ou les toniques modérateurs, comme la *digitale*, contre les manifestations cardiaques, notamment contre les crises de tachy-arythmie ;

b) *Le fer, l'arsenic, les phosphates, le fenugrec*... contre l'anémie et l'amaigrissement.

II. — TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES.

1° Parmi les moyens physiques de traitement du goitre exophtalmique L'ÉLECTROTHÉRAPIE tient la première place. Elle peut être appliquée sous différentes formes :

a) *Electricité statique* ;
b) *Ionisation salicylée* (LABORDERIE) ;
c) *Galvanisation du cou*, surtout conseillée par ERB ;
d) *Faradisation*, employée seulement par VIGOUROUX ;
e) *Galvano-faradisation* (DELHERM et LAQUERRIERE) appliquée sur le goitre, sur la région précordiale, sur les globes oculaires, et qui améliore particulièrement les troubles cardiaques et nerveux ainsi que l'état général ;
f) *Radiothérapie*, proposée d'abord par FRANCIS WILLIAMS en 1910, bien étudiée par BÉCLÈRE, et qui consiste à faire des applications de rayons X sur chacun des lobes et sur l'isthme du corps thyroïde à raison d'une séance par semaine pendant deux ou trois mois si la glande est molle, pendant six mois si elle est dure. Cette méthode donne de bons résultats en modifiant heureusement les troubles fonctionnels et l'état général, mais elle agit peu sur les signes physiques. Elle doit être prudente pour ne pas déterminer le myxœdème, ou la tétanie, ou des troubles trophiques ou de la pigmentation de la peau.
g) *La radiothérapie et la galvano-faradisation associées* donnent des succès supérieurs à ceux de chacune de ces méthodes thérapeutiques isolées, supérieurs même à ceux de la chirurgie, d'après MARCEL LABBÉ, FAURE-BEAULIEU, SÉZARY, STÉVENIN.

2° L'HYDROTHÉRAPIE par *bains chauds, douches tièdes* ou *écossaises*... est recommandée aux basedowiens en raison de son action sédative sur le système nerveux.

3° LA CRÉNOTHÉRAPIE qui permet d'appliquer cette hydrothérapie avec des eaux minérales à action élective sur tel ou tel système offre des ressources précieuses au thérapeute. On enverra les basedowiens :

a) A DIVONNE, à NÉRIS... à cause de leurs troubles nerveux ;

b) A ROYAT, à BOURBON-LANCY... pour leur cœur et leurs vaisseaux ;

c) A CHATEL-GUYON, à PLOMBIÈRES... pour leurs manifestations digestives et intestinales ;

d) A LUXEUIL... pour y soigner leurs troubles utéro-ovariens et leur sympathique abdominal

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

La chirurgie intervient contre le goitre exophtalmique au cas d'échec des traitements médicaux et physiothérapiques, sans attendre, bien entendu, la phase cachectique ou asystolique de la maladie :

En principe, elle pouvait être dirigée *contre le sympathique* cervical ou *contre le corps thyroïde*.

1° LA RÉSECTION DU SYMPATHIQUE CERVICAL, proposée et réalisée par JABOULAY et par GÉRARD-MARCHAND, a été complètement abandonnée comme dangereuse et insuffisante, car sa mortalité opératoire est de 9 sur 41 cas, et elle détermine des troubles trophiques au niveau de l'œil, des os, des téguments, et, enfin, ne donne que des améliorations passagères.

2° LES OPÉRATIONS SUR LE CORPS THYROÏDE, par contre, tendent de plus en plus à être employées. Autrefois meurtrières (15 à 20 % de mortalité), elles ont été si bien réglées par KOCHER en Suisse, KULTNER, CHWOSTEK, EISELSBERG en Autriche, COWEL et FRASER en Angleterre, PLUMMER, CRILE et les FRÈRES MAYO en Amérique, enfin BÉRARD et DUNET, SÉBILEAU, LEMAITRE... en France que leur mortalité est tombée à 1 ou 2 % au minimum, et que les interventions sur le corps thyroïde, précédées et suivies de médications à base d'iode et de quinine sont considérées unanimement comme un des meilleurs moyens — sinon le meilleur — de guérison de la maladie de Basedow.

La technique à suivre est la suivante :

1° *Préparer le malade* à subir l'opération en le soumettant pendant un temps variable (1 à 2 semaines dans les cas légers ; plus longtemps dans les formes sévères) à *un traitement iodé* auquel on adjoint le repos, l'hygiène alimentaire et au besoin des préparations de digitale ou de quinine.

2° Ce traitement médical préopératoire une fois fait, *pratiquer l'intervention chirurgicale* qui est essentiellement une *thyroïdectomie*.

a) *La thyroïdectomie* doit être *partielle*, mais *large*, *subtotale* : *partielle*, pour éviter les accidents ultérieurs de tétanie postopératoire par ablation des glandes parathyroïdes et le myxœdème par insuffisance thyroïdienne ; *subtotale*, afin d'obtenir des effets complets et durables. En général, on fait l'ablation subtotale de chaque lobe en ménageant une lame postérieure assez épaisse de tissu glandulaire pour sauvegarder les glandes parathyroïdes.

Cette thyroïdectomie partielle peut être pratiquée d'emblée dans les cas simples. Dans les cas graves, compliqués, on la fait généralement précéder par la ligature des artères thyroïdiennes.

b) *La ligature des artères thyroïdiennes*, portant sur une ou deux (quelquefois même trois ou quatre) artères thyroïdiennes — d'habitude sur les deux artères thyroïdiennes supérieures, n'est donc en général que *le premier temps d'une thyroïdectomie*. Isolée, sans résection thyroïdienne consécutive, elle est insuffisante à assurer la guérison (SÉBILEAU).

3o *Après l'opération, le traitement iodé sera repris — dès les premières heures* — et pendant quelque temps le traitement médical au complet lui sera associé. On évitera cependant de prolonger trop longtemps l'administration post-opératoire d'iode ; elle paraît, en effet, exposer les malades au myxœdème, léger, du reste, et dont les signes restent habituellement frustes.

Grâce à cette méthode, le traitement chirurgical du goitre exophtalmique donne, suivant les statistiques, de 70 à 80 p. 100 de guérisons et un plus grand nombre encore d'améliorations notables et persistantes.

Voilà la raison pour laquelle nous sommes décidés à faire opérer notre malade, qui, depuis 1929, a épuisé sans bénéfices toutes les ressources de la médecine et de la thérapeutique par les agents physiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 novembre 1929 (*Suite*).

Dextrocardie considérable avec rigidité médiastinale, consécutive à un hydro-pneumothorax dont l'épanchement n'a pas été ponctionné. — MM. ***Rist, Hirschberg*** et ***Porin*** présentent deux cas de pneumothorax artificiel, au cours desquels s'est développé un épanchement qui n'a pas été ponctionné. A leur entrée dans le service, ces deux malades présentaient une dextrocardie considérable. Le cœur et le médiastin étaient tout entiers dans l'hémithorax droit. Malgré plusieurs évacuations de liquide, il n'a pas été possible de réduire ce déplacement, le médiastin rigide s'étant fixé en mauvaise position. Les auteurs insistent sur la nécessité d'évacuer précocement les épanchements au cours du pneumothorax pour éviter de telles éventualités.

Le traitement des eczémas, maladies de sensibilisation. — M. ***H. Jausion***, ***P. Cot*** et ***R. Sohier*** estiment que tous les eczémas témoignent d'une susceptibilité tégumentaire élective, au début, souvent générale au terme de l'existence vis-à-vis d'une ou plusieurs substances étrangères à l'organisme et réputées antigène. La marque clinique de ces réactions est une véritable fluxion cutanée. Il y a tout lieu de supposer que le système neuro-végétatif préside à la projection et à la distribution de ces troubles des échanges hydriques. Ainsi défini, l'eczéma admet de multiples variantes tant en raison du terrain (constitution dermopathique) que de la nature de l'antigène.

Le *traitement* s'inspire largement de ces principes généraux. Par son originalité, sa variété, sa souplesse d'adaptation à chaque cas particulier, il mérite de le disputer aux méthodes anti-allergiques américaines pronées par ***Ch. Richet*** fils.

Si le malade est jeune, la maladie récente, et l'antigène connu, c'est la *mithridatisation spécifique* qui théoriquement paraît s'imposer. Tel est le cas pour l'*eczéma des nourrissons* que jugule avec rapidité la désensibilisation lactée maternelle ou animale. Telle aussi est la cure des *dermites professionnelles* dont l'exo-antigène est maniable.

Pour les *eczémas* réputés *dyscrasiques* ou *constitutionnels*, chez les brightiques; les diabétiques, les cancéreux, les appendiculaires, les cholécystiques, les brûlés, l'endo-antigène, en principe insaisissable, doit en fait se retrouver sous des espèces moléculaires très dégradées, dans les urines du patient. C'est alors, et si surtout la forme est aiguë et l'exosérose intense *l'auto-urothérapie* qui doit être pratiquée.

Dans toutes formes, dans les eczémas anciens, poly-antigèniques, la *désensibilisation neuro-végétative*, l'élévation du seuil de réactivité vago-sympathique, peut être obtenue des méthodes générales (auto hémothérapie, hyposulfite de soude, pilocarpine). Ces procédés seront avantageusement associés et pourront toujours compléter la mithridatisation appropriée.

La biothérapie, au moyen de vaccins spécifiques plus ou moins dégradés, s'impose pour ces *eczémas pyococciques et mycosiques*, dus à la sensibilisation des peaux « ouvertes », hypersécrétantes, aux déchets des dermatophytes superficiels peu agressifs et non immunisants. *Stock-lyso-vaccin staphylo-strepto-pyocyanique et claso-vaccin polymyocosique* pourront conférer au tégument un état réfractaire de durée variable mais pratiquement suffisant.

Certaines formes *très parakératosiques*, psoriasiformes, pourront en outre être détergées par la médication élective des parakératoses, la *chimiothérapie bismutho arséno-pyridinique* (psothanol).

Enfin contre les *eczémas solaires*, véritables maladies de lumière, la *lumino-désensibilisation* à la *resorcine*, à la *pyrocatéchine*, voire au *xylol* pourra être associée à l'administration des désensibilisateurs généraux, modificateurs vago sympathiques sans spéficité.

La médication générale des eczémas prêchés pour la première fois en France par ***Ravaut*** trouve à la faveur de ce travail une réalité et des horizons nouveaux.

MM. ***P. Vallery-Radot***, ***Paraf***, ***Flandin***, ***Tzanck***, ***Milian***, considèrent que les méthodes de désensibilisation sous-cutanée et même générale ne sont pas sans danger.

Séance du 6 décembre 1929.

Un cas de maladie de Cruveilhier-Baumgarten. — ***MM. Ph. Pagniez*** et ***R. Rivoire*** présentent un cas de cette maladie exceptionnelle décrite sous le nom de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten, dont neuf cas seulement ont été jusqu'à présent publiés. Leur malade présente une splénomégalie considérable sans hypertrophie du foie, sans ascite, sans circulation collatérale, mais dans la région sous-xiphoïdienne existe un thrill intense, se traduisant à l'auscultation par un bruit de diable, décelant la persistance de la veine ombilicale dans laquelle s'effectue une circulation active. On a décelé par l'interrogation de ce malade, comme dans presque tous les cas publiés, des antécédents paludéens. En considération de ce fait, un énergique traitement par la quinine a été réalisé, mais sans modification objective. En raison de cette symptomatologie, de résultats de l'examen du sang, analogues à ceux de la maladie de Banti, de l'absence de signes hémorragiques on peut se demander si dans l'espèce on n'a pas affaire à une forme spéciale de maladie de Banti analogue à celle individualisée par Eppinger. Dans ces conditions il semble permis d'envisager la possibilité d'une splénectomie, aucun traitement ne paraissant, d'après les observations antérieures, susceptible d'enrayer l'évolution.

M. P. E. Weil partage l'opinion de M. Pagniez sur la splénectomie. Il considère que toute grosse rate peut être justiciable de la splénectomie. A ce propos il cite deux observations dans lesquelles la rate hypertrophiée a conduit à la leucémie et à l'érythrémie.

M. Cathelin à propos d'un cas, signale la difficulté d'apprécier la valeur fonctionnelle du foie en pareil cas. La splénectomie peut être suivie d'ictère grave.

M. Pagniez signale que dans son cas, l'absence de tout signe hémorragique permet de penser que la maladie est à un stade de début.

Tétanos intermittent. — ***MM. Ch. Pagniez*** et ***R. Rivoire*** relatent l'observation d'un malade qui, à la suite d'une plaie minime d'un orteil, présenta un tétanos caractérisé par une simple raideur des membres inférieurs, assez peu accusée pour permettre la marche et passer inaperçue du malade, et des redoublements spasmodiques aussi violents que dans les formes sévères. Entre les périodes de spasme le diagnostic de tétanos aurait été impossible à envisager et on avait dès lors affaire à un véritable tétanos intermittent qui guérit complètement en quelques semaines. Le malade présentait de plus une abolition complète des réflexes cutanés qui ne réapparurent que tardivement. L'épreuve de l'hyperpnée se révéla sans aucune action, fait qui, par une voie indirecte, souligne la différence de nature qui existe entre la contracture de la tétanie et celle du tétanos. Des faits de ce genre sont absolument exceptionnels, un des caractères fondamentaux de la contracture tétanique étant sa continuité.

M. Hallé a observé pendant la guerre des cas de tétanos où il existait au début de simples raideurs et des redoublements spasmodiques très nets. Dans un cas même le malade fut considéré comme simulateur. Mais dans tous les cas le tétanos s'est confirmé tardivement.

Syndrome d'oblitération artérielle des jambes à type de thrombo-angéite, observé neuf ans. — ***MM. P.-Emile Weil*** et ***Lévy-Franckel*** rapportent le cas d'un homme de 47 ans qui présenta quatre mois après une phlébite de la saphène gauche, une baisse de la tension artérielle du même côté avec chute de l'index oscillométrique (3 au lieu de 5 à droite), sans autres signes cliniques. Sur ce seul symptôme le diagnostic

d'endartérite oblitérante fut porté, qui se justifia en juin 1924, trois ans plus tard, par l'apparition de crampes douloureuses des deux jambes. Index oscillométrique : à gauche, 1,5 à droite, 2,5. Le membre inférieur droit fut atteint à son tour en 1926 : l'obstruction vasculaire y eut une évolution beaucoup plus rapide qu'au membre inférieur gauche. En 1927, nouvelle poussée évolutive sur le membre inférieur gauche, assez douloureuse pour nécessiter l'emploi de la morphine. La tension artérielle et l'index oscillométrique baissèrent progressivement aux deux malléoles et creux poplités jusqu'à être proche de zéro. Cependant, quoique le malade accuse depuis cette époque du refroidissement des pieds, aucun phénomène de sphacèle et le sujet actuellement vaque à ses occupations et marche sans souffrir pourvu que la marche ne soit pas trop longue ou en terrain ascendant.

Ce cas, qui rentre dans le cadre du syndrome de Buerger est remarquable par le diagnostic précoce qu'on en a pu faire, par son évolution lente, sa latence et sa bénignité. L'oscillométrie employée de façon méthodique à l'examen des affections douloureuses du membre inférieur permet de reconnaître nombre de cas d'artérite qui eussent jadis passé inaperçus.

Deux observations de paraplégie par localisation méningée au cours de la maladie de Hodgkin. — *MM. Cain, Rachet et Horowitz* rapportent deux observations. La première concerne un homme de 23 ans, traité trois ans auparavant pour des adénites cervicales. Apparition rapide d'une paraplégie flasque avec réflexes augmentés, signe de Babinski en extension, atrophies musculaires, troubles sensitifs et sphinctériens.

Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.

A l'autopsie, volumineuses masses ganglionnaires thoraciques et abdominales, métastases viscérales. Gros bloc dans le poumon droit au contact de lésions de tuberculose aiguë caséeuse. Tumeur de la dure-mère cervicale.

La seconde observation a trait à une femme de 26 ans. Après régression radiothérapique d'adénopathies cervicales, un zona intercostal apparaît, suivi 15 jours après d'un syndrome de section totale de la moelle.

A l'autopsie, énorme masse ganglionnaire abdominale se prolongant dans le thorax, et, par les trous de conjugaison, se reliant à une tumeur de la dure-mère dans la région dorsale.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1929.

Arthrodèse extra-articulaire. — *M. Sorrel* vient défendre la résection de l'épaule, bien supérieure à son avis à l'arthrodèse. Elle conserve la mobilité.

Traumatisme complexe des deux membres supérieurs. — *M. Mouchet* analyse une observation de *M. Grinda*. Il s'agit d'une fracture de Monteggia ouverte, associée à une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche. A droite, il y a énucléation du semi-lunaire que l'on retrouve à la face antérieure des deux os de l'avant-bras à leur quart inférieur.

Maladie de Kümmel-Verneuil. — *M. Mouchet* rapporte une observation de *M. Guillemin* (de Nancy) relatant trois cas de cette maladie.

Les trois malades ont été immobilisés dans un corset et ont été très améliorés.

Torsion de l'ovaire sain. — *M. Murard* (du Creusot). *M. Auvray*, rapporteur. — L'auteur a diagnostiqué la lésion chez une femme enceinte de quatre mois ; il s'agissait d'un syndrome occlusif avec douleur très vive à droite.

M. Okinczic est intervenu pour un syndrome analogue et a trouvé une torsion d'une hydatide implantée sur le pavillon tubaire.

A propos du bistouri électrique. — *M. Heitz-Boyer* rapporte un travail de *M. Guillemin* sur ce sujet.

M. Gernez est d'avis qu'il ne faut jamais utiliser l'anesthésie locale.

M. Moure ajoute que la coagulation sur pinces est toujours suffisante, s'il s'agit de vaisseaux de moyen calibre.

M. Monod a fait de nombreux évidements ganglionnaires du cou au bistouri électrique et sous anesthésie locale.

Maladie de Banti. — *M. Desplats* apporte l'observation d'un malade atteint de cette maladie et splénectomisé depuis deux ans et guéri.

M. Grégoire pose la question de la pathogénie des hémorragies d'origine splénique et insiste sur les reprises post-opératoires tardives des hémorragies.

M. Moure demande s'il y a vraiment intérêt à lier isolément les différents vaisseaux spléniques.

M. Grégoire n'a jamais vu que la thrombose soit plus fréquente avec ligature massive du pédicule splénique.

G. Menegaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 décembre 1929

M. Achard prononce l'éloge de M. Laveran.

Puis M. le secrétaire annuel donne la liste des prix décernés en 1929 :

Prix décernés en 1929

Prix du Prince Albert Ier de Monaco (100.000 fr.) — Le prix est décerné à M. Borrel, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Peigney (d'Ille-et-Vilaine).

Prix du marquis d'Argenteuil (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jules Janet (de Paris).

Prix Argut (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. André Marion (de Paris).

Prix du Baron Barbier (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Chabanier, Mlle Lebert et M. Lobo-Onell (de Paris). Elle décerne des mentions honorables à M. le Dr Hervouet (de Paris) et à M. le Dr Léon Collin, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales.

Prix Barthélemy (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. René Fauvert (de Paris).

Prix Berraute (un titre de 3.092 fr. de rente 3 p. 100). — L'Académie décide d attribuer les arrérages du prix à M. le Dr Victor Ball (de Lyon). Elle décerne également une mention honorable à M. le docteur Ladreyt (de Monte-Carlo).

Prix Mathieu Bourceret (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Malméjac (d'Alger).

Prix Henri Buignet (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Maurice Piettre (de Paris).

Prix Elise Caillebet (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Fleuret, vétérinaire militaire à Nancy.

Prix Clarens (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Urbain et Barotte, de l'Institut Pasteur.

Prix Daubet (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Pierquin et Richard (de Paris).

Prix Demarle (750 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Cachera et Demars (de Paris).

Prix Desnos (3.000 fr.). — L'Académie a décerné le prix à M. le Dr Rémy Néris (de Paris).

Prix Desportes (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix entre MM. les Drs Coutelen (de Paris) et Lecocq (de Neuilly-sur-Seine). Elle décerne des mentions honorables a MM. les Drs Aimes (de Montpellier) et Dhers (de Paris).

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. Cette année, ces arrérages sont attribués à titre d'encouragement à M. Maurice Kaplan (de Paris).

Prix Ernest Godard (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Maurice Rollet (de Paris). Des mentions honorables sont décernées à M. le Dr Maisonnet, du Val-de-Grâce, et M. Marcel Metzger (de Paris).

Prix Jacques Guérétin (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. les Drs Weissenbach (de Paris) et Françon (d'Aix-les-Bains).

Prix du docteur François Helme (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. René Gayet et Mlle Guillaumie (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève) (3.000 fr.). — L'Académie a attribué le prix à M. le Dr Chavany (de Paris).

PRIX HENRI HUCHARD (8.000 fr.) — L'Académie décerne ce prix à la mémoire du médecin commandant Chatinières, dont la vie tout de dévouement et d'abnégation peut être donnée comme exemple aux jeunes générations de médecins.

PRIX LÉON LABBÉ (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Dartigues (de Paris).

PRIX LABORIE (6.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Yves Delagenière (du Mans).

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — L'Académie partage le prix entre M. le Dr Nguyèn Van Luyen, de Phuc-Yen (Tonkin) et M. Lucien Klotz (de Paris).

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue, à titre d'encouragement, les arrérages du Prix Laval à M. Jean-Paul Henri Cordebar.

PRIX LE PIEZ (2.000 fr.). — L'Académie attribue le prix, partage les arrérages de la façon suivante : 1° le Dr Jean Delalande (de Paris), 1.000 fr. ; 2° les Drs Daniel et Jean Omer (de Marseille), 400 fr. ; 3° le Dr Jean Blum (de Paris), 300 fr. ; 4° le Dr Simonin (de Strasbourg), 300 fr. L'Académie décerne, en plus, une mention honorable à M. le Dr Marc Iselin (de Paris).

PRIX LORQUET (300 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Crouzon (de Paris). Elle décerne des mentions honorables à M. le Dr Pierre Varé (de Paris) et à M. le Dr Teulié (de Bordeaux).

PRIX MEYNOT (2.600 fr.). — L'Académie attribue ce prix à MM. Duverger (de Limoges) et Velter (de Paris). Elle décerne, de plus, une mention très honorable à Mme Delanoé (de Mazagan, Maroc).

PRIX ALPHONSE MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Bailly, chef de service à l'Institut Pasteur du Maroc. Des mentions honorables sont décernées à MM. les Drs Abbatucci, Némorin Lefrou, Sautet, Velu et Balozet, Tremsal.

PRIX OTTERBOURG (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Charles Brody (de Grasse).

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Ce prix, destiné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (médecine), est décerné à M. Léon Michaux, interne à l'hôpital de la Pitié.

PRIX PANNETIER (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Lereboullet et Boulanger-Pilet (de Paris).

PRIX REBOULEAU (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Célice (de Paris).

PRIX JEAN REYNAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Charles Dubois, directeur des services vétérinaires du Gard.

PRIX ROUSSILHE (10.000 fr.). — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix. Toutefois elle attribue, sur les arrérages disponibles et à titre d'encouragement, une somme de 2.500 fr. partagée entre les auteurs des mémoires de la façon suivante : M. Busquet (de Paris), 1.000 fr. ; MM. Jausion, Debucquet et Pecker (de Paris), 500 fr. chacun.

PRIX MARC SÉE (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Busquet (de Paris).

PRIX TARNIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Petit-Dutaillis (de Paris).

PRIX VERNOIS (8.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Worms (de Paris) et Marmoiton (d'Alger).

Médaille d'or, à : M. le Dr Henri Thierry, inspecteur général du service d'hygiène.

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs A. Pic, Broquin-Lacombe, Olmer, Trabaud, Baylac, Rochaix.

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Maillard, Massan, M. Iliaquer, M. le Dr Janvier, M. le lieutenant colonel Cartron, M. Bragard.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 décembre 1929

Sur le traitement des tuberculoses osseuses. — *M. Rœderer* rappelle que le traitement doit s'appuyer avant tout sur les méthodes anciennes qui ont fait la preuve de leur efficacité et surtout l'immobilisation rigoureuse. Mais, les méthodes modernes, chimiothérapie, et biothérapie sont utiles ; par exemple, l'iode à haute dose associée à la silice et à la chaux et l'or colloïdal.

Les cholécystostomies. Considérations sur la technique de Victor Pauchet. — *M. Luquet* fait un rapport sur une communication de *M. Deolindo A. Pasqualis* (de Buenos-Aires) qui préconise vivement cette opération et cite à l'appui une observation d'une malade qui, opérée d'urgence pour cholécystite aiguë grave, a guéri. Le rapporteur insiste sur ce fait que, dans les opérations sur les voies biliaires, il faut, suivant les cas, savoir choisir celle qui convient : on pratiquera ou une cholécystectomie avec ou sans drainage des voies biliaires, ou une cholécystostomie ou même une simple cholécystotomie. Chaque opération a ses indications respectives.

Ouverture d'un abcès appendiculaire dans la vessie chez une enfant. Guérison sans intervention. — *M. Barbarin* fait un rapport sur cette observation de M. *Montant* (de Paris). Une telle évolution de l'abcès appendiculaire n'est pas exceptionnelle et, contrairement à une opinion très répandue, il semble que la guérison soit plus fréquente que la septicémie et l'infection ascendante. Dans le cas de l'auteur, une opération ultérieure montra que l'appendice avait complètement disparu.

Sur le mercurochrome. — *M. G. Léo*, à la suite des communications de *Hugh. H. Youg*, a employé ce produit comme antiseptique dans les abcès streptococciques ou autres, sans anaérobies, avec de bons résultats. Il rappelle la bibliographie de la question et commente l'emploi du mercurochrome pour le badigeonnage de la peau, en remplacement de la teinture d'iode.

Traitement pratique du furoncle banal par la solution de mercurochrome. — *M. G. Léo* communique les résultats de son expérience personnelle sur l'emploi du mercurochrome, associé aux autres moyens habituels, pour obtenir la guérison rapide du furoncle banal moyen. Il ne s'occupe pas de la furonculose rebelle. Il préconise simplement un traitement qui abrège l'évolution de la furonculose moyenne et curable, plus que d'autres moyens, moins rapides dans leur action que le mercurochrome.

De l'hémoculture positive avec staphylocoques. — *M. G. Léo* communique l'observation d'un cas de nombreux abcès à staphylocoques purs : péri-néphrétique gauche, péri-néphrétique droit ; abcès de l'amygdale gauche, abcès de l'amygdale droite, abcès sous-cutané, accompagnés d'un examen positif montrant des staphylocoques virulents en circulation dans le sang. Injection de différents vaccins. Guérison.

L'opinion classique annonce un pronostic à peu près fatal dans ces cas. D'accord avec Foata et Fiolle (de Marseille), l'auteur pense que les moyens modernes de vaccination permettent d'atténuer la sévérité du point de vue classique.

Luxation irréductible du coude. Opération. Guérison. — *M. Muller* (de Belfort) communique l'observation d'un homme de 48 ans présentant une luxation du coude en arrière qui avait été méconnue. Opération un mois et demi après le traumatisme. Une tentative infructueuse de réduction faite antérieurement sous narcose avait révélé une rétraction du tendon du triceps. Arthrotomie en baïonnette. Section très oblique du tendon tricipital. Ablation des productions osseuses de la cavité olécranienne et des brides. Résection indispensable de la pointe de l'apophyse coronoïde. Suture en U des fragments du tendon tricipital. Reprise du travail trois mois après l'accident. Extension spontanée du coude à plus de 150° et flexion à moins de 30°. Prosupination normale.

Ankylose du coude par fragment épitrochléen enclavé depuis six mois et adhérent ; intervention et restitution complète des mouvements. — *M. R. Massart* communique cette observation dont le caractère spécial tient à ce que le fragment osseux qui était calé entre la gorge de la trochlée et le cubitus avait contracté une fusion osseuse complète avec ces deux os et créait ainsi une ankylose. L'auteur a libéré cette ankylose par voie trans-olécranienne et a pu obtenir une mobilité complète de l'articulation grâce à la mobilisation précoce et à des soins post-opératoires sur lesquels il insiste : électrisation, ionisation et diathermie.

Cancer du col utérin. Curiethérapie. Guérison locale. Métastase vertébrale. — *M. Bressot* (de Constantine) communique cette observation. Application de radium sur un cancer du col, d'ailleurs cliniquement opérable. Guérison consécutive locale qui se maintiendra telle jusqu'à la mort. Mais, dix mois.

après l'irradiation, apparition d'un cancer vertébral lombaire. Rien d'anormal du côté du foie. Mort. L'auteur discute les causes possibles de cette métastase.

Elections. — Ont été nommés : 1° Membres correspondants nationaux : *MM. Le Moine* (de Brive) et *Ebrard* (de Trouville).
2° Membre correspondant étranger : *M. R. Soutter* (de Boston).

GLANURES

Impressions d'un récent voyage dans l'Amérique du Sud. — *M. le doyen Jean Lépine, a fait dernièrement, une conférence à l'Association des Amis de l'Université de Lyon sur l'Amérique du Sud. Voici le compte rendu résumé de cette conférence, tel qu'il a paru dans le* Salut Public *de Lyon, sous la signature de M. Joseph Buche, agrégé de l'Université.*

« Résumer une conférence de M. le doyen Jean Lépine est une entreprise singulièrement difficile, pour ne pas dire presque impossible. Le savant doyen fuit toute phrase et toute rhétorique. Il ne veut voir que des faits et les exposer sans y rien ajouter ni en rien retrancher. Dans l'incapacité de le suivre, qu'il me soit permis de dire ce que j'en ai compris et retenu en négligeant de nombreux détails et en ne m'attachant qu'à l'essentiel, même au risque de le trahir un peu.

Une puissante Société, l'Association médicale argentine, décidait M. le doyen Lépine à s'embarquer en août dernier pour débarquer à Buenos-Ayres par une sombre journée d'hiver, puisque août dans l'autre hémisphère correspond à notre mois de décembre. Il y a sept ans que les Argentins font venir chaque année un savant étranger pour lui montrer leurs magnifiques hôpitaux et les progrès réalisés dans l'hygiène publique et, le cas échéant, recueillir un avis autorisé et un enseignement utile. Je crois bien que M. le doyen Lépine était le premier savant français invité. Notre gouvernement, à juste titre, profitant de cette heureuse occasion, lui donna une mission officielle, qui lui ouvrit bien des portes et lui permit de voir de près ces peuples pleins de jeunesse et en voie d'un prodigieux épanouissement. M. le doyen Lépine a visité successivement l'Argentine, le Chili, l'Uruguay et le Brésil.

Il me semble que les idées maîtresses suggérées par ce voyage puissent se ramener à trois : ces peuples veulent de plus en plus devenir une nation, augmentent par tous les moyens d'hygiène le nombre et la vigueur de leurs enfants, n'hésitent pas pour assainir et décongestionner leurs villes d'y percer des avenues de plusieurs kilomètres, en abattant même les maisons neuves sans reculer devant la dépense. Ils vont de ce point, nous dit le doyen qui est médecin, jusqu'à l'excès de construire des hôpitaux d'un luxe inutile. Mais il admire leurs consultations, le rôle admirable des femmes dans l'administration des hôpitaux, les terrains de sport, les piscines, la manière dont ils sauvent les enfants que leurs parents ont peine à élever. En un mot, tout, jusqu'à leurs camps d instruction pour leurs soldats hors et loin des villes, tout tend à façonner une race énergique et de plus en plus étroitement et ardemment nationale.

Ces Américains du Sud se sentent et se reconnaissent des Latins très différents des Américains du Nord tout en les admirant et les craignant à la fois. Ils admirent leur puissance industrielle et ont quelque mépris pour les Latins d'Europe comme nous, qui leur paraissons en industrie marquer le pas ; mais ils aiment encore nos lettres, nos arts et notre culture. Seulement il est à craindre, si nous continuons les mêmes erreurs, qu'ils ne se tournent complètement du côté des Etats-Unis, et ne passent, ce qui est naturel, de l'imitation de leur industrie à l'imitation de leurs mœurs et de leurs institutions.

Voilà, je crois, les idées maîtresses qui se retrouvent partout avec des différences dues au sol, au climat, aux cultures, à l'élevage et à l'industrie D'admirables projections mettent sous les yeux Buenos-Ayres, la ville entre toute moderne avec la pampas qui commence à ses portes et se prolonge par une pente insensible jusqu'au pied des Andes, et Cordoba, la vieille ville espagnole avec son Université fondée par les Jésuites et sa distinction aristocratique.

De là le conférencier passe au Chili en franchissant les Andes par un chemin de fer qui escalade des gorges sauvages, longe des glaciers et descend par des à-pics vertigineux sur Santiago, la ville enfouie au milieu des jardins magnifiques. La race change. Jusque-là il n'y avait que des blancs, maintenant ce sont des métis, race de paysans qui fait songer à la Suisse. Ici les Allemands sont chez eux, ils y ont tout organisé en y versant leurs ingénieurs, leurs commis-voyageurs et leurs industriels.

Nulle part l'accueil ne fut plus froid. Mais la franchise, la netteté d'allure, la science l'emportèrent sur les préventions : le chef du gouvernement en fit l'aveu à M. le doyen Lépine en lui disant : « Venez, restez, nous vous montrerons tout ce que vous désirez : nous ne vous connaissions pas. »

Le retour se fit par l'Uruguay. C'est une région peuplée par nos Méridionaux et nos Basques. Leur cœur est donc bien près du nôtre. En 1915, ils décidèrent de prendre pour leur fête nationale le 14 juillet. Là encore il serait bien curieux d'étudier leurs institutions hospitalières pour protéger les mères, dépister les prétuberculeux et les cardiaques. Mais nous nous hâtons vers le Brésil qui est vraiment la merveille de l'Amérique du Sud.

L'arrivée de S. Paulo au port de Santoé par une route en ciment armé au milieu d'une forêt vierge est un enchantement : arbres immenses réunis par des lianes, chants d'oiseaux, parfums énivrants, fraicheur des sous-bois; tout en fait un Paradis terrestre.

Rio-de-Janeiro avec sa rade immense et sa ville aux prolongements infinis dans la forêt, plonge ses heureux habitants dans une douceur de vie où tout s'atténue, même les haines et les rivalités politiques. Don Pedro, ce Marc Aurèle du Brésil est renversé en 1889 et l'on voit aujourd'hui sur les mêmes monnaies figurer son effigie et celle de son successeur fraternellement juxtaposées.

La conclusion très ferme du doyen est que malgré la prospérité apparente de nos industrie, métallurgie et soie, il est temps d'éviter de trop graves fautes : les livres français ne doivent pas être vendus à un prix prohibitif ; il faut savoir emballer (1) de l'optique, des rayons X de la T. S. F. ; faire de nos banques des centres d'action française ; ne pas envoyer à ces peuples des journaux où il n'y ait que des crimes et des romans scandaleux ; ne pas leur laisser croire que notre enseignement est gangrené par le bolchevisme... Le danger est que ces peuples jeunes, bien que Latins, désespèrent de nous et se tournent corps et âme vers les Etats-Unis... »

Le centenaire de la mort de Lamarck. — On sait que le grand naturaliste Lamarck, originaire de Bazentin, est mort le 18 décembre 1829. A l'occasion du centenaire de sa mort, la Société Linnéenne de la Somme et du Nord de la France s'est donné la mission d'honorer sa mémoire.

Le souvenir de Lamarck n'est rappelé que par quelques œuvres d'art et ses collections personnelles, que conserve le Muséum d'Histoire naturelle de Paris. Ses restes sont dans une tombe anonyme au cimetière Montparnasse.

Jusqu'en 1916, la maison natale de Lamarck subsista à Bazentin, mais elle fut réduite en ruines par la guerre. La Société Linéenne se propose de dessiner un petit square sur l'emplacement de la maison du savant et d'y placer son buste restauré en 1928. Dans le jardin seront cultivées les espèces botaniques étudiées par l'auteur de la *Flore française*.

Pour réaliser ce projet, la Société Linéenne vient d'ouvrir une souscription qui sera close le 15 mai 1930.

(*Comœdia*).

Au dîner de la Société Royale de médecine de Londres. — Au dîner de la Société Royale de médecine de Londres, que M. Mac Donald vient de présider, les assistants furent surpris de voir sa familiarité avec le médecin du roi, lord Dawson, assis à sa droite. A une question posée par le président de la Société de médecine, le Premier répliqua.

— Figurez-vous qu'il y a quarante ans nous étions tous deux de pauvres étudiants.

Nous connûmes ensemble la vie difficile et même la misère. Un soir après une petite fête de famille chez un ami, nous fîmes quatre kilomètres à pied, car nous manquions d'argent pour nous offrir le plus modeste véhicule !

Et puis, un beau jour, nous nous retrouvâmes, en 1924, au palais Buckingam, Dawson, médecin du roi, couvert de broderies dans son grand uniforme, moi premier chef du gouvernement.

(*Cri de Paris.*)

Un évadé de la médecine : Marcel Aymé, lauréat du prix Théophraste Renaudot. — M. Marcel Aymé est l'auteur de trois romans : *Aller retour*, les *Jumeaux du Diable* et *La Table*

(1) Tout arrive cassé, paraît-il. On se plaint de l'insuffisance des emballages français. « Dans votre pays on ne sait donc pas faire un emballage » a-t-on dit à M. le prof. Lépine.

aux Crevés, pour lequel il vient de recevoir le prix Théophraste Renaudot. Né en 1902 à Joigny, d'un père et d'une mère jurassiens, M. Marcel Aymé, après avoir terminé ses études au collège de Dôle, ville où il vit habituellement décida, sur les conseils de sa famille, de faire sa médecine. Mais sa vocation fut de courte durée. Voici ce que l'auteur de la *Table aux crevés* (cette table aux crevés, c'est le nom d'un champ) a dit à ce sujet à M. Frédéric Lefèvre (1).

« Au sortir du collège, je n'avais pas de vocation. Après quelques mois de mathématiques spéciales, j'allais en Allemagne apprendre la langue. Il m'en reste de la grammaire et un peu de vocabulaire. Je revins en France sans projet précis et, en présence de mon inertie, ma tante et mes frères décidèrent que je ferais ma médecine en revenant du régiment. Dans cette intention, je vins à Paris prendre une inscription. Le premier cours auquel j'assistai me dégoûta de la médecine, car j'avais à ma droite une forte fille rousse aux senteurs d'aisselle, à ma gauche un jeune homme basané qui parlait dans une langue très étrangère.

Je pris le parti de rester au lit chaque matin jusqu'à onze heures et d'aller jouer le soir au poker à la Taverne de Paris, avenue de Clichy. Dans ma famille, je recevais des lettres d'encouragement où l'on me questionnait sur mes progrès. Je répondais que ça n'allait pas mal. Après uue année, il me fallut avouer et je prétendis entrevoir un très bel avenir dans la banque. J'entrai dans un grand établissement de crédit. »

Y a-t-il plus de demi-fous à notre époque que dans les siècles passés ? — *M. le docteur Maurice de Fleury, a fait cette année, aux Annales, une conférence sur les demi-fous. Nous détachons quelques lignes de cette conférence qui vient de paraître dans* Conferencia (20 novembre 1929).

« Lorsque Mme Yvonne Sarcey a bien voulu me poser cette question : « *Pourquoi y a-t-il tant de demi-fous* ? », j'ai cru comprendre que sa pensée intime pouvait se formuler ainsi : « Pourquoi y a-t-il, par le temps qui court, tant de demi-fous ? » C'est presque une question d'actualité qu'elle m'incitait à traiter. Hélas ! je vais la décevoir.

Je veux répondre tout de suite qu'à mon avis il n'y a pas présentement beaucoup plus de demi-fous qu'il n'y en eut au temps de Marignan, sous le règne de Louis XIV, ou sous la monarchie de Juillet. Rabelais peint des demi-fous.

Hamlet ou *Othello*, *Le Menteur*, de Corneille, *l'Avare*, *Tartufe*, *le Malade Imaginaires*, sont d'admirables demi-fous.

Les *Caractères* de La Bruyère fourmillent de déséquilibrés. Il faut nommer de même les quatre ou cinq principaux personnages du plus terrible, du plus profond peut-être des grands romans psychologiques *Les Liaisons Dangereuses*. La moitié des mille héros de Balzac, le Julien Sorel de Stendahl. rentrent aussi, n'en doutez pas, dans cette vaste catégorie — qui nous paraît plus ample de nos jours et qui nous frappe davantahe parce que nos grands centres urbains sont beaucoup plus peuplés, les faits divers et les procès plus divulgués, la presse plus empressée à renseigner, les mœurs plus dévoilées au double sens du mot.

Mais je sens bien que vous allez me demander une définition du demi-fou, ce qui m'amènerait inévitablement à définir le fou tout entier. Or, il n'existe pas de définition qui vaille de la folie, ni même de la raison, ou, si vous préférez, du parfait équilibre mental. Ce mot « folie » englobe trop de choses et trop diverses, pour qu'une phrase les puisse circonscrire avec exactitude. Voltaire y a échoué dans son *Dictionnaire philosophique* et le sage Littré lui-même, qui, cependant, excelle à définir.

Le Dr Maurice de Fleury, qui s'adressait à un auditoire non médical, a terminé sa conference en disant :

« ... Comprenez que nous ayons l'orgueil d'une profession dont les études nous ouvrent des horizons si vastes ! Car, enfin, elle nous donne un peu le droit de parler de psychologie, voire d'échanger des idées générales avec les maîtres de la pensée. De tous temps, depuis l'Ecole romaine (700 ans avant Jésus-Christ), depuis que les Pythagoriciens et cette vieille école de Crotone qui, déjà situait l'âme raisonnable dans le cerveau, philosophes et médecins se sont fait des emprunts, tour à tour adversaires et réconciliés.

Un jour qu'on parlait de lui présenter un chirurgien illustre,

(1) Une heure avec Marcel Aymé, lauréat du prix Théophraste Renaudot, par Frédéric Lefèvre. *Les Nouvelles Littéraires*.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

Paris-Montparnasse Nantes en 5 h 12.

Aller

Départ : Paris-Montparnasse à 18 h. 10
Arrivé à Nantes-État à 23 h. 22.

Retour

Départ : Nantes-État à 5 h. 45.
Arrivée à Paris Montparnasse à 11 h. 52.

Voitures directes 1er 2e et 3e classes.

Wagon-restaurant

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Sports d'hiver. Rapide Paris Chamonix.

Du 10 décembre 1929 au 27 février 1930, un rapide (1re et 2e classes) est mis en marche entre Paris et Saint-Gervais-les Bains (Chamonix-Mont-Blanc) et vice versa. Ce train comporte, dès le 10 décembre, des lits-salons avec draps, des lits-salons ordinaires et des couchettes. A partir du 18 décembre, un wagon-lits (1re et 2e classes) y sera mis en service.

Un train de sens inverse circulera au départ de Saint-Gervais-les-Bains (Chamonix-Mont-Blanc) à partir du 11 décembre (avec wagons-lits à partir du 19 décembre) et jusqu'au 28 février.

Départ de Paris : 22 h. 00. Arrivée à Sallanches-Combloux-Mégève : 9 h. 53 ; à Saint-Gervais-les-Bains-le Fayet : 10 h. 07 ; à Chamonix-Mont-Blanc : 11 h. 28.

Départ de Chamonix-Mont-Blanc : 17 h. 33 ; St-Gervais les Bains-le Fayet : 19 h. 08 et Sallanches-Combloux-Mégève : 19 h. 20. Arrivée à Paris 6 h. 53.

le professeur Pirogoff, on raconte que le tsar Nicolas Ier répondit avec un mépris magnifique :

— Inutile ! Un médecin est toujours assez bon pour donner des lavements à mes grenadiers !...

Nous méritons, n'est-il pas vrai ? mieux que cela. Ayons la fière conscience de ce que nous apportons de clartés au savoir humain. Ayons aussi la modestie de croire que nos routes ne sont pas nécessairement les seules qui mènent à la vérité. Gardons-nous de cet orgueil de soi, de ce dédain d'autrui, que nous discernons chez les autres... »

Alcoolisme expérimental. — La police danoise ayant constaté que la plupart des accidents d'automobiles étaient provoqués par des chauffeurs « en état d'ivresse », le Conseil municipal de Copenhague a décidé de procéder à des expériences lui permettant de se rendre compte des modifications qu'une certaine quantité d'alcool peut apporter dans les facultés de vision, d'intelligence, de coordination musculaire et d'estimation des vitesses.

Deux cents personnes vont donc être soumises à certains « tests » psychologiques avant et après l'absorption d'une quantité donnée d'alcool (bière, schnaps, whisky, brandy et liqueurs). Les doses iront de 40 à 50 centimètres cubes d'alcool pur et devront être prises au cours d'un repas léger.

Mais on ne nous dit pas comment se recruteront les sujets et si le repas léger, mais bien arrosé, sera la seule récompense qu'on accordera à leur civisme. (*Figaro*).

BIBLIOGRAPHIE

Henri Heine par ses contemporains, publié par H.-H. Houben et traduit par B. Netter-Gidon. Un volume in-8 de la Bibliothèque Historique, avec 8 héliogravures : 25 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Henri Heine fut un des plus brillants parleurs du XIXe siècle. C'est dans la conversation que son esprit, l'essentiel de son génie, jaillit avec le plus de fraîcheur, gronde avec le plus de force. Dès le premier semestre de sa vie d'étudiant. la langue acérée du poète est la terreur de ses adversaires et ses amis en attendent l'étincelle qui mettra le feu aux poudres. Ses bons mots lui servent d'introducteurs dans les salons de Hambourg, de Berlin, de Munich, de Paris. Dès que Heine paraît, l'anecdote fleurit et sa graine féconde donne naissance à la légende. Pendant les huit dernières années de sa vie, ce fut la conversation, qui, avec quelques très rares écrits, établit la liaison entre le poète et le monde extérieur.

A côté de sa correspondance, les causeries de Heine constituent pour le biographe les plus riches des sources. Ces causeries touchent à tout ce qui « rampe et vole » dans l'histoire de son temps et les personnages importants des littératures allemande et française y montent en scène en qualité de héros, d'amoureux, de fous, d'intrigants. Chacun y est caractérisé d'un mot profond ou impertinent, spirituel ou méchant. Mais pour retourner la parole de Napoléon, du ridicule au sublime il n'y a qu'un pas, et l'esprit de Heine illumine comme un feu au sommet de la montagne ; un monde de pensées, grave, sombre, multiple, inexploré nous environne.

Le professeur Houben s'est mis, il y a bien des années, à la recherche des documents oraux touchant à ce monde de la pensée de Heine et ce qu'il apporte dans ce volume est le fruit de ce long travail de collectionneur. Son ouvrage, le premier en son genre, se placera à côté des œuvres et de la correspondance de Heine, dont il constituera un complément essenciel.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Viennent de paraître :

Electrothérapie gynécologique, par L. Delherm et Laquerrière, In-8, 104 p. : 15 fr. (Gauthier-Villars).

L'hydrothérapie médicale, par Dubois de Saujon. In 8, 130 p. : 15 fr. (Gauthiers Villars).

Urologie pratique, par le Dr P. Bazy. In-8, 526 p., fig. : 80 fr. (Gauthier-Villars).

NOUVELLES

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. (Années 1929-1930). — *Conférences du dimanche.* — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1929-1930, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE DEUXIÈME TRIMESTRE 1929-1930. — 12 janvier. M. RIBADEAU-DUMAS : De l'eczéma du nourrisson et son traitement. — 19 janvier. M. PASTEUR VALERY-RADOT : Vue d'ensemble sur les maladies par hypersensibilité (anaphylaxie, idiosyncrasie). Pathogénie, diagnostic et traitement. — 26 janvier. M. SORREL : Traitement de la tumeur blanche du genou (enfant et adulte). (Projections.) — 2 février. M. André JACQUELIN : Diagnostic des hémoptysies tuberculeuses. — 9 février. M. Raoul-Charles MONOD : Les fractures de Dupuytren. — 16 février. M. J. HAGUENAU : Traitement des sciatiques. — 23 février. M. LE LORIER : Les troubles de l'appareil urinaire au cours de la gestation. — 2 mars. M. MAGITOT : L'adaptation de l'œil aux divers éclairages et les troubles de l'adaptation rétinienne. — 9 mars. M. P.-F. ARMAND-DELILLE Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes enfants et son traitement (projections). — 16 mars. M. TURPIN : L'extrait para-thyroïdien. Ses utilisations thérapeutiques. — 23 mars. M. Camille LIAN : L'angor aigu coronarien fébrile (projections). — 30 mars. M. GRENET : La syphilis héréditaire de deuxième génération (étude clinique). — 6 avril. M. Georges ROUHIER : Le traitement chirurgical des prolapsus utéro vaginaux.

Hôpital Laennec. — (*Service d'oto-rhino-laryngologie*). — Le Henri BOURGEOIS, chef du service d'oto-rhino-laryngologique, et le Dr Maurice BOUCHET, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, commenceront, le lundi 14 janvier 1930, une série de 15 leçons sur la séméiologie des maladies de l'oreille.

Le cours aura lieu les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 10 heures et comprendra : 1° Une consultation expliquée avec examen de malades et pratique de technique spéciale ; 2° Une leçon conçue dans un sens pratique. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire au Service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laennec, auprès de M. HUET, assistant du service. Droit d'inscription : 150 francs.

Dispensaires de la Gironde. — Un concours sur titres aura lieu, à la fin de janvier, pour la nomination d'un médecin chargé de dispensaires dans la Gironde.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues par le règlement type.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard St-Michel, Paris VIe ».

Congrès international de radiologie. — Le Conseil municipal de Paris, sur la demande de M. F. Loblgeois, au nom de la 4e Commission vient de prendre la délibération suivante :

ARTICLE PREMIER. — Il sera inscrit au buget de 1930 une subvention à titre de participation de la Ville de Paris au Congrès international de radiologie qui doit se tenir à Paris en 1931.

ART. 2. — Cette somme sera versée entre les mains du représentant dûment qualifié dudit Congrès.

Le secret professionnel des médecins devant la justice. — Le tribunal correctionnel de Montauban ayant à juger une affaire de vol dont sont inculpées deux personnes qui se prétendent les bénéficiaires des libéralités et dons d'un défunt au détriment des héritiers qui ont porté plainte, avait fait appeler à la barre des témoins le docteur Gilbert, de Lauzerte.

Le défunt avait quelques jours avant sa mort, fait appeler son notaire pour lui dicter son testament, et le notaire avait requis à cet effet quatre témoins instrumentaires, parmi lesquels se trouvait le docteur Gilbert. Au cours de la scène pendant laquelle les testateur dictait ses volontés, une femme, une des deux inculpés actuels, fit irruption dans la chambre, et une altercation sur des questions d'intérêt se produisit entre elle et le testateur auquel elle reprochait de ne pas tenir ses engagements.

Le docteur Gilbert appelé à déposer sur ce fait particulier, comme les trois autres témoins (fait étranger à tout ce qui touche à la santé du *de cujus*) a néanmoins refusé de déposer, se retranchant derrière le secret professionnel.

Ce tribunal a accepté cette thèse. (*L'Ami du Peuple.*)

La carence du téléphone. — Tous les Français se plaignent du téléphone ; tous pâtissent d'une situation qui semble devoir s'éterniser, mais plus que tous autres les médecins pour qui le téléphone devrait être un collaborateur rapide, régulier, précis et sûr.

Il n'en est malheureusement pas ainsi et le mécontentement du corps médical à l'égard du service des téléphones va toujours grandissant, comme le prouve la protestation suivante :

« Les trente-deux médecins soussignés, réunis le 27 novembre 1929 en un dîner amical se plaignent tous également du mauvais fonctionnement du téléphone qui porte à leurs blessés, à leurs malades et à eux-mêmes le plus grave préjudice. Ils protestent énergiquement contre cette situation indigne d'un grand pays moderne :

J. Bergeret, Bonnet-Roy, Bontemps, Bureau, L.-Th. Colaneri, Coquelin, D'Audard, Degrais, Dufourmentel, Robert Dupont, Duvoir, Fahri, Gardin, Géraudel, Goulet, R. Lemière, J.-B. Lagie, Gaston Lyon, Manceau, Mawas, Mendelsohn, Petitjean, André Plichet, Richard, Carle Rœderer, Roynet, Saboure, Georges Schreiber, Clément Simon, Serge Simon, R. Tarnaux, H. Vignes. »

Nous prions tous les médecins désireux de s'associer à cette protestation de bien vouloir communiquer leur nom et leur adresse au président de l'Association nationale des abonnés au téléphone, 4, rue Martel, Paris (10e), qui centralisera toutes les réclamations ainsi formulées et les transmettra au Ministre des P. T. T.

Une faculté de médecine ayant le caractère d'une faculté de médecine coloniale sera créée à Marseille. — Au Sénat, un important débat s'est engagé sur le chapitre 17 *bis* du budget de l'Instruction publique dont la Commission des Finances proposait le vote avec crédit de 369.358 francs.

M. Le Moignic accepte de voter les crédits pour la Faculté de Marseille, mais il demande qu'une compensation soit accordée à la Faculté de Montpellier, notamment en dirigeant sur elle un plus grand nombre de boursiers, ainsi qu'un plus grand nombre d'étudiants venus des colonies et de l'étranger.

M. Mario Roustan, sénateur de l'Hérault, réplique qu'il ne s'agit pas d'un match entre Montpellier et Marseille. Il s'agit

seulement de savoir si les conditions posées par le décret de 1922, pour l'ouverture de la Faculté de Marseille, ont été ou non remplies.

L'ancien ministre craint que d'autres villes que Marseille ne réclament, elles aussi, une Faculté de médecine sur leur territoire. Alors que le nombre des étudiants de la Faculté de Montpellier augmente.,. ses ressources, elles, diminuent !

M. Pierre Marraud, ministre de l'Instruction publique, répond que la Faculté de Montpellier a toute sa sympathie.

A nouveau, M. Mario Roustan demande instamment pour la Faculté de Montpellier qui, depuis le X[e] siècle, a fourni des maîtres éminents à la science médicale, les crédits dont elle a un besoin urgent.

M. Charles Dumont, rapporteur général du budget, constate que, pour la deuxième fois, la Chambra a manifesté sa volonté de voir ouvrir la Faculté de Marseille.

A son tour, M. P. Strauss, sénateur de la Seine, soutient Marseille qui a consenti de sérieux sacrifices pour sa nouvelle fondation.

M. Reboul, sénateur de l'Hérault, demande au Sénat de persister dans sa première manière de voir, Marseille s'est engagée à supporter tous les frais, a un budget presque égal à celui de la Belgique, et ne doit pas demander à l'Etat une avance de 369.000 francs. Il craint que Montpellier se trouve, à cause de Marseille, dans une situation inférieure.

L'assemblée paraît hésitante, mais M. Maraud, ministre de l'Instruction publique, met les choses au point.

M. Marraud. — J'entends donner à la nouvelle Faculté de Marseille le caractère d'une Faculté de médecine coloniale. Tous les traitements seront à la charge de la ville. Nous nous engagerons dans la voie de la création d'instituts spéciaux entourant les chaires principales. Le plan d'aménagement vous sera soumis. Je me considère, d'autre part, comme engagé moralement à donner à la Faculté de Montpellier l'outillage nécessaire pour qu'elle continue de jouer son rôle glorieux. Je ferai étudier sur place les aménagements nécessaires.

La cause est entendue. M. Schrameck, qui avait déposé une demande de scrutin public déclare la retirer.

Les crédits sont adoptés à mains levées. L'ensemble du projet tel qu'il a été voté à la Chambre est adopté par 274 voix contre 17.

Ecole française de stomatologie. (20, passage Dauphine, 30, rue Dauphine et 27, rue Mazarine, Paris). — *Cours publics et gratuits.* (Hiver 1930. Salle des conférences de l'école).— Anatomie pathologique bucco-dentaire, par M. le professeur agrégé Oberling.

Le mercredi 8 janvier à 18 heures : But et méthodes de l'anatomie pathologique. Les grands processus morbides. Dégénérescences, inflammation et tumeurs. — Mercredi 15 janvier, à 18 heures : Rappel de la structure de la muqueuse buccale. Introduction à l'étude des stomatites. Caractères généraux du processus inflammatoire, caractères spéciaux des lésions inflammatoires de la cavité buccale. Principes de la classification des stomatites : a) classification anatomique : stomatites catarrhales, vésiculeuses (herpétiformes) pseudo-membraneuses, aphteuses, purulentes, ulcéreuses, gangréneuses ; b) classification étiologique. — Mercredi 22 janvier, 18 heures : Les principales formes étiologiques des stomatites. A) Les stomatites traumatiques. B) Les stomatites de causes thermiques (brûlures). C) Les stomatites dues à l'action de corps chimiques définis. Empoisonnements aigus (acides caustiques. formol, sublime, etc. Intoxications lentes (mercure, plomb, bismuth, arsenic, etc.). D) Les stomatites infectieuses, rougeole, scarlatine ; soor, diphtérie, variole, fièvre aphteuse, actinomycose, gonorrhée, syphilis, tuberculose, coma. Les lésions de la cavité buccale dans les maladies de nutrition (scorbut) et dans les affections du système hématoppïétique (anémie pernicieuse, leucémie, agranulocytose, etc.). — Mercredi 29 janvier, à 18 heures : Mme Laborde : Généralités sur le cancer. Caractères biologiques et morphologiqués. Envahissement, métastases. Conditions d'apparition. Application dc ces notions aux cancers de la cavité buccale. Mercredi 5 février, à 18 heures : Les principales lésions de la langue. Aspect de la langue dans les maladies infectieuses. Syphilis de la langue, tuberculose linguale, lésions hyperplasiques : leucoplasie, granulomes. Tumeurs bénignes de la langue. Kystes, papillomes, fibromes, névromes. Le cancer de la langue. Etude d'ensemble des ulcérations linguales, les difficultés de leur diagnostic. Importance de la biopsie. — Mercredi 12 février, à 18 heures : Rappel de la structure des gencives et des dents. Troubles de la dentition. La carie dentaire. Etiologie et pathogénie, lésions de l'émail, de l'ivoire et de la dentine. — Mercredi 19 février, à 18 heures : La carie dentaire (suite). Les lésions de la pulpe. La périostite alvéolaire, la pyorrhée. — Mercredi 26 février, à 18 heures : Les tumeurs des mâchoires. A) Les tumeurs d'origine dentaire. Les kystes folliculaires. Les kystes paradentaires. Les odontomes. Les adamantinomes. B) Les tumeurs mésenchymateuses. L'épulis. — Mercredi 5 mars, à 18 heures : Les examens de laboratoire (urines. sang, pus). La biopsie et son utilité dans le diagnostic et le traitement des affections buccales. — Mercredi 12 mars, à 18 heures : Mme Laborde : Le traitement des cancers de la cavité buccale par le radium.

Radiumthérapie en stomathlogie, par Mme le docteur Simone Laborde, chef du service de radiumthérapie au centre anticancéreux de Villejuif.

Mercredi 29 janvier, à 17 heures : Généralités sur le cancer, Caractères biologiques et morphologiques, Envahissement. Métastases. Csnditions d'apparition. Application de ces notions aux cancers de la cavité buccale.— Mercredi 12 mars. à 18 heures : Le traitement des cancers de la cavité buccale par le radium.

Pathologie dentaire, par M. le D[r] Fargin-Fayolle, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie.

Vendredi 21 février, à 18 heures : Les infections pulpaires au cours de l'évolution de la pyorrhée alvéolaire. — Vendredi 28 février, à 18 heures : Les phlegmons d'origine dentaire de la région palpébro-lacrymale.

Pathologie stomatologique, par M. le Dr ROUSSEAU-DECELLE, stomatologiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole française de stomatologie : Les vendredis 14 et 21 mars, à 18 heures : Les glossites.

Hôtel des Syndicats médicaux français. *Emission nouvelle de 900.000 francs d'obligations par la Société immobilière de l'hôtel Chambon.* — L'Hôtel des Syndicats médicaux français, 95, rue du Cherche-Midi, est en voie de parachèvement. Les bureaux de la Confédération y sont installés depuis fin août ; de même le bureau de l'Association professionnelle internationale médicale, l'A. P. I. M. Les bureaux du Syndicat des chirurgiens français y sont organisés depuis fin octobre. L'Association générale des médecins de France et la Société de secours pour les femmes et enfants de médecins décédés dans la détresse occuperont leurs locaux à partir du 15 janvier. Ainsi sera constitué une sorte de ministère français de la médecine appartenant aux médecins et géré par eux.

En plus, a été édifiée une grande salle à toutes fins : tenues d'assemblées générales, organisation de cours et de conférences, d'expositions, de banquets, de représentations artistiques etc.

Pour réaliser ce programme dans son ensemble, la Société immobilière de l'hôtel Chambon a été obligée d'engager de fortes dépenses. Une première somme de 1.600.000 francs avait été votée pour l'exécution de la première partie de ce programme. Les prévisions ont été exactes et cette somme a servi à l'achat de l'hôtel, au paiement des droits, aux réparations de l'immeuble existant. Restait la seconde partie : édification d'un local pour l'A. G. et la F. E. M., construction de la grande salle et d'une galerie d'exposition permanente pour les grandes firmes pharmaceutiques. Une dépense supplémentaire de 900.000 francs a été de ce fait décidée. Pour couvrir cette dépense, la Société Immobilière émet des obligations de 1.000 fr. et de 250 frs. Ces obligations sont nominatives ou au porteur, au choix des souscripteurs. Les obligations nominatives sont recommandées. L'intérêt est de 5 %, comme pour la première émission d'obligations, en janvier dernier. La Société prend à sa charge l'impôt sur le revenu de 18 %, mais il lui est interdit, comme à toute autre Société, de payer l'impôt de transmission sur les obligations au porteur et cet impôt personnel est de 0 fr. 50 pour 100 fr. de capital.

Par conséquent, les porteurs d'obligations nominatives touchent 5 %, l'impôt sur le revenu de 18 % (soit 90 centimes sur 5 fr. d'intérêt) étant supporté par la Société. Les détenteurs d'obligations au porteur sont également exemptés de l'impôt sur le revenu, mais non de la taxe de transmission de 0.50 % de capital.

En résumé, les obligations de la Société présentent cette particularité intéressante sur beaucoup d'autres que l'impôt sur le revenu est payé par la Société elle-même. Quant aux avantages et inconvénients des obligations au nominatif ou au porteur, il appartient à chaque souscripteur de les apprécier.

Tous les médecins qui comprennent l'intérêt primordial de l'existence de cet hôtel des Syndicats médicaux français n'hésiteront pas à souscrire.

Les souscriptions sont recueillies par M. le Dr F. JAYLE, 2, rue Guynemer, Paris-VIe. Le paiement de la souscription doit accompagner la souscription et peut être fait de trois manieres : 1° par l'envoi d'un chèque de banque barré à M. le Dr JAYLE ; 2° par un virement au C. C. P. de la Société : 1342.67, Paris ; 3° par un envoi en espèces sous lettre chargée ; ce dernier moyen est le plus onéreux et le moins pratique pour la comptabilité. Dans les trois cas, il est nécessaire d'aviser directement M. le Dr Jayle par une lettre, qui peut être jointe à la souscription, du nombre et de la variété des obligations prises en spécifiant si elles sont nominatives ou au porteur.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix : 1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues) ; 2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin) ; 3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pauchet) ; 4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet). Chaque prix est de mille francs. Les candidats doivent être de nationalité française.

Les travaux originaux et inédits, doivent être adressés au Secrétaire général de la Société, 3, rue de la Trémoille, Paris (8e) avant le 31 décembre ; au moins en deux exemplaires et de préférence en cinq, dactylographiés ou imprimés.

Nécrologie. — Dr Joseph MARAIS, professeur suppléant d'anatomie à l'école de médecine de Caen, décédé à l'âge de 43 ans. — Dr Louis PARANT, médecin directeur de la Maison de santé de Saint-Cyprien à Toulouse, décédé à l'âge de 38 ans. — Dr Ch. BESSIÈRE, médecin directeur honoraire des asiles d'aliénés. — Dr Paul FABRE, ancien chef de clinique ophtalmologique, décédé à Paris. — Dr VIALLETON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé à l'âge de 69 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'état actuel du traitement de la paralysie générale,

Par L. BÉRIEL et J. ROUSSET.

Les recherches anatomiques et bactériologiques modernes n'ont pas abouti à homologuer absolument la paralysie générale aux syphilis nerveuses ordinaires la paralysie reste donc, comme autrefois, une maladie syphiphilitique, mais d'un caractère un peu particulier ; cependant les résultats obtenus par des traitements spéciaux, en partie au moins, différant de ceux des maladies syphilitiques, donnent un regain d'actualité au problème traitement.

On notera aussi un fait important : la certitude que l'on a maintenant de ne pas rester inactif rend plus urgent le diagnostic précoce ; en présence d'un malade atteint de troubles intellectuels légers, on s'est habitué à fouiller davantage le diagnostic et à rechercher systématiquement des compléments d'information par les méthodes de laboratoire ; on attribue à juste titre à certaines constatations positives une valeur diagnostique considérable. La recherche du Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, celle de la lymphocytose et le dosage de l'albumine du liquide, sont devenues des manœuvres courantes et indispensables dès qu'il existe le moindre doute. Ces manœuvres permettent d'affirmer et de compléter le diagnostic précoce.

Avec le perfectionnement des méthodes de diagnostic, avec les résultats des traitements, se pose maintenant, sous une nouvelle forme la question de l'incurabilité. Ce problème avait dû être résolu autrefois de la façon suivante : la paralysie générale est théoriquement incurable à raison du processus qui la commande (et auquel nous ferons allusion plus loin) ; elle est aussi pratiquement incurable, puisque la thérapeutique ne se montre pas agissante ; elle ne peut être traitée que d'une manière prophylactique. Telles étaient les données, il y a encore peu d'années ; comment le problème se présente-t-il à l'heure actuelle ? Les faits nouveaux qui ont été fournis avec les traitements par le stovarsol et la malaria sont-ils tels que les données précédentes doivent être abandonnées ?

Il est certain que l'on n'a pas encore la certitude de guérisons véritables : et cependant certains malades paraissent avoir retrouvé leur état antérieur, et ceci depuis plusieurs années. Doit-on penser que chez eux la maladie est véritablement guérie, doit-on déduire de leur exemple que le processus est curable ? il faut, pour résoudre ce problème, rappeler les données qui avaient fait conclure à l'incurabilité fondamentale de la paralysie générale.

***

Autrefois l'incurabilité était presque un dogme. La découverte du spirochète dans le cerveau des paralytiques avait fait naître, il n'y a pas vingt ans, l'espoir fugitif que le dogme avait vécu : certains auteurs, pensant que l'on devait considérer la maladie comme une simple syphilis cérébrale, avaient pris la découverte bactériologique pour une découverte thérapeutique et pensaient qu'il n'y avait qu'à traiter plus fort pour voir le traitement spécifique agir. On put se rendre compte très rapidement que la vérification du spirochète ne changeait rien à la nature de la maladie.

Les traitements spécifiques déjà essayés maintes fois, soit à petites doses répétées, soit à hautes doses, n'avaient pas donné de résultat vraiment net. « Les quantités considérables d'arsenic injectées dans les veines, si elles peuvent parfois ralentir l'évolution de l'affection, n'ont cependant aucun pouvoir curatif certain. D'autre part, les petites doses répétées de 914 préconisées par M. Sicard n'ont pas donné davantage de guérisons confirmées » (Sézary). Cette dernière méthode a été en effet préconisée et étudiée de près par Sicard, Roger et Leredde, mais cependant sans aucun résultat certain. Pourtant dans tous ces essais de traitement, les doses injectées donnent des chiffres considérables et les analyses de Kohn-Abrest montrent que les centres nerveux arrivent à renfermer de grandes quantités d'arsenic. Les essais d'introduction par d'autres voies, par exemple l'injection directe des médicaments spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien, ne furent pas plus heureux. De même, plus récemment l'emploi des agents nouveaux comme le bismuth, ne donnait pas de résultat, pas plus d'ailleurs que les mélanges arsenic et bismuth (éparséno, luatol) : *malgré la certitude que le spirochète pullule dans l'encéphale malade, malgré la multiplication des nouveaux remèdes, la paralysie générale reste donc intraitable devant les médications anti-syphilitiques habituelles.*

Par ailleurs, les tentatives de traitements non spécifiques n'avaient apporté jusque-là que des échecs : les médications dites perturbatrices employées, soit par des produits microbiens ou non : tuberculine, bactérium coli (Binswanger), bacille typhique (Friedlander) staphylocoque (Wagner), par le nucléinate de soude (Donath et Fescher), par la radiothérapie (Marinesco), se sont révélées insignifiantes, pour ne pas dire inefficaces Nous avons vu précédemment que les médications spécifiques anciennes (iodure, mercure) comme les nouvelles (salvarsan, novarsénobenzol, bismuth) ne se montraient pas plus actives. Aussi était-il permis de considérer la paralysie générale comme incurable, incurable du point de vue absolu, à raison des conditions mêmes de son processus, incurable relativement, à raison de l'insuffisance thérapeutique. On en était réduit à s'efforcer d'arrêter le développement même de l'affection : guérison initiale ou mieux prophylaxie.

L'incurabilité anatomique existe en effet. Il est bon de rappeler la conception suivante qui a été maintes fois exposée par l'un de nous : la paralysie doit être considérée comme une encéphalite syphilitique de forme particulière, dont le processus aurait un double mouvement, l'un vasculaire et exsudatif, l'autre dégénératif. L'évolution clinique habituelle comparée à l'étude des lésions fait admettre que le second terme de ce processus est essentiel dans la détermination de la maladie : il correspond à la déchéance intellectuelle progressive, à la démence. L'enseignement tiré de l'étude des formes démentielles ordinaires, des formes prolongées et des rémissions, l'enseignement tiré de l'étude des autres démences, démontrent que ce mouvement dégénératif est progressif *par lui-même*, indépendamment de toute nouvelle cause morbide et que, s'il se déroule avec une extrême lenteur, il se déroule inéluctablement. Si l'on tient compte des manifestations cliniques accessoires, des épisodes aigus, des formes rapides ; — si l'on y compare d'autres syndromes mentaux toxi-infectieux de nature différente, on arrive à admettre que d'une façon générale, en pathologie mentale, ces épisodes variables sont des expressions cliniques secondaires, contingentes en rapport avec les mouvements vasculaires et exsudatifs. Le processus de dégénération était un mouvement biologique déclanché par une cause épisodique, mais devenant ensuite autochtone. Les autres sont étroitement liés dans leur apparition, comme dans leur évolution, à des causes pathogènes microbiennes ou toxiques : ils sont mobiles, sujets à des modifications spontanées ou provoquées : dans la paralysie générale ils doivent donc être curables.

Cette conception qui paraît vraiment correspondre à la

réalité rend donc très aléatoire l'espoir d'une guérison, puisqu'elle aboutit à ce point de vue décevant : dans la paralysie générale, maladie syphilitique, le processus fondamental échappe cependant à la syphilis, n'est subordonné à l'agent pathogène qu'à l'origine et relève ensuite simplement des lois de l'anatomie générale.

Anatomiquement par ce processus, la maladie, est donc fondamentalement incurable : nous venons de rappeler que jusqu'à nos jours, elle n'était même pas partiellement curable, puisque les traitements spécifiques se montraient inopérants.

Les données anatomiques fournissaient cependant des indications certaines, — mais que l'on n'avait pu remplir jusqu'ici — combien difficiles à remplir, puisqu'elles faisaient penser que le spirille ou ses toxines, ou toute autre cause tangible, provoquait sur le fond élémentaire de dégénération devenu banal et inaccessible, les multiples incidents qui grossissent, déforment, précipitent les accidents de l'évolution clinique. On devait donc cherchee à obtenir par le traitement une modification favorable de ce terme mobile du processus; d'autant que cette modification a été spontanément observée dans les rémissions : pour n'en donner qu'un exemple on sait que la leucocytose du liquide céphalo-rachidien, témoin du processus inflammatoire et de son intensité, disparaît dans les rémissions spontanées. On était donc tenté de chercher une guérison relative par de nouveaux procédés thérapeutiques. Nous avons rappelé plus haut qu'on n'avait même pas obtenu cette guérison-là par les traitements spécifiques habituels.

L'emploi des thérapeutiques nouvelles, — pyrétothérapie réglée, malariathérapie, arsenicaux pentavalents, le stovarsol surtout — fit renaître tous les espoirs de guérison et l'on pouvait se demander même si le dogme de l'incurabilité n'avait pas vécu.

Nous nous proposons d'examiner dans leur ensemble les résultats actuels de ces nouveaux traitements et de voir s'ils doivent faire revenir sur l'opinion émise plus haut de l'incurabilité. La malariathérapie et le stovarsol ont déjà plusieurs années de pratique utile ; on peut déjà se rendre compte de leur action réelle.

***

La MALARIATHÉRAPIE, dérivée des anciennes médications dites perturbatrices, est trop connue maintenant pour que nous rappelions sa technique : mais nous devons dire un mot du STOVARSOL. Au point de vue paralysie générale, il était inconcevable de voir la médication spécifique impuissante à arrêter le processus inflammatoire qui paraît directement spécifique et que rien ne distingue d'une autre syphilis. Il y avait là quelque chose de frappant et l'on avait dû admettre, pour l'expliquer, que le tréponème, fixé dans le parenchyme nerveux, s'y trouvait à l'abri des médications habituelles introduites dans le torrent circulatoire ou dans le liquide céphalo-rachidien. On avait essayé d'obtenir la fixation des remèdes spécifiques sur la substance nerveuse par des procédés détournés : injections de sérum de cheval, médicaments dits neurotropes, médicaments colloïdoclasiques, mais sans succès, lorsqu'on eut l'idée d'utiliser une nouvelle combinaison arsenicale, le stovarsol : Sézary admettant que le tissu nerveux était doué d'un pouvoir réducteur marqué, l'arsenic ne pouvait devenir tréponémicide qu'après un processus d'oxydation. Ce processus ne peut se réaliser dans les centres pour les arsenicaux ordinaires ; au contraire l'arsenic pentavalent, dont le stovarsol est une forme, n'agit qu'après avoir subi une réaction. Quoique inférieur aux arsénobenzènes comme spirillicide, son action réelle dans les centres nerveux pouvait être suffisante pour enrayer l'évolution de la paralysie générale.

De fait, ce médicament montrait une action incontestable sur tous les troubles somatiques : tremblement, dysarthrie et surtout sur les troubles psychiques : beaucoup de malades, après traitement, présentaient toutes les apparences de la guérison et reprenaient leurs occupations antérieures. Des examens de laboratoire révèlent que leur liquide céphalo-rachidien montre une atténuation, puis une disparition des anomalies ; toutefois le traitement ne négative pas toujours la réaction de Bordet-Wassermann.

Il est difficile de donner un pourcentage des cas qui présentent cette évolution. En pareille matière, aucune statistique n'est possible, d'abord parce qu'il peut exister d'assez nombreuses ercurs sur le diagnostic exact de l'affection que présentaient les malades guéris ; ensuite parce que le moment où le traitement est institué varie infiniment d'un cas à l'autre ; parce que chez un malade donné, nous ignorons en réalité à quel moment de l'évolution nous entreprenons la thérapeutique. Mille conditions accessoires, qui apportent leur appoint dans l'établissement des délires, des accès confusionnels ou dépressifs, masquent souvent le début en déterminant des syndromes trompeurs : parfois on croit traiter un P. G. avancé alors qu'il est seulement dans les périodes toutes initiales de la maladie, et qu'il aurait spontanément une rémission de plus ou moins longue durée. Seules, les opinions personnelles des observateurs peuvent présenter quelque intérêt ; la revue sincère que peut faire un auteur des cas par lui observés peut lui permettre d'avoir une impression générale d'ensemble, sans aucune prétention à une certitude, mais cependant valable. Pour nous, nous estimons que d'une façon globale 50 % environ des paralytiques traités par le stovarsol ont un résultat tangible, soit une guérison apparente, soit au moins une rémission frappante.

En même temps que ces résultats étaient obtenus par la chimiothérapie, les méthodes pyrétiques donnaient autant de succès. La pyrétothérapie préconisée depuis longtemps, essayée par Piloz en 1911, reprise en 1917 sur une dizaine de malades par Wagner von Jauregg, fut depuis très employée surtout sous forme de malariathérapie. On peut se baser pour apprécier les résultats actuels de cette thérapeutique sur les conclusions d'une thèse récente (H. CHRISTY : « Contribution à l'étude de la malariathérapie de la paralysie générale». Thèse de Lyon, 1929). Dans 54 % des cas la guérison pratique serait obtenue, dans 20 % on constaterait une amélioration. Mais la méthode n'est pas sans danger. Dans 9 % des cas elle peut entraîner la mort.

D'autres méthodes de pyrétothérapie sont moins employées : fièvre récurrente, vaccin anti-chancrelleux.

***

Ces résultats semblent définitivement acquis, il est permis de se demander où en est la question de l'incurabilité pratique de la maladie de Bayle ou plutôt de sa curabilité.

Si l'on fait cet examen, il faut bien admettre que les résultats obtenus ne sont peut-être que des rémissions plus ou moins indéfinies. Les médications actuelles arrêtent les poussées aiguës, elles font cesser l'excitation psychique, mais elles laissent subsister la diminution intellectuelle et mentale. Même traité dès le début de son affection, un individu qui semble guéri a une diminution cérébrale légère de ses centres nerveux. Un examen mental superficiel ne révèle rien de particulier, on ne s'aperçoit de rien si on ne fait pas une analyse minutieuse ou si on ne connaît pas l'état antérieur. L'entourage du malade, s'il est assez cultivé, peut se rendre compte d'une modification générale du psychisme, sensible surtout pour la finesse du jugement, la délicatesse des sentiments, l'acuité de l'attention. Dans la plupart des cas le malade a « vieilli », notablement, est devenu plus puéril, moins affectif. Ce sont là des nuances parfois très nettes, indiquant un certain degré de débilité mentale désormais acquise. En outre, lorsque le sujet fait des poussées aiguës d'excitation ou de dépression des mouvements psy-

chiques, soit dans un sens, soit dans un autre) ces poussées sont rendues anormales, bizarres, parce qu'elles évoluent sur un fond insuffisant.

Cependant le malade a l'air guéri et pratiquement il peut être considéré en pratique comme guéri et reprendre ses occupations.

Quant aux troubles somatiques, chez le plus grand nombre de paralytiques généraux dans les débuts, ce sont des troubles de nature inflammatoire, encéphalitiques, qui peuvent facilement disparaître ainsi que les réactions du liquide céphalo-rachidien.

Il convient de se rappeler ces faits dans l'examen de la responsabilité légale d'un paralytique général traité et réputé guéri. Chaque cas soulève un problème médico-légal nouveau.

Donc, en conclusion, on peut dire que la conception ancienne de l'incurabilité reste vraie. Des deux processus de la paralysie générale un d'entre eux reste incurable, mais, grâce aux méthodes nouvelles, il est plus ou moins dégagé de sa mise en train inflammatoire, puis il est livré à lui-même à l'abri de tous les appoints inflammatoires. Il est tellement lent dans son évolution qu'il place seulement les sujets sur un échelon inférieur à celui qu'ils occupaient auparavant dans l'échelle du développement intellectuel et mental.

Il faut considérer l'affirmation ci-dessous comme une loi probablement définitive. Jamais on ne pourra traiter le fond de dégénérescence de l'éruption qu'à titre prophylactique.

* * *

Néansmoins ces constatations éclairent le problème d'un jour nouveau et dictent la conduite à tenir en face d'un paralytique général.

Grâce aux méthodes nouvelles, le pronostic pratique de la maladie de Bayle est changé : on ne peut plus dire qu'elle est *absolument* incurable. Il faut donc la soigner, la bien soigner, et la soigner tôt. C'est, là une conclusion qui est capitale dans l'histoire de l'affection.

Le nombre des guérisons, comprises comme nous venons de l'exposer ci-dessus, ne peut être évalué, et comme nous l'avons remarqué plus haut, les statistiques n'ont relativement pas de valeur à cause de multiples circonstances : âge du sujet, précocité du traitement, appoints divers (alcoolisme, troubles circulatoires ou viscéraux), constitution de l'individu, conditions d'hygiène, état antérieur au point de vue du développement cérébral. On peut dire qu'en gros, la moitié des malades bénéficient du traitement ; ce chiffre ne peut servir de base en présence d'un cas donné, mais il a tout de même le mérite de montrer qu'il y a un pourcentage suffisant de guérison pour qu'on soigne les paralytiques généraux avec plus d'attention que par le passé.

Les *conclusions pratiques*; sont donc, dans l'état actuel des choses, les suivantes :

Deux méthodes permettent d'obtenir des résultats du plus haut intérêt. C'est entre elles deux que le médecin devra choisir.

La *malariathérapie* reste une méthode qui ne peut s'appliquer que dans quelques grands centres ; elle exige un personnel médical et infirmier rompu à sa technique ; on ne peut toujours se procurer facilement l'hématozoaire ; d'autre part, dans certaines contrées, les malades traités pourraient présenter des dangers de dissémination du paludisme si celui-ci n'était parfaitement éteint quand leur isolement cesse. Enfin et surtout la mortalité est très élevée. De là découlent les contre-indications tenant à la méthode. Il en existe d'autres qui proviennent du sujet : affection cardio-vasculaire, tuberculose, alcoolisme, insuffisance hépatique.

En résumé l'emploi de la malariathérapie reste l'apanage de quelques spécialistes opérant dans les centres aménagés à cet effet.

La *stovarsol* par contre peut être employé partout, par tous les médecins praticiens. Il ne présente aucun danger. La méthode des injections intra-musculaires, deux à trois fois par semaine, n'excédant pas un gramme chaque fois, ne fait courir aucun risque oculaire. Elle n'exige aucune installation spéciale ; elle permet les traitements ambulatoires (1).

En pratique, sa prescription est la conduite la plus simple dans bien des cas ; tous les cas même sont justiciables de son emploi, avec la réserve pourtant qu'on sera prêt à organiser la malariathérapie si on n'obtenait aucun succès après une ou deux séries.

Enfin, il est bon de savoir que les deux méthodes peuvent être conjuguées : malariathérapie avec ultérieurement traitement par le stovarsol continué aussi longtemps que des troubles persistent et même dans les années suivantes à titre de traitement d'entretien.

Naturellement, comme par le passé, on veillera attentivement à l'hygiène générale des paralytiques, et on fera en sorte de les mettre à l'abri de tous les appoints morbides si fréquents (alcoolisme, excitation nerveuse, surmenage...).

CLINIQUE UROLOGIQUE

Le certificat prénuptial (2)

Par M. le Professeur **LEGUEU**.

Messieurs,

Depuis longtemps, depuis quelques cinquante ans, sur la proposition de Cazalis le certificat prénuptial est à l'ordre du jour. Toutes les Sociétés qui s'occupent d'hygiène, de sociologie, de syphiligraphie, et même en 1926, la Société des droits de l'homme, invoquant les droits de l'enfant, ont demandé des mesures pour la protection de la société, sous une forme que résume ce mot de certificat prénup tial, qui devient ainsi une figure de plus en plus précise, et qui s'impose maintenant à peu près à tout le monde.

Je voudrais aujourd'hui vous faire en quelque sorte l'exposé de la question et étudier successivement pour le certificat prénuptial sa *nécessité*, ses *difficultés* et ses *modalités*.

I. — Sa nécessité.

Il est en effet indispensable de trouver une mesure quelconque pour protéger dans le mariage le conjoint, avec lui la famille qui est la cellule initiale de la société, et avec l'enfant la descendance et en même temps la société elle-même.

Certains pays d'ailleurs, comme la Norvège, ont déjà pris des mesures nécessaires ; il n'y a véritablement pas de raison pour que nous n'essayons pas d'appliquer dans l'ordre humain un peu ce que nous réalisons dans les campagnes pour les animaux, où nous nous préoccupons pour les mariages exclusivement de la question de santé, alors que pour les hommes, des questions de sentiment ou de fortune interviennent seules et sans qu'on se préoccupe de l'examen de la santé.

Non, on ne peut pas continuer ainsi à laisser se marier sans réserve et sans contrôle des tuberculeux, qui ne sont pas encore complètement guéris, et qui contaminent

(1) Exceptionnellement, le stovarsol peut déterminer des réactions cutanées analogues à celles des arsénobenzènes habituels.
(2) Leçon inaugurale du 13 novembre 1929.

leurs enfants et par leurs enfants entretiennent et prolongent le cycle fatal de la tuberculose, qui se propage de génération en génération. A tel point, que si la tuberculose n'était pas une des maladies les plus curables, nous finirions tous par en mourir.

Non, on ne peut pas laisser se marier impunément des syphilitiques, guéris depuis trop peu de temps et susceptibles ainsi de contaminer aussi leur descendance et d'entraîner sur leurs enfants des tares organiques définitives.

Non, on ne peut pas non plus laisser se marier des blennorragiques imparfaitement guéris et susceptibles d'entraîner par leur mariage la stérilité de la femme et de les conduire par la salpingite à la castration, c'est-à-dire à la détérioration prématurée d'un organe encore jeune.

Et combien d'autres maladies pourrions-nous envisager comme susceptibles d'être prises en considération au moment du mariage : l'alcoolisme avec ses descendants nécessairement tarés ; l'épilepsie facilement héréditaire aussi, et plus particulièrement toutes ces tares psychopathiques, qui ne sont que des modalités de la folie et qui pèsent lourdement sur des générations, sans qu'on puisse savoir exactement qui sera frappé, mais alors qu'on sait pertinemment que quelques éléments de ces familles seront frappés et d'une façon définitive.

Dans tous ces cas, il me paraît nécessaire d'envisager un examen individuel pour arrêter des contaminations qui vont être inévitables, pour empêcher des atteintes à la génération suivante et par elles une atteinte définitive à une société qui a d'autant plus le devoir de se préoccuper de la qualité de ses membres, que la quantité diminue pour ainsi dire d'année en année.

Mais ici, tout de suite se présente une nécessité ; si, il y un examen, si la formule du certificat prénuptial peut être réalisée, il faut avant tout que ce certificat ait une valeur prohibitive une valeur d'empêchement, sans quoi il ne servirait à rien.

Et alors, deux autres conséquences se déduisent immédiatement : c'est d'un côté une atteinte à la liberté individuelle, d'un autre côté c'est une atteinte au secret professionnel.

Ce sont là deux dogmes de notre société : la liberté est la garantie de l'individu dans l'ordre social ; le secret professionnel est la garantie du malade dans l'ordre médical. Il ne peut être question de supprimer ni l'une, ni l'autre de ces garanties, sans bouleverser les acquisitions les plus fondamentales de l'ordre social actuel, mais tout de même quand la question de la société vient en jeu, on ne doit pas avoir peur pour assurer la protection de la collectivité, d'apporter de temps en temps quelques atténuations aux dogmes protecteurs de l'individu.

Lorsque certains pays du Nord ont voulu se débarrasser de la lèpre et supprimer ses grandes extensions, qui ont fait tant de mal au Moyen-Age, qu'ont-ils fait? Ils ont supprimé dans une certaine mesure la liberté individuelle et ils sont arrivés à un résultat tel qu'aujourd'hui la lèpre est une chose rare, exclusivement limitée à quelques cas isolés.

Quand aujourd'hui, dans notre pays, on veut assurer la protection de la société contre certaines maladies infectieuses, ne sommes-nous pas autorisés à violer le secret professionnel en informant les pouvoirs publics de l'existence d'une scarlatine, d'une fièvre typhoïde, d'une maladie contagieuse ?

Il peut donc y avoir, et il doit y avoir, dans certaines conditions, dans le seul but de protéger la société, quelques atténuations relatives du secret professionnel, ou même de la liberté individuelle et je ne vois pas sur ces deux points une impossibilité absolue à l'édification du certificat prénuptial, si celui-ci, et c'est son principe, doit avoir pour but de protéger la société.

II. — Ses difficultés.

Elles sont multiples et peuvent être classées en trois groupes, suivant qu'elles appartiennent à l'ordre sentimental, à l'ordre social ou à l'ordre médical.

Les difficultés d'ordre *sentimental* n'ont vraiment pas grande importance ; elles peuvent prêter à rire et amuseront les chansonniers de Montmartre ; mais elles ne sont pas de nature à troubler le fond de la question.

On pourra rire en effet de cette période des fiançailles, si charmante d'habitude, et qui sera faite de visites de médecin, de ponction lombaire, d'examen du sang, de spermoculture, etc.

On peut également plaisanter sur l'attitude des mères conduisant à la veille des fiançailles leurs filles dans le cabinet du médecin pour obtenir un examen profond et complet nécessaire au certificat prénuptial. Et peut-être que malgré la nudité des plages et du théâtre, y aura-t-il quelques protestations du côté des jeunes filles et surtout des demi-vierges.

On peut invoquer encore le trouble qui sera apporté dans des familles lorsque les ruptures des fiançailles seront la résultante d'un refus.

Mais tout cela véritablement n'est rien, quand on pense que par l'innovation en question on doit assurer la protection de la société ; et d'ailleurs toutes ces difficultés initiales seront atténuées le jour où l'éducation des masses ayant été faite tous comprendront la nécessité d'une mesure générale de prophylaxie sanitaire.

Plus graves, sont les difficultés d'ordre *social*, elles se résument à ceci : on va augmenter les difficultés du mariage, on va apporter des troubles et des mesures vexatoires à sa réalisation : « Eh bien, soit, dira le célibataire, je reste dans l'union libre », et les enfants naturels ne seront pas protégés.

Et cette objection a sa valeur à une époque où le mariage est déjà quelque peu discrédité par les entraves qu'il apporte à la liberté, de l'homme surtout, et où il a déjà beaucoup perdu de la solidité qu'il comportait autrefois.

Aussi bien, devra-t-on n'adopter, au début au moins, que des mesures assez simples, assez faciles ; on devra faire preuve d'une réelle modération dans les formules primitives du certificat prénuptial de façon à ne pas décourager les candidats au mariage, et à ne pas obtenir un résultat contraire à celui qu'on cherchait.

Ce sont en réalité les difficultés d'orde *médical* qui sont de beaucoup les plus importantes ; et ces difficultés résultent de ceci : la médecine est absolument impuissante à formuler des conclusions précises à un jour et à une heure donnés sur l'état de santé d'un malade qui a eu telle ou telle des infections dont nous avons parlé et dont il est actuellement apparemment guéri ; de la guérison clinique et apparente à la guérison réelle et scientifiquement démontrée, il y a une grande marge, et la plupart des examens sur lesquels on a fondé toutes les espérances se montrent au contraire, pris dans leur répétition et leur succession, contestables et discutables, pour une application quelconque et isolée ; et je vais vous le montrer par quelques exemples pris dans la tuberculose, dans la syphilis et dans la blennorragie.

Voici par exemple la *tuberculose*. Evidemment toute tuberculose ouverte doit être rejetée du mariage ; il ne peut être question que d'une tuberculose fermée. Mais une tuberculose fermée n'est pas nécessairement une tuberculese guérie, et s'il est vrai que la tuberculose est une des maladies qui guérit le plus complètement et le mieux, dont la guérison est une certitude chaque jour vérifiée, du moins en présence de tel individu il est très difficile de dire s'il n'est pas encore guéri de la tuberculose qu'il a eue antérieurement.

Voici par exemple au n°4 de notre salle Laugier une femme qui arrive avec une tuberculose rénale à droite : cette tuberculose, est comme toujours secondaire à une tuberculose ancienne ; et chez cette femme de 33 ans, la tuberculose primitive fut une tuberculose de l'enfance localisée au genou et guérie depuis 27 ans, car elle est restée trois ans dans le plâtre.

Entre le moment où cette femme a été guérie de sa tu

berculose, et le moment où vers l'âge de 25 ans elle s'est mariée, elle n'a jamais présenté d'accidents de quelque nature que ce soit ; et si j'avais été appelé à donner mon avis sur elle, j'aurais pu affirmer qu'elle était complètement guérie, car elle ne présentait ailleurs aucune manifestation : ses poumons étaient indemnes, son genou était ankylosé et les fistules fermées depuis très longtemps.

Et cependant j'aurais eu tort, car cette femme avait encore dans son économie des bacilles, qui ont trouvé moyen dans ces derniers temps de s'étendre jusqu'au rein et à l'appareil urinaire.

Elle a même eu le temps de contaminer plusieurs de ses enfants ; depuis son mariage, contracté à 25 ans elle a eu cinq enfants ; deux sont morts déjà de méningite tuberculeuse, et des trois vivants qui restent un est atteint de pneumothorax ; les deux autres sont encore en bon état, le mari également.

Dans vingt ans, l'enfant de cette femme, qui a aujourd'hui un pneumothorax, si comme il est invraisemblable il vient à guérir, se mariera et continuera à propager dans son foyer la tuberculose à l'exemple de sa mère ; et ainsi voilà pris sur le fait le cycle fatal de la tuberculose se transmettant par le mariage de génération en génération.

Et ainsi donc, si me basant sur des signes purement cliniques j'avais dit à cette femme quand elle avait 25 ans qu'elle était guérie et pouvait se marier, je commettais un abus de pouvoir et j'engageais terriblement ma responsabilité en donnant le certificat prénuptial, puisqu'elle-même est aujourd'hui en puissance d'une tuberculose rénale certainement secondaire à sa tuberculose articulaire, et que ses enfants sont eux-mêmes contaminés.

Pour la *syphilis,* trois éventualités sont possibles au regard du certificat prénuptial. Des gens peuvent contracter la syphilis quelques jours avant le mariage, entrer dans le mariage sans connaître la contamination dont ils sont l'objet et qu'ils transmettront après à leur conjoint. C'est là un cas dans lequel le certificat prénuptial ne peut rien arrêter, puisqu'il ne peut pas être informé.

Quant au malade qui se présente avec des accidents syphilitiques au médecin, en vue du mariage, le certificat prénuptial les arrêtera ; là la difficulté n'est pas grande, car je ne pense pas qu'il y ait un médecin au monde qui permettrait à un individu atteint d'accidents primitifs ou secondaires de se marier si on devait un jour trouver du côté du malade des résistances, alors je comprendrais le geste de ce médecin, qui en présence d'un cas semblable, violant le secret professionnel écrivait au beau-père en lui demandant de faire assurer sur la vie le fiancé de sa fille. Le mariage fut rompu, la jeune fille échappa à la syphilis, et cet homme mourut six ans plus tard de paralysie générale.

Le Professeur Gougerot qui rapporte dans son excellent livre sur la syphilis le fait précédent, raconte que Dupuytren se crut autorisé de même à violer une fois le secret professionnel. Un jeune médecin l'avait consulté sur l'état de santé de sa fiancée : Dupuytren, qui l'avait opérée répondit que cette jeune fille ne guérirait jamais ; et en fait, elle mourut quinze mois après de tuberculose.

Et Dupuytren s'excusait de la manière suivante : « Si j'ai mis sous mes pieds l'article du Code pénal sur le secret d'Hippocrate, c'est que j'ai présent à l'esprit ce divin précepte : Aime ton prochain comme toi-même et ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas que l'on te fît. »

La question délicate pour la syphilis se trouve posée tout de même chez les gens qui ne présentent aucun accident au jour déterminé du certificat prénuptial : ils ne présentent aucun accident, et les examens sont négatifs, mais là encore il faut se demander depuis combien de temps le traitement est fini et les malades indemnes.

Certains malades ont en effet intérêt à vieillir leur syphilis, de façon à se montrer en intégrité sur une longue période, espérant ainsi consacrer leur guérison : alors que cependant la plupart des médecins demandent, pour que la guérison soit consolidée, une longue période de surveillance et d'observation.

Et alors, comment résoudre cette question à un jour donné, à une date précise, celle des fiançailles ou du mariage, sans avoir réalisé la longue période d'observation nécessaire ?

En ce qui concerne la *blennorrhagie,* les difficultés ne sont pas moindres. Sans doute pour la blennorragie aiguë et pour la blennorragie chronique même, il est possible de constater l'affection et de prévenir le mariage.

La difficulté se présente pour les anciens blennorragiques qui sont en apparence complètement guéris, qui ne présentent plus aucune trace de leur blennorragie et dont il n'est pas toujours si simple d'affirmer l'intégrité. Il y a là des difficultés très réelles et différentes pour l'homme et pour la femme.

L'homme guérit toujours, à condition bien entendu de faire tout ce qu'il faut et de suivre pendant un certain temps un traitement régulier et méthodique.

Mais à quel caractère peut-on reconnaître qu'un blennorragique ancien est véritablement guéri ? La clinique à elle seule peut conduire à une conclusion quand il n'y a pas de sécrétion et que par des ingestions de bière ou des injections de nitrate d'argent, on a en vain provoqué le retour d'un écoulement; et cependant ces moyens ne sont pas toujours très probants. Il me souvient d'une erreur, que j'ai dans ces conditions, commise il y a quelques années ; j'avais autorisé sur ces bases cliniques un mariage, les examens du fiancé avaient tous été négatifs et cependant ce ménage présenta plus tard une double gonococcie provoquée certainement par la guérison imparfaite du mari.

Les moyens cliniques comportent donc des défaillances : aussi accueillit-on avec satisfaction cette épreuve de la spermoculture, qui fut proposée il y a quelques années par Guépin, Barbellion et Lebreton ; mais tout de suite les désillusions vinrent ; en effet, tandis que certains laboratoires affirmaient que sur les anciens blennorragiques primitivement parfaitement guéris, près de 80 % avaient encore des gonocoques, c'est-à-dire n'étaient pas mariables ; d'autres laboratoires, avec une technique peut-être un peu différente, ou une interprétation autre, arrivaient à conclure que 3 % seulement de ces malades étaient encore contaminés, et incapables de se marier. Que doit-on dire des 77 % qui restent ? Sont-ils mariables ? Ne le sont-ils pas ? Du fait de ces interprétations différentes, la spermoculture perdait une partie de sa valeur.

Dans un cas, où la question pour moi se posait il y a quelques années, j'ai été dans l'impossibilité de trancher à une date fixe la question du certificat prénuptial, et Janet qui avait été consulté également demanda un supplément d'enquête et d'information pendant trois mois, de telle manière que le mariage ne put avoir lieu à la date qui avait été fixée et qui aurait été désirée.

Chez la *femme,* les difficultés ne sont pas moindres, on peut proclamer en fait que la femme guérit rarement de la blennorragie ; elle guérit en tout cas très difficilement : sa blennorragie reste latente sans aucun symptôme pendant des années, la contamination sera toujours possible, et cependant les signes de la maladie seront frustes et inappréciables.

Il y a, comme le dit Janet, des blennorragies chroniques qui se localisent dans un foyer glandulaire fermé et qui résistent à toutes nos investigations et à toutes nos analyses, et les individus qui en sont porteurs sont particulièrement dangereux au point de vue de la contamination.

Le problème se complique encore de ce fait, c'est que la contagion n'est pas du tout fatale, et qu'on peut voir des cohabitations prolongées sans contamination, alors que l'infection se maintient persistante chez la femme.

Je pourrais citer des exemples de cohabitation de ce genre dans lesquels malgré l'infection certaine et positive de la femme, la contagion de l'homme ne se produit,

◆ ❖

dans un cas que j'ai sous les yeux, que tous les quatre ou cinq ans, et ces faits qui surprennent sont un peu déroutants en ce qui concerne le diagnostic de ces contagions, car certainement si l'on était appelé à examiner ces malades dans l'intervalle des contaminations qu'elles donnent, il serait à peu près impossible à l'investigation la plus minutieuse de découvrir l'existence des gonocoques qu'elles peuvent donner ou qu'elles donnent effectivement à d'autres.

Ainsi donc, de quelque côté que l'on se place en ce qui concerne la définition du certificat prénuptial dans ses rapports avec les trois maladies que je viens de dire, on se trouve en présence ou bien de décisions arbitraires, qui seront dangereuses ; de décisions cliniques qui sont contestables, ou de décisions scientifiques qui sont souvent impossibles.

Et ces impossibilités dans l'ensemble sont à opposer cependant à cette nécessité, que j'ai posée il y a quelques instants, et nous allons voir maintenant par l'étude de quelques modalités comment nous pouvons arriver à concilier ces choses inconciliables : la nécessité du certificat prénuptial, et ses difficultés.

III. — Ses modalités.

Nous nous trouvons ici en présence de plusieurs éventualités. Voici tout d'abord le projet de loi, qui a été déposé par le Professeur Pinard à la Chambre des députés et qui attend son tour. Il consiste en ceci :

Article unique. — Tout citoyen français voulant contracter mariage, ne pourra être inscrit sur les registres de l'état civil, que s'il est muni d'un certificat médical, daté de la veille, attestant qu'il ne présente aucun symptôme appréciable d'une maladie contagieuse.

Pour atténuer la sévérité de cette loi Pinard, un autre parlementaire, M. Guérin a déposé sur le même bureau un autre projet de loi, qui est le suivant :

Article premier. — Toute personne française ou non voulant contracter mariage, ne pourra être inscrite sur les registres de l'état civil, que si elle est munie d'un certificat médical remontant à moins de huit jours qui restera annexé à l'acte de mariage.

Ce certificat devra attester que la personne visitée ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, aucune malformation congénitale ou non.

Article deuxième. — Tout médecin convaincu d'avoir délivré un certificat de complaisance, sera passible d'une amende de 1.000 à 10.000 francs sans préjudice de dommages et intérêts envers la partie lésée.

L'officier d'état civil ayant célébré un mariage sans les certificats prévus par la présente loi, sera passible des peines prévues par l'article 192 du Code civil.

Même avec ces atténuations, il me paraît impossible en l'état actuel des choses, et je viens de le prouver, que ces rigueurs soient acceptées : il y a là une manière d'obligation formelle, une intervention de l'Etat, avec violation du secret professionnel, qui effaroucherait l'opinion publique et serait, je le crois, difficilement acceptée. Tout cela, en effet, c'est bien difficile et dangereux, et il faut trouver autre chose : et je pense que cette autre chose pourrait consister d'abord dans la préparation de l'opinion publique et ensuite dans l'application d'un système provisoire dont je vais esquisser les grandes lignes.

a) La préparation de l'opinion publique est nécessaire ; il faut que les individus soient informés des dangers du mariage dans certaines conditions, de la responsabilité qu'ils encourent en ne se mariant pas dans un état de santé absolument parfait. Il faut instruire et fortifier les consciences en montrant aux individus qu'au-dessus d'eux il y a quelque chose, et qu'après il y a une descendance dont ils sont responsables.

b) Et ceci étant admis, on pourrait constituer un système provisoire de la façon suivante : pour s'inscrire sur les registres de la Mairie, on devrait apporter un bulletin de santé, comme on apporte un acte de naissance.

Ce bulletin de santé serait préparé par deux médecins représentant chacun les deux familles et les deux individus qui vont s'unir. Ces médecins auraient étudié leur client, auraient causé ensemble des tares dont ils sont porteurs, ou dont ils sont libérés, et ils signeraient l'acte de mariage, comme les témoins le signent au point de vue civil.

Dans les cas très nombreux où il n'y a rien à dire, la signature des deux médecins et la remise d'un bulletin de santé seraient données sans difficultés, mais il y aurait tout de même une garantie : et lorsqu'au contraire, il y aurait dans l'une des deux familles une tare ou une maladie, un des médecins informerait l'autre, montrerait l'impossibilité ou les dangers du mariage, qui serait ajourné sans que le secret professionnel soit violé ; il ne le serait en tous cas que dans le domaine de l'autre famille.

Peut-être que ceci ne serait pas suffisant, mais ce serait une étape pour arriver à un autre stade plus sévère et plus avancé.

Quoi qu'il en soit, il y aurait déjà un certain bénéfice, bien qu'insuffisant, sur ce point capital d'informer et de préparer l'opinion publique. Et c'est parce que je vous sais vous-mêmes, Messieurs, susceptibles par votre influence de concourir à cette préparation, que j'ai voulu vous exprimer mes idées sur cette question, en vous demandant de contribuer vous-mêmes à la faire adopter dans notre pays.

VARIÉTÉS

Les médecins de G. de la Fouchardière

Tout ça, c'est des performances trop mauvaises pour être exactes (Le Bouif).

J'invoquerai tout d'abord les circonstances atténuantes, c'est-à-dire les titres qui m'autorisent à parler de questions touchant à la médecine.

J'ai découvert en G. Courteline un aliéniste méconnu ; j'ai assisté, seul représentant du corps médical à la représentation de Knock donnée à Royat ; j'ai lu et relu *Les médecins malgré nous*.

Au cours de ces différentes études, j'ai pu me convaincre que, futile, léger et souriant, l'humoriste dissimule toujours un observateur redoutable et un moraliste austère et qu'il abuse de sa supériorité d'homme d'esprit pour nous dire aimablement les choses les plus désagréables parce que les plus vraies.

J'ignore quels sont les talents médicaux de G. de la Fouchardière, mais je sais qu'il a beaucoup de talent quand il parle des médecins.

J'ignore s'il exerce réellement la médecine, s'il conseille comme Georges Clemenceau, la lecture de Don Quichotte aux agités, ou comme Bernard Shaw les pédiluves froids aux gens qui ont toujours les pieds gelés, mais je sais qu'il emploie, pour soigner les médecins, une thérapeutique personnelle et judicieuse, qui combine heureusement les propriétés curatives de la douche écossaise et du passage à tabac.

Ceci dit, voici la profession de foi médicale de G. de la Fouchardière :

Il y a une grosse erreur à la base des études médicales. On n'apprend pas la médecine dans l'intérieur des livres, ni même dans l'intérieur des morts ; on l'apprend en soignant les vivants.

Et on apprend ainsi qu'il n'y a pas de maladies ; il n'y a que des malades. Appliquez le même traitement à deux malades atteints de la même maladie justiciable du même diagnostic. Il y en a un qui guérira ; l'autre crèvera. Et le médecin dira : « C'est comme çà ; c'est comme çà... J'ai fait ce que j'ai pu ». Non, il fallait appliquer deux traitements différents et peut-être opposés ; mai s il fallait commencer par connaître les malades. Voilà pourquoi les vieux médecins de campagne d'autrefois, qui connaissaient leurs clients depuis l'enfance, et quelquefois depuis deux générations, étaient plus reellement savants, sur leur terrain, que les grands spécialistes de Paris.

Ces lignes auraient pu être, je ne dis pas écrites, mais approuvées par n'importe quel praticien, car G. de la Fouchardière a vu juste, très juste. Si l'anatomie et la pathologie constituent la base immuable des études médicales, elles ne suffisent pas à faire de l'étudiant un médecin ; si la clinique met en contact direct l'étudiant avec le ma'ade d'hôpital, qui, malheureusement est un simple numéro sur une pancarte, elle ne représente pas les conditions de la pratique médicale. C'est pourquoi le jeune médecin qui débute a le devoir impérieux de reconnaître son ignorance et d'apprendre la médecine ou plus exactement l'exercice de sa profession.

J'ai toujours eu des amis intelligents, c'est une manière si agréable de s'instruire ; l'un d'eux me dit un jour : « Je m'aperçois que je ne sais pas un mot de médecine ; alors je m'installe à Paris ». Il y fit d'ailleurs une fort belle réussite, par une méthode personnelle qu'il ne m'en voudra pas de divulguer. Quand il se trouvait en présence d'un malade, il ne se creusait pas la tête à chercher ce qu'il avait ; il se demandait simplement de quelle spécialité il relevait ; sous un prétexte quelconque, il l'adressait au spécialiste, qui posait le diagnostic et formulait le traitement ; mon ami n'avait plus qu'à suivre le malade, sans aucune responsabilité si çà ne marchait pas, avec tout le bénéfice de l'affaire en cas de succès. C'est ainsi que j'ai eu la révélation de la médecine future, où la tâche du praticien ne consistera plus qu'à aiguiller le malade chez le spécialiste.

Le débutant a travaillé, observé,progressé, évolué pour devenir le médecin, mettons moyen. Alors, dit G. de la Fouchardière, *vous avez affaire à un savant imbécile, truffé de formules, bardé de théories comme un oison doctoral, et qui vous zigouillera par principe ; ou bien, au contraire à un homme intelligent, affranchi de la science médicale, qui vous empêchera de mourir ou du moins ne mettra pas obstacle à votre guérison.*

La première catégorie est certainement la plus dangereuse. *Aujourd'hui, quand vous allez voir un médecin, vous ne savez jamais quel truc extraordinaire vous allez expérimenter. Il n'y a plus d'orthodoxie en médecine.* Les progrès thérapeutiques sont incessants, sinon inoffensifs, comme le montrera l'exemple suivant. Jadis les orthodoxes traitaient la syphilis au mercure et à l'iodure suivant un horaire bien déterminé ; la syphilis ne s'en portait pas plus mal, le malade non plus d'ailleurs. Alors sont arrivés des hétérodoxes qui ont inventé de nouvelles drogues, auxquelles ils ont donné non pas des noms, mais des numéros, 606, 914, ce qui était un grand progrès ; immédiatement le contact du médecin est devenu très dangereux pour le malade, qui se trouvait désormais obligé de jouer quitte ou double. Quand d'autres hétérodoxes eurent proclamé la vertu du bismuth, les Américains, qui ont toujours le sens de l'humour, organisèrent le traitement périodique ; c'est ainsi qu'ils font du mercure du 1er au 10 du mois, de l'arsenic du 11 au 20 et du bismuth du 21 au 30 ; le malade entre à la clinique comme au cinéma permanent ; il prend le spectacle, je veux dire le traitement, au point où il en est ; c'est encore un progrès en ce sens que les médecins évitent de se fatiguer les méninges. De nouveaux hétérodoxes surgiront qui déclareront mauva s de guérir les syphilitiques, ce qui les expose à une nouvelle contagion, ou bien préconiseront la syphilisation obligatoire, qui procurera les paralytiques généraux nécessaires, suivant les idées de G. de la Fouchardière, au recrutement des hommes de génie.

Passons à la seconde catégorie, celle des médecins intelligents. J'ai pour ami, un affranchi ; il appartient, non pas au milieu cher à Carco, mais bien à la classe spéciale dont parle G. de la Fouchardière : *Dans toutes les professions, l'intrus affranchi de la déformation professionnelle peut surclasser aisément , avec un peu d'intelligence active, le praticien régulier, handicapé, par le poids du lourd bagage d'école.* Cet ami, devenu médecin, s'aperçut qu'il n'avait aucun goût pour l'exercice de sa profession ; il l'abandonna résolument pour se consacrer à l'histoire. Cela se passait en 1905 ; j'eus la joie de le retrouver en 1915 ; le Service de Santé en avait refait un médecin, militaire il est vrai ; ses consultations représentaient certainemet l'idéal de G. de la Fouchardière. Un aspirant se présente à la visite, se plaint de douleurs de tête et demande quelque médicament propre à le soulager. « Que désirez-vous. interroge le médecin ? J'ai de l'antipyrine. de l'aspirine, du pyramidon, de la quinine. Voyez, choisissez. Je vous donnerai ce que vous voudrez. » — « Mais, Monsieur le Major, je ne sais pas ; vous êtes médecin, c'est à vous de me dire ce qui vaut le mieux. » — « Oh ! moi, répondit le major, je n'ai pas de préférence. »

Au point de vue thérapeutique, les médecins n'agissent, pour G. de la Fouchardière, que par suggestion, qu'ils croient ou qu'ils ne croient pas à la médecine.

Ceux qui ne croient pas à la médecine savent et disent qu'ils guérissent par voie de bourrage de crâne. Mais, ne se prenant pas au sérieux, ils ne sont pas pris au sérieux par leurs clients.

Mais les médecins qui croient à la médecine sont graves et pontificaux ; ainsi ils agissent sur le moral de leurs malades. Ils disent : « Prenez et buvez ; çà se passera ». Ainsi leurs pilules, leurs sirops et leurs cachets acquièrent une grande vertu.

Il est évident que la suggestion a une grande influence sinon sur la maladie, du moins sur le malade. Un médecin célèbre, appelé auprès d'un malade atteint d'éructations fort désagréables, lui dit : « C'est de l'aérophagie, ce n'est rien. Pour bien vous prouver que c'est moins que rien, je vais vous en faire autant. » Et il fit comme il disait ; le malade fut rassuré ; il allait mieux et il serait certainement guéri aujourd'hui, si son aérophagie n'avait été le premier symptôme d'un cancer de l'estomac.

Peu importe du reste que le médecin croie ou ne croie pas à la médecine, pourvu que le malade y croie, lui. Dans une consultation d'hôpital, une femme, atteinte de métrite, vient pour la première fois ; on l'examine au spéculum, puis on l'oublie ; la malade part avec son spéculum en bonne place, qu'elle conserve ainsi jusqu'à la consultation suivante ; elle est enchantée ; le pansement est bien gênant, mais il l'a beaucoup soulagée.

Une cause de suggestion, mais déplorable, c'est la lecture des livres de médecine ; le malade s'attribue tous les symptômes de la maladie décrite et se sent menacé de toutes les complications énumérées. Il faut reconnaître que le Larousse médical a fait beaucoup pour le développement de la médecine pendant ces dernières années et qu'il a réussi dans bien des cas où Knock lui-même aurait échoué, confirmant ainsi l'opinion de G. de la Fouchardière : *De tous les livres dangereux, les livres qui sont les plus dangereux sont les livres de médecine.*

La suggestion est en effet une arme à double tranchant ; G. de la Fouchardière a maudit en termes véhéments l'invention *la plus néfaste, la plus diabolique* que l'on doive aux médecins et qui s'appelle le thermomètre médical. Je suis de son avis, car le thermomètre suggestionne le malade, qui suggestionne le médecin, qui suggestionne le thermomètre ; et il n'en faut pas plus pour contracter les germes d'une maladie aiguë. J'estime que cet instrument devrait être réservé aux militaires, qui s'embarrassent peu de subtilités psychologiques ; il suffirait de emplacer les degrés par des indications plus pratiques comme : non reconnu, consultation motivée, exempt de service, à évacuer.

Il est très imprudent de se mettre dans les mains d'un médecin, déclare G. de la Fouchardière, *surtout quand on est en bonne santé.* Je suis encore de son avis, car le médecin prendra sûrement la tension avec un appareil plus récent mais non moins diabolique que le thermomètre ; l'appareil à tension suggestionne le médecin, qui suggestionne le malade, qui suggestionne l'appareil ; et voilà une affection chronique créée de toutes pièces.

Suggestion ! Suggestion ! Tu serais parfaite si tu étais intégrale et si tu parvenais à impressionner les microbes ; mais, malgré toutes les tentatives faites dans ce sens, ils te sont restés, jusqu'à ce jour du moins, résolument et désespérément réfractaires.

J. Lafont.

CHRONIQUE

Le travail féminin

d'après R. HOFSTATTER (*de Vienne*) (1).

Le professer HOFSTATTER vient de publier un important volume de 516 pages. avec tables, graphiques et données numériques consacré à la femme qui travaille. Il y étudie la femme qui travaille aussi bien à la maison, que dans les usines, dans les diverses organisations, dans les écoles supérieures.

Dans l'avant-propos de son livre, HOFSTATTER cherche à mieux comprendre la femme ; il admet qu'elle puisse travailler dans tous ou presque tous les métiers, mais il insiste sur le fait que partout ailleurs, elle peut être remplacée sauf auprès de l'enfant. L'émancipation de la femme est un grand danger pour le rôle suprême de la femme, la vocation de la femme, c'est la maternité. L'auteur se pose la question tant discutée : comment faut-il entrevoir l'éducation de la jeune fille, doit-on l'élever pour une vocation quelconque ou bien pour le mari, la famille ? Ni l'un ni l'autre n'est exact, la vocation pour le travail n'est qu'un pis aller. La femme ne doit pas seulement créer, mais aussi et surtout elle doit avoir de l'influence sur le progrès, le développement de l'enfant, de l'homme, ce n'est qu'alors que la femme accomplit le glorieux devoir de la nature et de la culture. Nos connaissances de la physiologie de la femme ne sont pas larges, mais celles de sa psychologie sont encore moins grandes. Le cycle de la vie de la femme est plus court que celui de l'homme ; chez la femme la vieillesse commence déjà à 45 ans, tandis que des hommes de ce même âge ne sont qu'au début de leur déclin, pour les hommes, la vieillesse débute à 65 ans.

Influence de la guerre.

La guerre mondiale a joué un grand rôle pour l'émancipation de la femme, bien des métiers qui lui étaient interdits l'admettent, la mettent dans la position égale à l'homme dans les usines, même dans les entreprises militaires (fabrication des munitions).

La guerre a donné à la jeunesse, la possiblité de s'assurer matériellement, mais pour cela, les jeunes gens et les jeunes filles restent en dehors de la surveillance, ils sont livrés à eux-mêmes, ce qui constitue un grand danger moral ; ce manque de surveillance vis-à-vis des très jeunes filles porte préjudice à leur santé, aux gestations futures, au peuple en entier, diminuant la natalité bien souvent.

Il faut mentionner comme un grand dommage de la guerre et de la révolution la haute mortalité des familles cultivées, la diminution des naissances, le plus grand nombre d'avortements, les suites mortelles ou fébriles des accouchements. les aménorrhées fréquentes chez les femmes en pleine vigueur, la haute mortalité des nouveau-nés

On note la prédominance des aménorrhées à la ville, par rapport à la campagne, de 1916 à 1920, pour la ville leur p. cent est de 84, et pour la campagne de 16.

Le nombre des ménorrhagies des prolapsus aurait aussi augmenté de beaucoup.

Les *cas de cancer, de 13 % sont montés à 63 %, d'après Winter, pour les cas inopérables.* On voyait avant la guerre le plus de cancers chez des femmes âgées de 50 à 55 ans, pendant la guerre des femmes plus jeunes en sont atteintes, celles de 46 à 50 ans, et après la guerre, ce sont des femmes encore plus jeunes qui en sont la proie. Ces chiffres sont donnés par Vultz et Kaufmann pour les cancers génitaux. D'après Hofmeier, la position sociale de la femme jouerait un rôle important, le nombre de femmes atteintes de cancer parmi celles venant aux polycliniques est de 3,9 % et seulement de 2,1 % chez les clientes privées.

En considérant les maladies vénériennes, on est surpris par le chiffre énorme des atteintes blennorrhagiques, 700 % ; la syphilis de 1,9 % est montée à 3,9 %. Pour ce qui est de l'alcoolisme, il semble bien que les femmes n'en soient pas touchées. Par contre, le nombre de femmes soumises à l'action de la nicotine est plus fort qu'avant la guerre, autant par le fait que les femmes fument que par le fait qu'elles sont souvent employées dans les usines travaillant le tabac.

Pour ce qui est des narcotiques divers, c'est la cocaïne qui semble surtout usitée par la femme, mais encore dans les milieux cultivés plus que dans le peuple.

La guerre et la révolution ayant apporté des modifications importantes à l'alimentation, on en voit des résultats surtout nets chez les femmes, on constate la diminution des cas de diabète, des inflammations du cæcum.

En dehors des organes digestifs, c'est le cœur qui semble le plus souvent atteint. Examinant les maladies des os , on voit que le rachitisme tardif, les ostéopathies de la faim, le ramollissement des os, l'ostéoporose, l'ostéomalacie sont observées plus souvent qu'avant la guerre.

Maladies dues au travail féminin

Certes, l'égalité dans le travail de la femme et de l'homme ne peut ne pas être admise, mais il ne faut jamais oublier la constitution même de la femme, le cycle de sa vie qui diffèrent si profondément de ceux des hommes. La femme ouvrière en dehors de son travail à l'usine ou à l'atelier doit s'occuper de son intérieur, de sa famille.

La durée du travail des femmes devrait être instituée en relation avec leur résistance, leur cœur peut flancher bien plus facilement que celui de leurs collègues hommes au travail physique. Les organes génitaux de la femme, principalement— son ovaire joue un rôle important dans son travail, la rendant plus facilement à la fatigue. Le travail de nuit est défendu pour les femmes, autant que possible.

Pour ce qui est de l'accomplissement du travail, la femme diffère de l'homme, l'intensité de son travail est moins régulière, sa rapidité est plus grande pour ce qui est des travaux automatiques.

Notons que l'application de plus en plus large des machines dans les diverses industries tue l'intérêt au travail.

Dans les industries où la femme a affaire à des produits chimiques et à des poisons, on remarque que son organisme y est beaucoup plus sensible que celui des hommes faisant le même travail. Ce sont surtout les toutes jeunes filles à la période de leur développement pubertaire qui sont les plus sensibles. En général, pour ce qui est de l'industrie chimique, le nombre des femmes malades dépasse considérablement celui des hommes. La trop grande chaleur dans les bâtiments de travail est nuisible, le travail avec le plomb provoque chez les femmes surtout des encéphalopathies fréquentes, ce qui doit être expliqué par le fait que les femmes ouvrières sont moins cultivées que leurs collègues hommes et suivent moins les prescriptions prophylactiques. Pour les intoxications par le plomb, il faudrait aussi noter leur influence sur la descendance ; chez les enfants de parents travaillant le plomb, on constate bien souvent des troubles nerveux divers.

Les accidents sont plus fréquents chez les femmes travaillant avec des machines, car elles connaissent moins la mécanique que les hommes, elles se fatiguent plus et alors sont plus facilement inattentives avec les machines. Pour ce qui est de la régularité du travail, on peut encore noter que les hommes en général donnent un plus grand effort vers la fin du travail, les femmes non, car elles savent qu'à la sortie de leur travail de jour à la maison, un autre travail tout aussi sinon plus fatigant les attend. Le travail des femmes est plus facilement influencé par la température extérieure, par le temps.

On remarque plus d'accidents certains jours surtout les lundis et les samedis pour les femmes ; si la femme travaille la nuit, on voit bien plus d'accidents se produire qu'avec des ouvriers hommes, ce qui est dû au manque de repos de la femme ménagère durant la journée qui précède la nuit de travail. Pour les accidents organiques, bien souvent les femmes en accusent là où il n'y en a pas, en réalité.

(1) R. HOFSTATTER. — *Die arbeitende Frau, ihre Wirtschaftliche Lage, Gesundheit, Ehe und Mutterschaft.* (Von Moritz Perles, éd., Vienne, 1929.)

BIBLIOGRAPHIE

Les anévrysmes artério-veineux, par le Dr Raymond Grégoire. 1 vol. gr. in-8 de 214 pages avec 5 planches et figures ; 24 fr. J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

L'histoire de l'anévrysme artério-veineux s'est augmentée au triple point de vue clinique, expérimental et thérapeutique. Le perfectionnement des instruments de laboratoire a permis des investigations plus précises. Enfin, les documents considérables fournis par les dernières guerres européennes ont permis des constatations, grâce auxquelles ont été complètement transformées les notions jusque-là classiques.

De plus, l'étude de l'anévrysme artério veineux s'est augmentée de toute l'expérience acquise dans ces dernières années en chirurgie vasculaire.

Toutes les données cliniques, expérimentales et thérapeutiques, jusqu'ici éparses dans des publications multiples, méritaient d'être réunies dans un même ouvrage, pour le profit de ceux qui cherchent à se documenter.

L'ouvrage comprend sept chapitres qui sont les suivants :

I. *Les causes et les conditions de l'anévrysme artério-veineux.*
II. *Anatomie pathologique de l'anévrysme artério veineux, envisagée au point de vue chirurgical.*
III. *Les signes cliniques et leur interprétation physiologique.*
IV. *Evolution et pronostic de l'anévrysme artério-veineux.*
V. *Diagnostic.*
VI. *Traitement.*
VII. *Anévrysmes artério-veineux particuliers.*

Le Dr Raymond Grégoire, qui a pu observer de nombreux cas et en opérer beaucoup, tout en tenant compte de tous les travaux précédents, résume dans ce livre ses idées personnelles et une technique à laquelle il a tenu à donner un caractère essentiellement pratique.

Son exposé est clair, de lecture facile et attachante. De nombreuses figures aident à comprendre les différents procédés opératoires applicables à la cure des anévrismes artério-veineux.

Maladies du larynx et du pharynx, par le Dr J. Guisez, ancien interne des hôpitaux de Paris. Troisième édition. Un volume in-16 de 358 pages avec 145 figures : 36 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

L'auteur a exposé avec méthode toute la pratique laryngologique. Tout en rappelant l'anatomie de chaque organe, il a expliqué en détails la partie importante de l'exploration, et après avoir décrit minutieusement les maladies et leur diagnostic, il en a donné les indications thérapeutiques et les opérations qui doivent se pratiquer.

Cet ouvrage contient tout ce qui est utile et indispensable à connaitre pour tout praticien dans sa pratique courante, même s'il n'est pas un spécialiste. La technique en est minutieusement décrite dans tous ses détails, elle est illustrée de près de 200 figures.

L'esprit clinique et la méthode, dont cet ouvrage est empreint, plairont aux médecins qui recherchent la clarté dans leur pratique courante.

Technique thérapeutique médicale, par le Dr G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume 435 pages, 162 figures, 50 fr. Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le praticien trouvera dans ce volume toutes les indications qui éclaireront sa conduite dans la pratique journalières. Les chapitres ont été rédigés avec soin, ils sont explicites, et forment un guide consciencieux qui sera toujours consulté avec fruit.

Voici l'énumération des chapitres contenus dans ce volume :

Anesthésie : Anesthésie générale, par le chloroforme, par l'éther, le bromure d'éthyle, le sommeil électrique. L'anesthésie locale.

La transfusion du sang. Les saignées, les sangsues, les ventouses scarifiées.

Le drainage cutané. La ponction des adénites cervicales tuberculeuses.

L'arthrocentèse. La paracentèse de l'abdomen.

L'œil : corps étrangers, l'œil artificiel.

Le cœur : paracentèse du péricarde, péricardotomie.

Le poumon : inhalations, tractions rythmées de la langue, injections trachéales, insufflations dans la mort apparente du nouveau-né.

Tubage et trachéotomie.

Thoracentèse. Thoracotomie avec résection costale. Pneumothorax artificiel.

Technique de la thérapeutique médicale du tube digestif.

Technique de la thérapeutique médicale du système nerveux : la ponction lombaire.

Traitement de la méningite cérébrospinale.

La rachianesthésie. La rachithérapeutique.

Traitement sous-arachnoïdien cérébral. Ponction des espaces sous-arachnoïdiens cérébraux par la fente splénoïdale.

La méthode épidurale.

Anesthésie régionale : de la face, paravertébrale.

Technique de la thérapeutique médicale des voies urinaires. Cathétérisme évacuateur, sondes à demeure, traitement des rétrécissements de l'urètre. Traitement de l'hypertrophie de la prostate. Traitement de la blennorragie.

Technique de la thérapeutique médicale de la vessie : lavage, ponction de la vessie. Phimosis, paraphimosis, hydrocèle vaginale.

Revue des Etudes napoléoniennes. Le n° 10 fr. Abonnement : France : 60 fr. Administration : 28, rue de Versailles, Le Chesnay (S.-et-O.).

Sommaire du n° d'Aout 1929 : Gellio Cassi : Le Concordat napoléonien et le Concordat Italo-Vatican.

Mémoires et documents : Les Actes du Latran (11 février 1929) : Le Trattato politico. Le Concordato. — La convention financière. — Visite du pape Pie VII à la Maison-Mère des Filles de Saint-Vincent-de-Paul à Paris (23 décembre 1804).

Chronique napoléonienne : Le lieu d'origine de Napoléon I. — Le Guide de l'Empereur à Waterloo ; Jean-Baptiste Dekoster.

Lectures napoléoniennes. — *Publications napoléoniennes*.

Sommaire du n° de septembre 1929 : R. Warwick Bond : Le manuscrit original sur l'arrestation du duc d'Enghien (1re partie). — Edouard Driault : Un mystère d'histoire : le manuscrit venu de Sainte-Hélène d'une manière inconnue (2 pl.).

Mémoires et documents : Documents de l'administration napoléonienne à Barcelone. — Lettre du Baron Gourgaud à la Comtesse Caffarelli : note de la comtesse sur la mort de Napoléon. — Le registre de l'état civil de la famille impériale.

Chronique napoléonienne : Napoléon aéronaute. — Un policier de la Révolution et de l'Empire, d'après Ernest d'Hauterive.

Lectures napoléoniennes. — *Publications napoléoniennes*.

Revue d'Histoire littéraire de la France. Sommaire du n° de juillet-septembre 1929.

I. J. Demeure : L'introuvable Société des « Quatre amis » : 1664-1665 (suite). — R. Lenoir : La philosophie de Musset. — Ch. H. Boudhors : « Une amie de Pascal » ? Marie Perriquet et sa sœur Geneviève (suite et fin). — G. Fite : François de Curel vu par un étranger. Impressions intimes.

II. Mélanges. — Le problème d'Andromaque : Si Racine l'a voulue coquette. — Correspondance inédite entre Thomas et Barthe (1759-1785) (suite). — Un article inédit de Sainte-Beuve sur Béranger. — La source d'un vers de « Booz endormi ». — Lettres inédites de Victor-Hugo. — Baudelaire juge de Baudelaire.

III. Comptes rendus.

IV. Chronique.

Abonnement : France 50 fr. Librairie Armand Colin, 103, boulevard St-Michel, Paris.

Le travail de la femme à son domicile est bien préférable à celui dans les usines, car même étant occupée à la maison, elle n'abandonne pas ses enfants. Il existe certaines lois de protection de la femme travaillant.

Le plus grand nombre de femmes ayant dépassé les 35 ans ne sont pas des ouvrières qualifiées, leurs conditions de travail sont moins favorables.

Depuis 1923, le nombre des femmes employées dans l'industrie a diminué, elles sont insuffisamment payées, notons que la paye autant des hommes que des femmes ayant dépassé la quarantaine diminue. En 1922, les femmes ont des salaires qui constituent 83,8 % de ceux des hommes, en 1923, leurs salaires ne font que 76,4 % et en 1924, ils descendent à 72,4 %.

En U. R. S. S. en 1924, la paye moyenne des ouvrières femmes était de 29 roubles 88, et celle des hommes de 44 roubles 13, ce qui peut être expliqué par le fait de la rareté des femmes ouvrières qualifiées; le plus souvent, elles ne sont que des aides, des secondes.

Organisation syndicale

Quand on envisage la question des syndicats, on voit que le nombre des femmes syndiquées est inférieur à celui des hommes, pour la France, il n'y a que 10,3 % de femmes syndiquées, pour l'Allemagne 26,4 %; le nombre énorme des ouvriers non syndiqués est un grand danger pour les usines.

La morbidité féminine suivant les différents métiers

1°) **A l'usine.**— C'est dans l'industrie textile qu'on voit le plus grand nombre de femmes ouvrières, ce métier ne reste pas sans influence sur la santé des ouvrières. Nombreuses sont celles atteintes de varices ; l'influence du métier se répercute aussi sur les gestations ; chez celles qui travaillent debout on voit plus souvent des accouchements pathologiques que chez celles qui travaillent assises. Durant la gestation, on entend souvent les femmes se plaindre de douleurs abdominales. Les lois exigent un repos des femmes enceintes, trois mois avant l'accouchement. Le p. cent des accouchements anormaux chez des ouvrières étant forcées à certains mouvements exigés par leur métier est considérable. La durée de l'accouchement est plus prolongée chez les tisseuses : influence de leur métier.

L'anémie est surtout observée chez les lingères, les ouvrières travaillant à la confection, la forme de l'anémie est variée. Ces ouvrières sont souvent atteintes de troubles cardiaques, surtout des névroses cardiaques, de synovites, d'atrophies variées, de paresthésies, de troubles de la vue. Il serait de grande utilité d'améliorer les conditions de travail de ces ouvrières, surveiller l'aération des ateliers, remplacer les machines à coudre par des machines à moteurs. Dans certains métiers, ce sont surtout les organes respiratoires qui souffrent, ou bien les téguments cutanés, ou bien encore les yeux. Souvent les femmes se mettent à des travaux beaucoup trop pénibles pour leur organisme, on voit souvent des femmes travailler dans les usines où l'on fabrique les briques, elles y vont volontiers, car, dans ce métier, elles sont logées à l'usine même, donc il leur est plus facile de garder et de surveiller leurs enfants. Dans les fabriques à tabac, la mortalité des femmes est grande avant 40 ans, surtout entre 15 et 20 ans. Notons que ces ouvrières sont toujours recrutées dans les milieux les plus bas de la société, elles sont mal payées, elles travaillent dans des ateliers mal aérés, elles s'intoxiquent facilement, de façon chronique, par la nicotine, ce qui provoque des troubles de la menstruation, quant à la fécondité, elle ne semble pas être influencée. Les affections des poumons sont fréquentes chez ces ouvrières, les affections gynécologiques, les avortements aussi, ces dernières sont peut être plus dues à des moments sociaux qu'au tabac lui-même. Du côté des nerfs , on note souvent chez les ouvrières travaillant dans le tabac des dégénérescences du nerf médian et ulnaire. Les myosites, les tendovaginites, les synovites sont aussi observées. Les prurits ne sont pas rares. L'amblyopie tabagique est fréquente, plus chez les ouvrières que chez les ouvriers. Le développement de la tuberculose ne semble pas être influencé par le travail avec le tabac. Les bronchites sont encore assez fréquentes.

Chez les ouvrières travaillant dans l'imprimerie, on a observé parfois le saturnisme, leur mortalité à partir de 44 ou 45 ans est très élevée. Chez les ouvrières travaillant à la photographie on ne voit pas d'influence néfaste de leur métier en dehors de quelques maux de tête, suite de la grande tension visuelle. Durant la guerre, on a pu observer de nombreuses femmes travaillant dans la métallurgie, mais, depuis leur nombre a considérablement diminué.

2° **A la campagne.**— On n'a pas raison de croire que le travail agricole est moins nuisible à la santé de la femme que l'industrie. Le labourage est très au-dessus des forces physiques de la femme. On note souvent chez les femmes de campagne, le cancer et bien d'autres affections. Le manque d'hygiène y est pour beaucoup. C'est surtout au cours des accouchements qu'il se fait sentir. On voit souvent des suites de couches fébriles, la mortalité des nouveau-nés et des enfants dans les premiers mois de la vie sont grands. La vieillesse des femmes de campagne apparaît précocement, surtout après des accouchements, la ménopause précoce, tout ceci sont des suites de l'activité physique trop grande, du travail physique exagéré chez ces femmes; dans les campagnes, on ne fait que fort rarement des points de suture après de grosses déchirures obstétricales, ce qui donne des suites pénibles pour la femme, les positions vicieuses de l'enfant, positions qui restent sans modification pour l'accouchement, coûtent souvent la vie à l'enfant et la maladie aux mères.

Dans les campagnes, on observe souvent des bassins étroits (30 %).

Les avortements artificiels dans les campagnes augmentent presque dans les mêmes proportions que dans les villes. Les habitants quittent les campagnes, on pourrait lutter avec ce fait, en améliorant leur vie près de la terre, en organisant mieux la protection des enfants et des mères.

Il est fort malheureux de constater que les centres industriels attirent la jeunesse des deux sexes, ils sont malsains pour eux autant au point de vue moral que physique. L'abandon de la campagne, c'est un des grands périls du pays.

3° **Ménagères. Employées. Institutrices.** — La situation des femmes travaillant au ménage ne s'est améliorée quelque peu que ces temps derniers, grâce à la formation de syndicats, de sociétés. D'après les données américaines, 60 % des employées de maison sont des forces physiques. Les conditions d'existence de ces femmes sont le plus souvent très difficiles, très peu hygiéniques. Elles ne profitent pas du repos hebdomadaire (les gouvernantes, les domestiques). Les femmes domestiques sont le plus souvent des originaires de campagne, elles n'ont pas de famille en ville, ce qui les force d'aller quand elles sont malades dans les hôpitaux, surtout si elles se trouvent atteintes de maladies vénériennes, c'est pourquoi les statistiques montrent un grand nombre de cette catégorie de femmes atteintes de maladies vénériennes.

Les femmes s'occupant dans des bureaux, étant pédagogues ou travaillant dans les métiers médicaux, ont un privilège sur les ouvrières simples, c'est la satisfaction de leur travail, un repos plus grand. Mais d'un autre côté, il leur est bien difficile d'avoir des enfants et de les élever tout en continuant leur métier, pour certaines, c'est même impossible. Il existe dans certaines organisations la retenue sur les salaires de la mère pour fonder une base pour l'aide aux mères nécessiteuses.

En dehors des emplois de ménage, des usines, c'est dans les divers bureaux, qu'on voit le plus d'employées femmes. Le bureau semble être l'un des métiers les moins nuisibles pour la santé de la femme.

Chez les employées de bureaux, on constate des troubles nerveux, la crampe des écrivains, les dactylos manquent souvent d'appétit, elles sont nerveuses, elles souffrent de l'estomac et de l'intestin. Les employées des téléphones ont en général le système nerveux ébranlé, elles sont des neurasthéniques, des irritables, des hyperesthésiées, des hypochondriaques, des hystériques, elles souffrent souvent d'anémie, de troubles de l'ouïe.

La morbidité et la mortalité tuberculeuse sont très élevées chez les femmes travaillant dans les bureaux. La mortalité des infirmières avant 50 ans est très élevée, elle va jusquà 94 %. Les suicides parmi ces femmes sont fréquents, étant donné que souvent elles ont eu dans la vie de grands déboires, des chagrins, c'est pourquoi elles se vouent âme et corps au métier soulageant les maux des autres. Leur travail est un travail sans repos, l'hygiène y manque souvent. Chez les infirmières religieuses, n observe des maladies du sang, la dénutrition, la tuberculose, le surmenage. Les infirmières occupées à la radiologie souffrent souvent de l'aménorrhée et de la stérilité. Les pauvres institutrices sont le plus souvent vouées au célibat, et si elles se marient, il leur est impossible d'avoir des enfants. Comme maladies les plus fréquentes chez les institutrices, notons les affections nerveuses, celles des voies respiratoires supérieures, les catarrhes bronchitiques, les affections des dents, les anémies. Les jeunes se marient et abandonnent leur métier, quant aux plus âgés, elles ne veulent plus abandonner leur travail qu'elles aiment et qui les absorbe.

Choix d'un métier. — Chômage.

La question du choix du métier ou du travail pour la femme est bien plus difficile à résoudre que pour l'homme, bien souvent, la femme n'a pas l'instruction et l'éducation nécessaires à son travail. Ensuite, il faut considérer le fait que la plus grande majorité des femmes ne possèdent pas de moyens d'existence, et en même temps, de plus en plus, elles ne veulent dépendre au point de vue économique des hommes, elles doivent donc choisir une carrière qui leur donnerait les moyens nécessaires d'existence.

Pour le choix de la carrière, le rôle du médecin peut être très important, connaissant sa cliente, son état de santé, son état moral, il peut lui donner les conseils utiles. Habituellement, les parents prévoient pour leur fille, l'existence jusqu'au mariage et puis c'est le devoir du mari de s'en occuper. Le devoir principal des parents est d'élever de bonnes mères de famille, ils dirigent leur fille dans les travaux les plus rapprochés des travaux qu'elles auront dans leur vie de famille comme femme et comme mère. L'auteur considère la maternité en tant que la vocation fondamentale de la femme, mais il fait remarquer à juste titre qu'elle n'est pas seule intéressée, qu'il faut qu'elle trouve un partenaire digne de la seconder, de l'aider dans sa maternité. Notons que, dans le choix de la carrière chez la femme son psychisme sexuel joue un grand rôle.

Le choix de la carrière pour les femmes est encore plus difficile, grâce à la trop grande proposition et au nombre restreint des demandes d'ouvrières. A Vienne, en 1925-26, 28.565 jeunes filles sont sorties des écoles communales et 15.068 ont suivi des écoles spéciales.

Le chômage joue doublement un rôle dans l'existence de la femme tout d'abord en la touchant directement dans son travail et ensuite par le chômage de son mari. Si la femme est obligée pour telle ou telle autre cause de changer de métier, elle le fait avec peu d'entrain, elle craint les changements, pour les femmes à la campagne, les changements sont encore plus difficiles à effectuer que dans les villes, elles préfèrent plutôt changer de résidence que de métier. Un fait est dangereux pour le pays, c'est l'exode des meilleures forces, allant chercher du travail dans les endroits où il n'y a pas de chômage, où on peut se loger avec plus de facilité.

Mortalité et travail féminin.

Etudiant la mortalité de la femme qui travaille, on constate sa très forte mortalité, Max Hirsch indique les rapports de la mortalité des hommes et des femmes sans précision des métiers comme étant les suivants : il meure pour 100 hommes 105 femmes, entre 25 et 30 ans.

Dans les villes, la mortalité des hommes âgés de 45 à 55 ans est presque double de celle des femmes du même âge. A la campagne, ce sont les femmes âgées de 25 à 40 qui meurent le plus, c'est l'âge où il y a le plus grand nombre d'accouchements, donc d'infections et de complications qui leur sont dues. La mortalité des femmes due à des suicides a beaucoup augmenté depuis la guerre. Parmi les hommes mariés, on note moins de suicides que parmi les femmes mariées. Leur nombre est moins grand dans les familles ayant des enfants. Actuellement, on voit plus souvent des suicides familiaux, ou encore des mères se suicidant avec leurs enfants. Notons que les suicides en général, sont plus fréquents dans les milieux cultivés. Plus le peuple est cultivé plus souvent on observe des suicides. Les domestiques femmes sont tout spécialement sujettes au suicide, ce qui dépend de leur solitude et de leur vie en dehors et loin de la famille. Les suicides sont rares dans les milieux israélites, les femmes israélites sont plus soignées par leur mari, ces derniers sont, en général de bons pères de famille, ils ne boivent point ce qui est un grand avantage pour la famille.

Morbidité.

Examinant la morbidité des femmes dans les milieux ouvriers, on voit que les ouvrières sont plus sujettes aux maladies professionnelles que les hommes. Pendant la guerre, la morbidité était moins grande, ce qui dépendait de la plus grande régularité de la vie, régime plus restreint, pas d'alcool, moins de danses et de soirées. Depuis 1916, pour les hommes et depuis 1917, pour les femmes, la morbidité commence à augmenter, depuis 1920, elle redescend de nouveau. D'après les observations recueillies à Leipzig, ce sont les femmes âgées de 15 à 19 ans qui sont les plus malades.

Les conditions de vie n'étant pas parfaites, à la ville, c'est là qu'on voit la plus grande morbidité.

Tuberculose.

La tuberculose emporte chaque année de nombreuses proies prises parmi les jeunes femmes principalement, des milieux populeux surtout, étant données les mauvaises conditions hygiéniques. Les métiers ou les ouvriers sont forcés à travailler dans des ateliers poussiéreux mal aérés prédisposent à la tuberculose. On a remarqué, durant la guerre, une recrudescence de la tuberculose, mais il serait inexact de l'attribuer au travail dans les ateliers de munitions. Notons que la question sociale a plus d'importance pour le développement de la tuberculose que la question bactériolgogique. Durant la guerre et les premières années après cette dernière, la tuberculose a fait beaucoup de victimes parmi les femmes, ce qui doit être expliqué par les privations de toutes sortes et surtout par le fait que les mères donnaient bien souvent presque tout ce qu'elles avaient comme alimentation à leurs enfants se négligeant totalement.

Parmi les grandes villes, c'est Vienne qui a la plus grande mortalité par la tuberculose depuis 1912 à 1922 ; ce qui dépend des difficultés de se loger et de l'alimentation beaucoup trop insuffisante.

Les femmes en vigueur sont souvent atteintes de cardiopathies diverses, les hommes ont plus de conditions favorisant les affections cardiaques ce sont la syphilis, l'alcool, le tabac. Quant aux maladies des glandes à sécrétions internes, les femmes y sont plus soumises que les hommes, le Basedowisme est plus fréquent chez les femmes habitant les villes que chez celles des campagnes, les femmes basedowiennes ne devraient pas avoir d'enfants. La thyroïde est souvent atteinte. Durant les 50 dernières années, on a noté plus de cas de diabète, mais, pendant la guerre, ce dernier avait un peu régressé. Pour Berlin, on voit un plus grand nombre de femmes atteintes du diabète que d'hommes souffrant de la même maladie. Nombreuses sont les femmes souffrant des varices et des ulcères variqueux. Pour ce qui est des affections du tube digestif, ce sont plutôt les ouvrières ayant des métiers assis qui en souffrent.

Les appendicites sont très fréquentes chez les personnes ayant des métiers assis, ainsi que les péricolites membraneuses.

Pour ce qui est des affections sanguines, notons que les femmes exclusivement sont atteintes de la chlorose ; les autres affections, telle l'anémie pernicieuse, se voient chez les deux sexes. Pour le rachitisme, suivant les pays, on note des modifications, ainsi en Suisse, depuis 1918, il a beaucoup diminué chez les filles, ce qui est dû à la diminution du nombre d'en-

fant d'une part et à une meilleure éducation, plus rationnelle, d'une part.

Pour le développement du rachitisme, le manque de lumière et la nourriture pauvre en vitamines sont des grands facteurs. On observe beaucoup de rachitisme dans les milieux juifs pauvres et presque pas dans les milieux riches.

Le rachitisme fait bien des complications durant les accouchements.

Les ouvriers travaillant dans l'industrie chimique, caoutchouc, le tabac, les pétroles, souffrent souvent des diverses affections cutanées siégeant surtout aux mains et au visage.

Appareil génital.

Les femmes sont souvent atteintes de dysménorrhée, mais cette dernière n'est pas aussi dérangeante qu'on le croyait avant pour le travail. En Amérique depuis 1911, on note une considérable diminution de la dysménorrhée chez les écolières, grâce à l'application d'une meilleure hygiène. Les travaux physiques, les ports de poids lourds surtout entre 19 et 25 ans donnent des troubles des menstruations chez les femmes. En Amérique, le temps dernier, on applique de plus en plus des automates distributeurs pour favoriser l'hygiène de la femme (ces automates distribuent des bandes hygiéniques).

On remarque parfois l'action nuisible de certains poisons industriels sur les ovaires. Pendant la guerre et après cette dernière, on a pu observer fréquemment une ménopause précoce chez les personnes d'un certain âge et des hypoplasies chez les personnes jeunes, hypoplasies dues probablement au manque de vitamines. Souvent, il est bien difficile de délimiter avec précision, l'hypoplasie de l'atrophie. Le travail lourd effectué par les femmes durant la gestation ou rapidement après l'accouchement donne souvent comme suite fâcheuse les prolapsus, les rétroflexions, les entéroptoses. La ptose généralisée peut aussi apparaître après de nombreux accouchements, mais il faudrait noter que la constitution générale de la femme joue un rôle important dans leur formation, elles sont plus fréquentes chez les hypotoniques, les asthéniques. Les infirmières, même les nullipares, souffrent souvent de ptoses des organes abdominaux. Dans les métiers qui forcent à la position assise, on observe souvent l'insuffisance du levator ani, ainsi chez les couturières, on l'observe souvent. Quand la femme accuse une rétroflexion, due à un accident, il faut bien l'examiner, car il est bien rare que la rétroflexion soit due à un accident ; dans ce dernier cas, on se trouve en présence de symptômes aigus exigeant une intervention rapide. Ce genre d'accident se produit le plus souvent quand la vessie est remplie, plus rarement chez les nullipares que chez les multipares. Les anciennes rétroflexions, grâce au travail ou à un accident peuvent avoir une recrudescence. Chez les ouvrières ne se soignant pas, ne surveillant pas suffisamment leur hygiène, il vaut mieux dans les cas de rétroflexion recourir à l'opération et non au pessaire (ce dernier exige des soins hygiéniques très méticuleux). Les travailleuses intellectuelles souffrent bien plus rarement des prolapsus que les femmes ayant des métiers exigeant les forces physiques. Kikodsé examine des couturières en Russie, il observe 9,5 % de rétroflexions chez celles qui ne travaillent que pendant 1 à 3 ans et 23 % chez celles qui travaillent plus de 10 ans. Les accouchements survenant chez des femmes pas toutes jeunes sont souvent la cause des prolapsus, à 18 ans, on n'en voit pas, leur nombre s'élève depuis 20-27 ans lentement et puis plus rapidement. Le nombre d'enfants n'a pas d'influence sur la production des prolapsus, si le premier accouchement s'est effectué à un âge pas trop avancé. D'après Kermauner, la constitution de la femme serait le facteur principal. Pour les troubles sympathiques et parasympathiques, on peut noter leur plus grande fréquence chez les femmes jeunes.

Si on considère les affections gynécologiques en général, on a plutôt l'impression que les femmes du peuple en sont plus souvent atteintes, mais ce n'est pas tout à fait exact, car les femmes du monde ne viennent pas consulter dans les hôpitaux et il est presque impossible d'établir une statistique précise de leur nombre. Ces temps derniers, on a observé assez souvent des vraies épidémies de syphilis ou de blennorragie familiale. Les membres de la même famille se contaminant. Les cas de blennorragie chez les enfants sont à surveiller avec attention, car chez les filles surtout cette maladie peut, dans la suite, donner des complications néfastes. La gestation ectopique est souvent le résultat d'une blennorragie antérieure, les avortements aussi. Après la guerre, la blennoragie de la femme atteint des proportions énormes, elle monte à 700 %, la syphilis héréditaire de 1,9 à 3,9 %, la syphilis maternelle à 3,6 %. L'infection syphilitique au cours du travail est chose rare (un cas de Guillman), dans ces cas, le plus souvent, on observe l'accident primitif à la lèvre. Un moment donné, on avait pensé que le travail en commun des deux sexes pouvait être nuisible, mais ce n'est pas exact.

En étudiant la fréquence des tumeurs, les frères Teilhaber (Félix et Adolphe) ont pu observer que le cancer utérin était plus fréquent chez les femmes des milieux pauvres, les myomes chez les femmes des classes aisées. Le cancer est souvent observé chez les travailleuses dans les industries alcooliques. La mortalité due au cancer utérin dans les classes pauvre, est par rapport aux classes riches de 235 p. 100. Les cancer du sein est aussi fréquent dans les deux classes de la société. Peut-être voit-on plus souvent le cancer utérin chez les multipares.

Les partisans de la théorie parasitaire du cancer expliquent le plus grand nombre de cancers dans les classes pauvres par le manque d'hygiène, l'absence de surveillance médicale continue. Les femmes israélites souffrent rarement du cancer utérin. (A Munich, pour 104 femmes mortes du cancer utérin en 32 ans, on ne voit que six femmes isréalites).

Braithwaite pense que peut-être l'alimentation peu salée des juifs diminue les chances du cancer utérin. Le cancer des autres organes est également fréquent chez les juives et les autres femmes.

Lahm dit que, ces temps derniers, les jeunes femmes étaient plus souvent atteintes du cancer utérin, les mesures antigestatives et les avortements trop fréquents sembleraient contribuer au cancer. Pour le cancer du sein, les traumatismes semblent jouer un rôle assez important.

Mariage et travail féminin.

Depuis un certain temps, on voit la diminution du nombre des mariages et l'accroissement des divorces. L'auteur en incombe les responsabilités aux hommes, seulement aux hommes. Pendant la guerre, ont disparu les séparations des classes scociales, les personnes de culture et d'éducation diverses se marient, leur conception de la vie sont différentes. Mantegazzas dit : pour se marier, il faut avoir autant de santé, de force et de bien, combien il en faut... L'homme peut travailler et en même temps vivre de la vie sexuelle ; quant à la femme, elle ne peut avoir une activité d'homme qu'à condition de renoncer à la vie sexuelle. Chaque satisfaction sexuelle de la femme est reliée à des suites plus ou moins complexes pour elle.

La famille, la vie de famille ce sont les bases d'un peuple fort, mais en ce moment, l'esprit de famille diminue considérablement, l'influence des parents diminue, le travail de la femme en dehors de la maison y est pour beaucoup. La religion, la race ne doivent pas faire oublier aux hommes que leur devoir, d'après Gotjahn, est d'être père et mère de leurs enfants. Une question discutable : la femme mariée doit-elle travailler dans les usines ? L'auteur avec Durig pensent que c'est bien regrettable que les femmes les plus travailleuses, les plus douces soient obligées de quitter leur maison pour aller travailler en dehors de leur foyer. En Allemagne, en 1907, pour 100 femmes travaillant il y a 29,7 mariées, 10,9 veuves, et 59,4 filles. Pour ce qui est du travail des femmes mariées ou non voici les observations touchant leurs journées de maladies et de travail :

	Mariées	Filles
Pour 100 femmes malades......	43	38
Journées de maladie..........	852	500

La vie conjugale apporte de nombreuses modifications dans la vie de la femme autant morales que physiques.

Souvent le poids de la femme augmente, il se forme des dépôts de graisses ; on explique parfois l'engraissement par l'ab-

sorbtion du sperme (opinion d'Auguste Meyer). L'utérus qui était encore infantile grandit par hyperémie. La dysménorrhée disparaît.

Stemmer dit que la vie conjugale heureuse bien souvent a une influence désastreuse sur la vocation artistique de la femme, il pense que l'art chez la femme naît sur des bases de l'insatisfaction interne. Il remarque aussi que bien souvent l'esprit de la femme se modifie à la ménopause; la femme à ce moment manifeste parfois de la tendance au commerce.

Reiter dit au sujet de la criminalité de la femme en relation avec le mariage : avant la guerre, il y avait 16 % de femmes mariées criminelles, après la guerre leur nombre augmente. Chez les hommes, on observe des proportions inverses. L'âge le plus dangereux pour la criminalité féminine, c'est l'âge entre 18 et 21 ans, après les femmes sont enclines au vol pour la famille.

Le nombre de mariages a diminué en Autriche, il était de 46.193 en 1923 et de 43.041 en 1926. Depuis 1917, ce sont surtout les veuves qui sont recherchées pour le mariage, étant donné qu'elles sont le plus souvent une situation meilleure. Pour Berlin, en 1925, on voit que le quart des femmes n'ont pas de métier, notons que bien souvent la femme arrive au mariage par son métier, ce dernier lui donnant la possibilité de connaître des gens, mais, d'un autre côté, la femme qui gagne bien sa vie ne se marie qu'avec peine. Le nombre de divorces pour l'Allemagne aurait augmenté depuis 1912, 1914, il est de 26,1 pour 100.000 habitants en 1921, il est de 62,9, et en 1922, il redescend un peu, 59,6.

Haas trouve que si les hommes consacraient à leurs femmes un millième de ce qu'ils donnent à leur travail, il y aurait bien plus de familles heureuses.

Le dévergondage, le laisser-aller des hommes est dû à un érothisme raffiné, plus l'homme est simple, plus il est primitif, moins il est porté à la fidélité, une femme ne lui suffit plus. La U. R. S. S. par son exemple, nous montre que la trop grande facilité du divorce est néfaste à la vie de famille. En Allemagne, en 1920, pour 1.000 habitants, il y avait 59,1 divorces, en U. R. S. S. en 1916, il y en avait 112, à Berlin 219,7, en France en 1921, 85. On note, le plus de divorces dans les ménages ayant vécu ensemble de 5 à 10 ans, après leur nombre diminue. Les causes les plus fréquentes des divorces sont que le mari ne trouve plus à son goût son intérieur et aussi le fait du travail de la femme en dehors du foyer.

Plus les jeunes filles sont instruites moins elles donnent de candidates au mariage. Nous connaissons bien les nombreux moyens de trouver un mari par les journaux spéciaux, les bureaux, etc., on y a encore recours.

L'Allemagne cherche à faciliter l'organisation de la vie de famille dans ses colonies, en y facilitant le départ de jeunes filles, des femmes et des enfants aux frais de la Société coloniale.

Gestation et travail féminin.

L'auteur considère comme n'étant pas aptes à la gestation les femmes : asthéniques, infantiles, les faibles d'esprit, les épileptiques, les malades mentales, les basedowiennes, les femmes atteintes de la chorée, les toxicomanes, les homosexuelles, les sourd-muettes, les aveugles, celles atteintes d'albuminurie, les diabétiques, celles qui, dans leur famille auraient eu des hommes hémophiles, celles atteintes de malformations graves. Le devoir du médecin est très difficile, les conseils qu'il peut donner sont d'une importance capitale. Les consultations organisées pour les personnes désirant se marier sont plus fréquentées par les femmes, surtout les femmes mariées, pour ce qui est du nombre des hommes, ils viennent en quantité égale célibataires ou mariés. Le médecin doit connaître son client pas seulement du point de vue physique, mais aussi du point de vue du tempérament. On distingue les sensibles, les froids aristocratiques, les calmes, les froids. Quand, dans la famille, la femme domine à tous les points de vue son mari, le mariage est le plus souvent heureux. Les bonnes mères n'ayant qu'un enfant sont, le plus souvent, de mauvaises femmes pour leur mari. Si le mari et la femme ont des tempéraments ressemblant, ils forment des ménages moyens, calmes. Souvent, si le ménage vit longtemps ensemble, les membres ont les mêmes caractères, les mêmes goûts. La misère et le travail de la femme en dehors de la maison sont des bases démolissant la vie de famille. En U. R. S. S. le gouvernement a fait des essais de modifier la vie de famille, les résultats en sont désastreux, le nombre de divorces est considérable, les enfants légitimes et les bâtards étant considérés de la même façon, tous les enfants en souffrent, la bigamie et les incestes ont augmenté de nombre, la paternité collective n'a pas donné ce qu'on en attendait. Mais la loi que le père de l'enfant doit donner le tiers de ce qu'il gagne à son enfant ou à l'enfant qu'on considère comme étant le sien a considérablement arrêté la débâcle morale. L'éducation des enfants en dehors de la famille ne semble point donner des résultats satisfaisants.

Némilow, dans son livre : « La tragédie biologique de la femme » dit, que la maternité pour la femme équivaut à l'esclavage, que la femme en somme, n'est qu'une machine à accoucher les enfants. Toutes ces nouvelles et désastreuses opinions ont amené en U. R. S. S. à la disparition presque totale de la famille telle que nous la concevons. D'après Simaschko, il faut libérer la femme des trois K (Küche, Kirche, Kind), cuisine, église, enfant.

Notons qu'en U. R. S. S., certains hommes ont jusqu'à 20 femmes, de chacune un enfant, dans ces conditions, l'éducation parfaite de ces enfants n'est pas possible, ces pauvres malheureux souffrent, sont délaissés.

Il faut mentionner un fait qui est bon en U. R. S. S., c'est l'enseignement de l'hygiène par le film, ces derniers étant parfaits.

Nawaz conseille pour l'élévation de la natalité la polygamie. Dupré trouve qu'il serait bon de se marier pour faire des enfants, puis se séparer.

Le nombre d'accouchements a diminué dans tous les pays, sauf en Russie, Roumanie, Bulgarie, Japon. La France occupe la première place parmi les pays à natalité très basse. Si la population augmente en France, ce fait semble être dû à la grande quantité d'étrangers. En 1923, il y avait en France 1.639.600 étrangers, et actuellement leur nombre est de 6.000.000. Le nombre d'habitants par kilomètre en Belgique est de 255, en Angleterre de 145, en Allemagne de 125.

Il serait difficile de préciser la fécondité de la femme suivant sont état social et son travail, il ne faut point omettre de considérer le travail du père, qui lui aussi a une importance.

D'après Bertillon (1891-97) à Berlin, à Paris, à Vienne chez 100 femmes mariées de 15 à 50 ans, on trouve chez les très pauvres 20 % d'enfants légitimes, chez les très riches 7,1 %.

Le travail de la femme en dehors de la maison diminue le nombre de naissances. Prinzing, en 1906, donne les chiffres suivants pour la France et l'Angleterre :

dans les familles de médecins (français)	1,9		103
Agriculteurs	3	Mineurs	258
Textile	3,4	Métiers divers	158

Plus la famille est cultivée, plus insignifiant est le nombre d'enfants.

D'après Wolf, le nombre d'enfants varie suivant la religion des parents. Les familles orthodoxes sont les plus nombreuses, puis viennent les catholiques et seulement après les protestantes. En Allemagne, la population catholique se multiplie plus que la protestante, mais dans les villes et surtout dans les milieux aisés, le nombre d'enfants dans toutes les religions est peu considérable. Krose donne les chiffres suivants ; pour la Prusse :

Prusse	1891-95	1913
Catholiques	5,2	4,7
Evangéliques	4,2	2,9
Israélites	3,3	2,2

Les Juifs émancipés ont moins d'enfants que les croyants. Max Hirsch trouve un nombre moindre d'enfants dans les familles où il y a mélange de religions.

Les bases de la diminution de naissances peuvent être les suivantes : diminution de la fécondité des hommes et des femmes, opinion naïve, l'application plus fréquente des moyens

préservatifs, le travail de la femme en dehors de la maison, considérations morales, disparition de l'esprit de la famille. Emancipation des femmes. Gruber 1913, ainsi que Stieve pensent que l'alcoolisme et les maladies vénériennes jouent un rôle considérable dans la dépopulation. D'autres auteurs (Duval-(Duval-Arnould) pensent que la question de la dépopulation devrait être plutôt envisagée comme une question d'ordre moral.

Le système d'un enfant, de deux enfants présente un vrai danger pour le pays, c'est le suicide du peuple.

Les considérations religieuses doivent être envisagées : ainsi chez les bouddistes celui qui n'a pas d'enfants est délaissé par les dieux. Chez les Chinois, il y a des traditions familiales, nombreuses familles. Notons les paroles de la bible : les arbres sans fruits doivent être brûlés, les hommes doivent grandir et se multiplier.

Louise Zietz dit : la diminution du nombre d'enfants est une route vers la libération du prolétariat.

Les paysans quand ils passent dans les villes ou dans les usines ont eux aussi moins d'enfants. La diminution de la natalité n'est pas seulement et exclusivement due à la guerre, et à ses suites, en 1906-11, le nombre d'enfants dans les milieux ouvriers avait déjà diminué.

En France, on prend des mesures sociales pour lutter avec la dépopulation : primes, aides, associations diverses. L'industrie favorise les naissances, facilite la vie des femmes mères.

Grossesses et accouchements pathologiques.

Avant il mourait plus de femmes par les complications des accouchements, mais il faut aussi mentionner que les femmes primitives accouchaient avec plus de facilité. Pour ce qui est des accidents durant la gestation, on voit qu'ils sont aussi fréquents chez les ouvrières dans les diverses industries que chez les femmes travaillant à la maison. La protection de la maternité s'est beaucoup développée ces temps derniers, mais elle est encore bien insuffisante. Les femmes ne voulant pas perdre leur paye travaillent jusqu'à la dernière limite (la solde des malades étant moindre que la paye).

Fraenkel, se basant sur 3.789 observations, montre que l'industrie n'a pas une influence spéciale sur la gestation.

Max Hirsch trouve que les femmes ayant commencé de bonne heure leur travail ont plus souvent besoin durant leur accouchement de l'aide médicale.

Teleky trouve que la mortalité dans les suites de couches est surtout grande chez les paysannes ce qui est dû à la faible hygiène plus qu'au travail des femmes. Jerimow trouve des présentations transversales dans 1,13 % des cas chez les paysannes et dans 0,28 % chez les citadines (travail trop lourd chez les premières). On voit souvent un bassin étroit chez les femmes ayant un métier debout, le bassin étroit a été souvent constaté dans certaines régions (Forêt noire), aussi il peut être dû au travail trop lourd fait par des fillettes trop jeunes. Les bassins étroits sont rares chez les femmes du type du nord, les femmes du type mongolien ont souvent des bassins étroits.

Max Hirsch, chez les femmes travaillant dans l'industrie textile trouve pour 1.100 cas seulement 30 % d'accouchements normaux. Les femmes commencent ce métier de bonne heure (14-20 ans dans 66,9 % des cas) ce qui contribue aux troubles futurs. Il faut combattre le rachitisme et le début trop précoce du travail des petites-filles, pour éviter les déformations possibles du bassin. On pourrait aussi décliner la gestation des femmes asthéniques à bassin étroit, mais actuellement ce n'est pas réalisable.

En somme, on n'est pas fixé sur les relations existant entre la constitution, le travail et la gestation chez les femmes. La gestation est la meilleure épreuve de la constitution de la femme, du fonctionnement de ses glandes à sécrétion interne. Okintschtz cherche à préciser le type de la femme normale. Kolossow distingue le bassin de la femme mère, l'infantile, le masculin. La rigidité des parties molles est fréquente chez les ouvrières, d'après Max Hirschl ce serait la suite des métrites chroniques. On remarque que la guerre, la sous-alimentation, les secousses psychiques, sont pour beaucoup dans la présence des hémorragies post-partum et des atonies.

On ne possède que peu d'observations relatant les fièvres dans les suites de couches, ces dernières atteignent leur maximum en 1920. Il faudrait séparer les suites de couches fébriles dues aux accouchements de celles dues aux avortements. En Allemagne, il y a eu en 1905, 12.8 % des femmes ayant accouché sans aide médicale et 15 % en 1922. Souvent les femmes ne demandent point l'aide médicale pour des causes économiques, donc il faudrait l'aide aux femmes en couches. Grotjahus dit qu'il faudrait exiger que chaque premier accouchement soit fait dans une maison de santé.

Il est impossible de donner actuellement des chiffres précis des avortements spontanés et artificiels, notons que presque les 2/3 des avortements sont artificiels (Boum, pour Berlin). Voici quelques données pour Munich :

1906	30
1913	305
1918	529
1920	757

Voilà des chiffres qui donnent à penser.

Reifferscheid constate pour l'Allemagne 250.000 avortements par an, dont 80-85 % sont chez des femmes mariées, la mortalité est de 5 %.

Ces temps derniers, la mortalité par les avortements est moindre, ce qui dépend de la plus grande habileté des médecins. Les avortements peuvent provoquer une stérilité prolongée chez la femme.

Les avortements sont la cause bien souvent de perforations utérines mortelles (en 1910, 5%, en 1923, 33 %.)

Voici les suites possibles des avortements d'après Sellheim : 1° leucorrhée ; 2° dysfonctions menstruelles ; 3° douleurs ovariennes ; 4° douleurs sacrées ; 5° tuméfactions des annexes ; 6° paramétrites ; 7° cystites, pyélites ; 8° rétroflexions ; 9° stérilité ; 10° gestation ectopique ; 11° délivrance manuelle de placenta ; 12° influence sur le psychisme.

Les avortements sont autorisés sur indications médicales, sociales ou eugéniques Les premières sont inadmises presque par tous les médecins, les deuxièmes sont bien difficiles à préciser, les dernières sont encore bien imprécises.

Il faudrait prendre toutes les mesures possibles pour la protection des femmes en état de gestation et des nourrissons, c'est nécessaire pour le Gouvernement.

On observe que si la mère est hospitalisée plus de sept jours avant la naissance le poids de l'enfant bâtard est plus grand que celui de l'enfant légitime (la mère travaillant jusqu'au bout). Les nouveau-nés juifs pèsent moins que les catholiques, les premiers enfants sont moins lourds que les suivants. Plus la mère travaille durant la gestation, plus petit est l'enfant (Zangemeister). La gestation semble plus courte chez les femmes travaillant. L'état de l'alimentation de la mère ne semble point influencer le fœtus. La mortalité des nourrissons est grande, bien souvent elle est due à de mauvaises conditions d'habitations. Beaucoup d'enfants naissent mort, ou meurent pendant les premiers jours de la vie. Les causes de la mort sont souvent : les lésions obstétricales, accouchements avant terme, affections intra-utérines. L'aide médicale aux femmes en couches serait-elle devenue moins bonne ? Peut-être la plus grande fréquence des hypoplasies. Pas la syphilis, car elle semble diminuer. Les hémorragies atoniques la faiblesse des douleurs peuvent être les causes de la mortalité.

Travail féminin et développement des enfants.

Pour que le nourrisson vive, il faut l'alimentation au sein. L'habitation joue aussi un rôle de première importance. Les enfants illégitimes élevés en dehors de la famille meurent, deviennent de mauvais sujets, si même dans la suite la mère ne se marie pas et ne légalise point la situation des enfants. Les enfants illégitimes meurent beaucoup plus.

En France, depuis le 30 décembre 1924 on a institué la possibilité pour les enfants illégitimes de naître dans de bonnes conditions sans que la mère soit pour cela obligée de souf-

rir moralement, on garde la complète discrétion sur la mère. Evert étudie la question pour Amsterdam, en 1912 558, enfants illégitimes, 10 ans après, 66 % des mères sont mariées, dans 1/5e des cas avec un homme autre que le père de l'enfant, dans 12 % des cas, elles vivent avec le père de l'enfant, de cette façon dans 75 % des cas l'enfant illégitime reste dans la famille. La moitié des mères sont des primipares âgées de moins de 23 ans. Beaucoup d'enfants illégitimes sont des criminels,ce qui s'explique par le milieu où ils ont vécu, et la moralité des personnes les ayant entourés.

Quant la mère travaille bien souvent elle ne peut allaiter son enfant, la mortalité dans ces conditions est plus forte. L'amour maternel est la base de la santé de l'enfant. La séparation de la mère et de l'enfant c'est là le plus grand danger. En U. R. S. S. le père de l'enfant illégitime doit lui verser une pension alimentaire, en Hongrie les enfants illégitimes sont élevés au frais du Gouvernement. L'assistance doit s'occuper non seulement de l'éducation physique des enfants mais aussi de leur moral.

Dans les écoles, il faudrait bien implanter l'hygième de la race, l'hygiène sexuelle. Les médecins devraient autant que possible avoir une influence sur leurs patients autant sur leur physique que sur leur moral. La force du peuple se trouve influencée par bien des causes: la guerre, et ses suites, les amusements divers, le développement des sports, ce dernier contribue à l'assainissement de la race. Le métier du père semble avoir une influence sur le développement intellectuel de l'enfant.

On remarque que les enfants allaités sont plus doués, les filles qui ont précocement leur menstruation sont aussi plus douées. La vie de famille est la base de la santé physique et morale. L'école doit étroitement collaborer avec la famille, développant le caractère. Les personnes s'occupant des enfants et des malades doivent être douées de bien des qualités. Les pédagogues aussi.

Chaque travail à l'usine ou ailleurs est préjudiciable à l'enfant autant moralement que physiquement. Le travail à la maison ou aux champs bien réglé et ne gênant pas l'école est plutôt bon.

Dans bien des métiers les enfants avant 14 ans ne sont pas admis. Le travail de nuit ne s'ouvre aux enfants qu'à partir de 18 ans. Souvent dans les temps passés, les enfants après l'école étaient occupés dans des cabarets bien après minuit, maintenant c'est défendu. Au Japon, on voit plus de fillettes travaillant dans les usines. Jusqu'à 12 ans leur développement ne diffère pas de celui des écolières, mais après, les ouvrières retardent L'intellect tombe chez les ouvrières de 13 ans, chez les écolières pas avant 16 ans (Kirihara).

Si à la maison le ménage ne va pas bien, les enfants sont délaissés, ils cherchent à se réunir en groupes avec d'autres malheureux comme eux, organisent des sociétés, souvent ces derniers ont une action néfaste sur les membres. On voit y un développement énorme des questions sexuelles, le dévergondage, les filles qui y sont le plus souvent ignorantes sont plus facilement la proie des infections, 9/10 des filles disent que les rapports sexuels ne leur donnent pas de satisfaction, elles y consentent pour des raisons économiques le plus souvent. La peur du travail pousse souvent à la prostitution. Le plus grand nombre de prostituées sont des filles qui n'étaient pas satisfaites de leur métier (souvent les domestiques). Kühn dit que les femmes sont poussées à la prostitution par les faits suivants : 1° diminution de la paye ; 2° mauvaises habitations ; 3° alcoolisme ; 4° mauvaise éducation, la présence d'enfants illégitimes pousse la mère à la prostitution pour les élever.

Lazar pense que diverses maladies peuvent avoir une certaine influence sur le psychisme des femmes (encéphalite léthargique, grippes. L'influence de la famille sociale (vagabondage, alcoolisme, mauvaise conduite, prostitution des mères, criminalité). Il est presque impossible de tirer les filles déchues de leur milieu qui les enlise, pour les remettre dans la voie droite. Les religieuses réussissent encore le mieux dans cette direction, elle mettent dans la bonne voie jusqu'à 30 % des femmes déchues.

Il faut bien considérer comme défini que jamais les deux sexes ne se comprendront pleinement. La nature a créé les deux sexes différent, donc il ne faut pas chercher à les rapprocher sur tous les points. D'après le point de vue eugénique, la femme cultivée cherche à s'unir à un homme encore plus cultivé ce qui nuit à la progéniture. L'influence de l'éducation en commun est souvent néfaste aux filles, ayant bien étudié les garçons,elles ne veulent plus se marier. En U. R. S. S., à 12 ou 13 ans, les écolières sont déjà mères et on les met en exemple aux autre élèves. Le mouvement de la jeunesse combat contre la famille, cherche à la remplacer par une autre organisation plus moderne. Dans toutes ces sociétés de jeunesses, les questions sexuelles sont des questions à l'ordre du jour (l'homosexualisme est très développée).

La femme intellectuelle.

La femme qui poursuit des études supérieures à un type modifié. Ce n'est que depuis 50 à 70 ans que la femme est admise aux études dans les mêmes conditions que les hommes. Le type de la femme d'autrefois a totalement disparu. Agnès v. Zahn-Harnack distingue trois générations de femmes : les femmes de la génération héroïque, les classiques, les romantiques. Les étudiantes actuelles ne se distinguent presque pas des autres jeunes filles de leur milieu, leur chemin n'est pas aussi dur que celui de leurs prédecesseurs. On accuse avec injustice le mouvement féminin de son influence sur les naissances, on l'accuse aussi de la masculinisation des femmes. Les premières femmes étaient des viriles, des homosexuelles, pas jeunes, désillusionnées. En général, actuellement,les femmes sont plus masculines et les hommes sont efféminés. Le mouvement féminin tend à faire disparaître les différences entre les sexes.

Dans tous les pays le nombre de filles allant dans les écoles supérieures augmente. Mais il faut aussi noter que nombreuses sont les jeunes filles qui quittent l'Université avant d'avoir fini leurs études.

Ce n'est pas la résistance des hommes, mais le manque de désir chez les femmes qui limite leur nombre dans les écoles supérieures.

On note que les femmes ont une grande tendance à la médecine (surtout pendant et après la guerre.

Les femmes, en général, ont plus d'intérêt pour les personnes que pour les choses abstraites, plus pour les faits que pour les considérations.

Les premières femmes qui entrèrent dans la carrière académique ne voulaient pas se marier. Les hommes sont pour beaucoup dans la diminution des enfants car ils se marient trop tardivement et plus ils sont cultivés moins ils désirent avoir d'enfants.

Les lois protégeant la femme qui travaille s'élargissent de plus en plus, la protection de la jeunesse est de plus en plus développée. L'école doit s'occuper des enfants jusqu'à 16 ans. La surveillance des jeunes gens devrait se poursuivre même dans les apprentissages des métiers .

Les lois pour les travailleurs doivent être fondées non sur le sexe de l'ouvrier mais sur la qualité de son métier. Des lois spéciales et très étendues doivent protéger les femmes enceintes et les femmes durant les suites de couches. Les lois touchant les avortements doivent être maintenues très sévèrement. La lutte avec les maladies vénériennes n'est jamais assez intense. Les assurances doivent exister pour maladie accidents, invalidité, vieillesse, incapacité au travail. La société étudiant l'eugénique se developpe de plus en plus dans tous les pays.

Notons que l'U. R. S. S. a institué ce qu'on appelle la médecine du travail ce qui est utile, permettant de bien connaître les métiers et les maladies qui y sont reliées, en Autriche existe la même organisation.

I. Trifonoff.



LES CONSULTATIONS DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Présentation de la face. Lenteur du travail. — Anesthésie rachidienne,

Par le Dr Henri VERMELIN.

J'ai été récemment appelé auprès d'une primipare dont l'histoire m'a paru digne d'intérêt, la voici :

Mme M., 22 ans, a toujours été réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans, aucune maladie dans l'enfance. Aucune tare héréditaire. Mariée à 21 ans à un homme d'une constitution robuste elle est devenue assez rapidement enceinte après son mariage. Rien n'est à signaler du côté de la gestation dont l'évolution s'est faite normalement. Elle est entrée en travail le 22 octobre à terme. Les contractions utérines d'abord régulières, paraissent s'être ralenties après la rupture des membranes qui s'est faite précocement à dilatation de deux francs dans la soirée du 22 octobre. Appelé à ce moment, le médecin de la famille a porté le diagnostic de présentation de la face à la partie haute de l'excavation en M. I. D. P. Le bassin paraît normal, le promontoire n'est pas atteint. L'enfant est vivant, et ne paraît pas de volume exagéré. Le ralentissement des contractions est porté au compte de l'anomalie de la présentation et l'on décide de patienter. Dans la nuit les contractions sont irrégulières comme intensité et comme rythme, toutefois la patiente se repose dans la nuit. Un nouvel examen pratiqué dans la matinée du 23 octobre montre que la dilatation est restée stationnaire. On respecte le repos relatif dans lequel se trouve cette jeune femme avec l'espoir que dans la journée le travail reprendra de lui-même. La journée se passe sans grand changement et dans la soirée on donne un gramme de quinine qui est bien toléré. La nuit du 23 au 24 octobre est agitée, la douleur est violemment perçue, mais la contraction peu énergique ; la température axillaire est de 37.8 pouls bien frappé à 95. La dilatation a progressé, jusqu'à une petite paume de main, la tête a progressé également et se trouve à la partie moyenne de l'excavation.

Vers midi survient un violent frisson, la température s'élève à 39°, les conditions locales sont changées et c'est alors que je suis appelé.

Je vois la malade à 17 heures, le travail est commencé depuis 60 heures. La rupture des membranes remonte à 48 heures.

L'état général de la jeune femme est relativement bon, bien qu'elle accuse une fatigue nette. La température est à 39, le pouls à 100. les urines ne renferment pas d'albumine.

Maintenant voici le résultat de mon examen :

Utérus de 31 cm. avec presence nette de gaz dans la partie supérieure fœtus dont la tête est engagée ; le relief formé par le massif occipital est nettement perceptible au-dessus du détroit supérieur, les battements cardiaques sont bons, les contractions utérines sont très espacées et de peu d'intensité.

La face engagée au M I D T aborde la partie moyenne de l'excavation , le col un peu épais, dilaté comme une petite paume de main ne présente aucune induration anormale.

L'indication d'intervention est donc nettement formulée après cet examen. L'état général aussi bien que l'état d'inertie locale commandent l'extraction fœtale dans les délais les plus courts.

L'enfant est vivant, mais la dilatation est incomplète et le but à atteindre est d'extraire l'enfant avec le minimum de traumatisme. c'est à ce sujet que celle observation m'a paru intéressante à discuter :

1° *Choix de l'intervention .*

Seule une application de forceps peut être envisagée, la face franchement descendue dans l'excavation se laissera facilement prendre et entrainer, mais auparavant le col, qui fait obstacle à la progression devra s'effacer et c'est ici qu'intervient le choix du mode d'anesthésie.

2° *Choix de l'anesthésie.*

1° *Anesthésie au chloroforme*, incision du col et forceps, dilatation manuelle et forceps.

Les incisions du col me paraissent devoir être rejetées *a priori.* Il y a de l'infection ovulaire et dans ce cas il est fort à craindre que cette infection ne se propagge auxlèvres de l'incision vésicale. Par ailleurs l'anesthésie générale chez une primipare ne pallie que dans une très faible mesure aux éclatements vulvo-vaginaux. L'assouplissement manuel du col sous chloroforme me paraît devoir remplir la première indication : celle de lever l'obstacle cervical, mais il demeurera toujours les risques de lésions vulvo-vaginales.

Dans un cas comme dans l'autre l'anesthésie générale ne peut qu'augmenter l'inertie utérine et il est fort à craindre que cette inertie n'entraîne avec elle des accidents hémorragiques au cours de la délivrance.

B. *Anesthésie rachidienne.*

Elle paraît, théoriquement tout au moins, concilier les choses

1° La rétraction utérine qu'elle entraîne peut faire espérer un accouchement exempt d'incidents hémorragiques ;

2° La souplesse du col qu'elle donne permet une dilatation manuelle facile et sans danger, l'intégrité anatomique du col paraît certaine et l'on peut espérer une dilatation sans déchirure ;

3° Le relâchement vulvo-périnéal tout spécial à la rachianesthésie peut faire espérer une extraction sans lésion génitale profonde, d'autant plus que l'enfant est peu volumineux.

Au cas particulier, les avantages de la rachianesthésie me paraissent balancer facilement les petits inconvénents dont on la grève et je me décide à recourir à elle.

Accouchement.

Injection rachidienne de 0 gr. 10 de scurocaïne sans incident.

L'anesthésie obtenue, l'intervention ne présente aucune particularité et est très simple.

Le col se laisse facilement distendre et j'extrais un enfant vivant du poids de 3.100 grammes. Le liquide amnotique est odorant et je pratique avant la délivrance une injection intra-ovulaire. Le placenta est extrait 40 minutes après l'extraction fœtale par les moyens naturels.

Il n'y a aucune lésion vulvaire autre qu'un éclatement muqueux dans la région clitoridienne.

Comme il fallait s'y attendre, les suites de couches sont incidentées dans les premiers jours par des poussées fébriles qui régressent peu à peu.

La malade peut se lever au bout du 20e jour.

Il m'a paru intéressant de rapporter cette observation en la discutant. L'anesthésie rachidienne qui, en obstétrique ne doit être qu'exceptionnelle a trouvé ici son indicastion de choix, en permettant une issue favorable à un accouchement fortement compromis.



REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Pathologie générale.

Chaque climat possède une valeur spécifique, qui a une action sur le physique et même le moral des habitants ; Loewy étudie les propriétés des principaux climats dans la *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* (6 juillet 1929).

Dans le climat d'altitude on trouve trois éléments : 1° l'altitude, qui, combinée avec la raréfaction de l'air, cause la sécheresse et augmente l'évaporation, tandis que le froid tend à réduire la perte de calorique ; 2° la raréfaction de l'air, qui entraîne, par le mécanisme de l'anoxémie, l'augmentation du nombre des globules rouges, des échanges respiratoires et des pulsations ; 3° le rayonnement, qui, par ses rayons ultra-violets, exerce une action locale sur la peau et une action générale sur l'organisme.

L'action du climat marin est due à la basse température et au vent plutôt qu'au rayonnement solaire; elle est vivifiante, surtout pour les sujets affaiblis ou convalescents.

Les climats tropicaux et désertiques sont des climats d'adaptation, où l'Européen présente un abaissement de la pression artérielle, une diminution du métabolisme basal et un accroissement de l'évaporation.

Fièvres éruptives.

La prophylaxie de la rougeole peut être réalisée par l'injection intra-musculaire de sang complet d'adultes. G. B. Bader, de New-York, (*The journal of the American Medical Association*, 31 août 1929) a expérimenté cette méthode sur trente sujets de 6 à 42 ans, qui ont reçu une injection intra-musculaire de 20 à 30 cc. de sang complet d'adultes ayant eu la rougeole de 2 à 25 ans auparavant.

Douze échappèrent à la contagion, ce qui constitue une présomption d'efficacité ; neuf eurent une rougeole atténuée sans phénomènes catarrhaux et sans éruption typique ; un présenta une rougeole sans gravité avec éruption normale.

Tuberbulose.

Les ulcérations tuberculeuses du cardia donnent lieu à la triade symptomatique : douleur épigastrique modérée, régurgitations, diarrhée persistante; les ulcérations de l'œsophage se caractérisent par une douleur thoracique intense, des régurgitations et l'absence de diarrhée.

G. Cartutza rapporte (*Spitalul*, septembre 1929) le cas d'un tuberculeux pulmonaire et laryngé, qui présenta, quinze jours avant sa mort, les troubles digestifs suivants : douleur épigastrique, vomissements, diarrhée.

L'autopsie révéla des lésions pulmonaires, laryngées et surrénales et des ulcérations tuberculeuses du cardia.

Syphilis.

Le diagnostic précoce des syphilis nerveuses acquises est rendu délicat par la multiplicité des aspects cliniques de l'atteinte du système nerveux central ou périphérique. Albert Brousseau et Sylvis Caron ont cherché le minimum de signes indispensable pour avoir une opinion précise et ils ont abouti aux conclusions suivantes (*Bulletin médical de Québec*, août 1929) :

Le diagnostic de certitude dépend de la constatation de plusieurs signes positifs tirés des diverses sortes d'examens (anamnèse ; examen physique, psychiatrique, biologique ; épreuve thérapeutique) ; on n'arrive pas à réaliser ces groupements symptomatiques que l'on trouve fréquemment dans les manuels et rarement dans la réalité.

Un groupement suffisant et nécessaire peut être constitué par la combinaison de quelques signes essentiels ; en voici trois exemples, qui permettent un diagnostic sûr de syphilis nerveuse :

1° Paralysies multiples des nerfs crâniens, leucoplasie, réaction positive dans le liquide céphalo rachidien.

2° Notion d'un accident primaire ancien, troubles récents de l'humeur et du caractère, altérations de la parole. signe d'Argyll, réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien.

3° Paraplégie spasmodique à évolution lente avec troubles des sphincters et des fonctions génitales, amyotrophies localisées, paralysie ou parésie de la musculature externe de l'œil, Argyll. hyperalbuminose et lymphocytose légères du liquide céphalo-rschidien, réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Il faut rechercher méthodiquement la syphilis dans toute affection neurologique à symptômes diffus et souvent discrets, marquant de multiples atteintes du système nerveux central et périphérique et présentant dans son évolution une tendance à des rémissions fréquentes et à la mutabilité spontanée des signes.

Tube digestif.

La sténose pyloro-duodénale d'origine biliaire est facilement méconnue (Aldo Cernezzi, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 27 octobre 1929) ; la découverte, à la palpation, d'une tumeur indurée, chez des sujets d'âge avancé, sans symptomatologie biliaire, fait croire à la présence d'une sténose par carcinome gastrique ; l'erreur ne peut être évitée que par une étude minutieuse des antécédents, qui révèlera un passé biliaire.

La sténose biliaire présente, comme les autres sténoses, des degrés variables ; elle est susceptible de s'aggraver d'une manière rapide et inattendue, dans le cadre clinique de l'occlusion aiguë du pylore.

Le pronostic opératoire de cette occlusion est extrêmement grave ; il faut garder cette notion présente à l'esprit pour proposer une intervention à la période où il en est temps, c'est-à-dire avant l'apparition de cette complication.

Le sort d'un malade du tube digestif dépend du premier médecin consulté, pour A. Catalina Prieto, qui donne les conseils suivants (*Medicina Ibera*, 2 novembre 1929).

1° Il est indispensable pour le praticien d'appliquer toute son attention aux plus petits symptômes de début, dans les affections du tube digestif, de manière à poser *un diagnostic précoce*.

2° Une fois le diagnostic fait et le traitement prescrit, n'oubliez pas l'importance que présente *la persévérance dans le régime*.

3° Si la thérapeutique médicale échoue, s'il se présente des complications, fixez *l'indication chirurgicale avant l'épuisement du sujet*.

4° Dans les cas aigus (perforations, obstruction intestinale, volvulus, appendicite, etc.), ne perdez pas votre temps en moyens dilatoires et en consultations ; *une décision très rapide* s'impose, qui seule sera efficace.

5° Dans les interventions chirurgicales, il doit exister une *collaboration étroite entre médecin et le chirurgien* (à moins qu'ils ne forment qu'une seule personne), afin de traiter le malade avec le maximum d'efficacité.

6° N'oubliez jamais *le traitement et le régime* postérieurs à l'opération.

Anesthésie.

Le balsoforme a été utilisé depuis un an et demi à la Clinique chirurgicale de Lausanne (J. Feuz, *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 octobre 1929), pour 900 anesthésies environ avec le masque d'Ombredanne.

Il se compose de six parties d'éther, deux de chloroforme, un de kélène (chlorure d'éthyle) et 0,6 de goménol.

Il présente de grands avantages de facilité, de sécurité, de perfection et d'économie, qui le placent, pour l'auteur, au premier rang des anesthésiques.

Varia.

Le revers de la spécialisation et la limitation des connaissances, de l'intérêt du jugement et des vues générales chez les spécialistes (I. Holmgren, de Stockholm).

Les succès *retentissants* provoquent à juste titre des essais et des contrôles. Malheureusement les insuccès ne sont pas publiés, ou seulement quand une nouvelle méthode apparaît. Au point de vue scientifique, ce sont pourtant, de beaucoup les plus intéressants (Paul Chausse, de Genève).

Syphilis et constitution.

La schématisation à outrance, aussi bien dans le diagnostic que dans le traitement, si chère à certains esprits, ne résiste point à l'observation objective de chaque jour. L'on constate, en effet, que les manifestations de la maladie et les réactions de l'organisme varient, d'une façon frappante, qui n'échappe pas à l'œil attentif du clinicien du thérapeute. Parmi les facteurs en jeu, la constitution paraît jouer un rôle particulièrement important. R. A. Machlina et F K. Mamisow dans un article intitulé : « L'importance de la constitution dans la pathologie des manifestations cutanées de la syphilis et dans la réaction de l'organisme sur le traitement spécifique ». (*Vratchibnaïa Gazeta*,

n°16, 1929), nous le prouvent en se basant sur l'étude des syphilitiques, chez lesquels ont été analysées les manifestations cutanées de la maladie et les réactions de l'organisme à la suite du traitement spécifique.

Grosso modo, trois types de constitution peuvent être distingués : l'asthénique, le normosthénique et l'hypersthénique. La catégorie se laisse déterminer à première vue, mais si l'on veut une définition plus rigoureuse, l'on peut adopter l'index de Pignet. D'après cet auteur, il y a lieu d'additionner le poids du corps en Kg. (P) et le tour de poitrine en c/m (T) et de soustraire le total de la taille (L) pour arriver à l'index recherché (J). On aura affaire à une hypersthénie si le chiffre obtenu n'atteint point 10 ; de 10 à 30, c'est la normosthénie, et, au-dessus de 30, l'asthénie.

500 syphilitiques ont fait l'objet des recherches instructives et originales, soit 318 normosthéniques, 126 hypersthéniques et 36 asthéniques. Les cas avec hérédo-syphilis, ainsi que les enfants, n'ont pas fait partie de la statistique. Le nombre des hommes était de 253 et celui des femmes de 221. L'âge variait entre 20 et 55 ans.

La peau de l'hypersthénique réagit plus souvent que chez les autres par la formation de grandes infiltrations et des ulcérations gangréneuses, La sclérose primaire multiple est également très fréquente dans ce groupe. Chez les asthéniques, par contre, l'on rencontre, le plus souvent, les manifestations cutanées primaires et secondaires, ainsi que des syphilides pustuleuses.

Les résultats du traitement ne sont pas les mêmes chez les asthéniques et chez les hypersthéniques. Les complications sont tout spécialement à redouter chez les asthéniques. Chez ces derniers, les manifestations cutanées se laissent difficilement influencer par le traitement qui réussit, par contre, très bien chez les normosthéniques.

J. LAFONT.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le traitement anti-diabétique,

Par le Dr TRIAIRE.

Tout récemment, Ide a tiré des conclusions fort concluantes des travaux des physiologistes et, entre autres, de ceux de Hedon. Des animaux dépancréatisés peuvent être admirablement étudiés en ce qui concerne la valeur du traitement insulinien, d'autant plus qu'il est possible de déclencher chez eux à volonté, des accidents graves de coma et, de ce fait, d'établir l'opportunité d'une médication.

Le diabète humain, dans la majorité des cas, n'est pas un diabète par dépancréatisation, mais bien des déductions expérimentales lui sont applicables, selon Ide (*Rev. méd.*, Louvain), voici alors la conclusion qu'il en tire pour la thérapeutique du diabète chez l'homme.

I. — L'insuline est seule indispensable au maintien en vie du chien dépancréatisé. Elle est la seule hormone utile. Une addition de trypsine au régime de l'animal remplace à merveille la sécrétion externe tarie du pancréas, et la dégénérescence graisseuse du foie s'en trouve évitée. Ceci n'est pas en cause dans le diabète humain, où la sécrétion pancréatique externe est suffisante. Le dernier délai de la mise au traitement insulinien d'un diabétique est l'apparition d'une réaction de Gehrardt positive dans les urines, indiquant la présence d'acide diacétique.

2. — Le régime le plus approprié est celui qui utilise toute la tolérance pour les hydrates de carbone. Cela ressort des multiples expériences d'Hedon. Tolérer quelques grammes de sucre dans les urines est moins à craindre que d'assigner un régime trop carné. Certains malades non au régime ont vécu plus longtemps que ceux qui obéissaient à leur médecin timoré.

3. — L'albuminurie. — Des crises d'acidose expérimentale sont accompagnées fort souvent d'albuminurie, l'urine devient trouble avec forte réaction de Gehrardt ; elle contient d'abondants cylindres granulo-graisseux. Forte excrétion de corps acétoniques, lipurie, albuminurie et hémolyse, indiquent une entrée dans un état très accusé d'acidose que suivra bientôt le coma.

En cas de diabète albuminurie, il faut passer à l'insuline et maintenir le régime anti diabétique ; même si l'albuminurie persiste, elle est du type néphrose bénigne et non brightique.

4. — Le traitement du coma. — Avant l'insuline, le traitement se faisait au bicarbonate par voie gastrique ou intra-veineuse. Depuis l'insuline, le traitement se fait quasi exclusivement à l'insuline. Cet exclusivisme est une erreur. L'acidose diabétique existe sans contredit, bien que certains prétendent que les comas diabétiques ne sont pas tous acidosiques (coma rénal, coma hépatique, forme cardio-vasculaire de Blum). Pour les physiologistes, le coma diabétique est toujours le fait de l'acidose, puisque, dans tous les cas bien observés, la réaction de Gehrardt est positive, signant la présence de l'acide diacétique. Dans les menaces de coma, l'alcalinisation directe par le bicarbonate reste absolument indiquée, ce qui vient d'être démontré par l'expérience d'Hedon sur le chien : l'alcalinisation a un effet plus rapide que l'insuline. » La réserve alcaline épuisée, les acides circulants se fixent sur les albumines de protoplasmes cellulaires. Il y a de la marge de 1 à 12, c'est-à-dire de 15 à 30 entre la dose d'acide du coma et la dose mortelle. Le coma établi, deux moyens héroïques sont à notre disposition : l'injection de bicarbonate dans le sang (10 gr. réserve pour six à huit heures) ; l'insuline, brûlant les hydrates de carbone, agit au maximum après trois à quatre heures seulement en retard sur la neutralisation *immédiate* des acides sanguins.

Dès lors, les préceptes suivants sont formels :

a) Dans les menaces de coma : injections d'insuline, absorption d'eau glucosée et d'eau bicarbonatée ou bien d'insuline seule. Résultat en un jour.

b) Dans le coma établi avec inconscience : injection intraveineuse de 10 gr. de bicarbonate de soude dans 300 à 500 gr. d'eau ; sous la peau, 20 unités d'insuline. L'insuline sera répétée après deux heures. Dès ce moment, injections sous-cutanées d'eau glucosée à 7 0/00. Si le coma reste profond, injection bicarbonatée intra-veineuse renouvelée après trois ou quatre heures. Dès que le patient boit, l'eau bicarbonatée suffit.

Ainsi voilà ramené à de plus justes limites l'emploi de l'insuline. Tous les cliniciens aux prises avec les difficultés de la pratique médicale souscriront aux conclusions de Ide. Sachons profiter des avantages qu'a suscités la découverte de l'insuline, pour traiter le coma diabétique, mais n'oublions pas que son emploi systématique chez tous les diabétiques est inutile et très souvent impossible en résence de son prix élevé, prohibitif. Sachons alors utiliser les médications qui nous ont été si précieuses jusqu'ici.

Si la soude, la lithine, l'arsenic, la strychnine, l'antipyrine, etc... ont causé des déceptions, il est un médicament: la santonine, dont la constance des effets curatifs a été démontrée par Séjournet, puis confirmée par nombre d'auteurs après lui.

Expérimentalement et cliniquement, la santonine fait baisser la glycosurie et cette baisse est plus durable que celle provoquée par l'insuline. Son administration a été rendue très pratique par Séjournet. Les pilules de Séjournet ont l'avantage d'un dosage parfait, donc jamais d'accidents. La cure se pratique sous la forme de trois pilules, une à chaque repas, pendant trois semaines. La médication de Séjournet rend les plus grands services et nous ne comprenons pas pourquoi on la passe quelquefois sous silence. Goujon, Forget, Gauthier, etc... ont montré son innocuité, son efficacité, son mode d'action.

Dès les premiers jours du traitement, le sucre baisse dans les urines, la boulimie, la soif, s'amendent, l'asthénie disparaît, la céphalée et le prurit se dissipent ; la volonté et la mémoire renaissent et l'euphorie remplace le désarroi moral des malades.

Le traitement de Séjournet a encore l'avantage de ne pas imposer un régime rigoureux, donc impossible à suivre le plus souvent. Il suffit de supprimer les aliments sucrés et de réduire les hydrates de carbone. Certains féculents peuvent être tolérés, les pommes de terre, les farines d'avoine, de sarrazin. La médication Séjournet permet au malade les œufs, les poissons, les viandes avec les légumes verts et les corps gras. Grâce à elle, le malade peut continuer son genre de vie, s'adonner à une vie active, à des exercices musculaires. D'ailleurs, Chauveau a démontré que le sucre est le charbon du muscle, voilà pourquoi tout diabétique doit pouvoir brûler le plus possible son sucre.

On admet que les résultats constants obtenus avec le traitement Séjournet sont dus à son action sédative du système nerveux. Elle a la même action frénatrice que l'antipyrine sans en avoir les dangers. Elle paraît jouer un rôle d'épargne tout en augmentant la tolérance pour les hydro-carbones.

A propos des plus récents travaux sur le traitement du diabète, nous avons tenu à rappeler une médication qui a fait ses preuves et dont l'emploi est justifié par le laboratoire, la clinique et la pratique médicale. Elle réalise admirablement les conditions posées par les conclusions du travail de Ide.

GLANURES

L'Eglise et la spermo-culture. — *L'Eglise n'admet pas la spermoculture. La nouvelle nous en est donnée et commentée par la* Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 15 *décembre* 1929 :

Les autorités ecclésiastiques transmettent la décision de la Suprême Congrégation du Saint Office au sujet de la spermoculture :

Suprema Congregatio S. Officii Dubium

« Huic Supremæ Sacræ Congregationi Sancti Officii proposito dubio :

« Utrum licita sit masturbatio directe procurata ut obtineatur « sperma, quo contagiosus morbus, *blennorragia* scientifice de- « tegatur et quantum fieri potest curetur. »

« Emi. ac Revmi. DD. Cardinales Inquisitores generales rebus fidei ac morum tutandis præpositi, præhabito RR. PP. Consultorum voto, feria IV, die 24 Iulii 1929, respondendum esse censuerunt : *Negative*.

« Et in sequenti feria VI, die 26 eiusdem mensis et anni, Ssmus D. N. D. Pius divina Prov. Pp, XI, in audientia R. P. D. Assessori S. Officii impertita, relatam sibi Emorum Patrum resolutionem approbavit et publicandam iussit.

« Datum Romæ, ex ædibus S. Officii, die 2 Augusti 1929.

« A. SUBRIZI, *Supremœ S. C. S. O. Subst.-Notarius.* »

(*Acta Apostolicœ Sedis*, 3 Augusti 1929.)

« Au doute suivant, dit un de nos confrères du *Journal des sciences médicales de Lille*, proposé à la Suprême Congrégation du Saint Office.

« Est-il permis de se procurer directement une pollution, afin « d'obtenir du sperme, au moyen duquel une maladie contagieuse, la *blennorragie*, pourra être scientifiquement découverte et soignée autant que la chose est possible ? »

« Les Eminentissimes et Révérendissimes Cardinaux Inquisiteurs généraux, chargés de veiller à tout ce qui concerne la foi et les mœurs, après avoir pris avis des RR. PP. Consulteurs, le mercredi 24 juillet 1929, ont estimé qu'il fallait répondre : *Négativement*.

« Et le vendredi suivant, 26e jour du même mois et de la même année, le Très Saint Père Pie XI, Pape par la divine Providence, dans l'audience accordée au R. P. Assesseur du Saint Office, ayant pris connaissance de la conclusion des Eminentissimes Pères, l'a approuvée et a ordonné de la publier.

« Fait à Rome, dans le Palais du Saint Office, le 2 août 1929.

« *Signé* : A. SUBRIZI,

« *Substitut-Notaire de la Suprême Congrégation du Saint-Office.* » (*Acta Apostolicœ Sedis*, 3 août 1929.)

Eh bien, non ! Le médecin reste souverain juge dans le cadre de ses attributions. Au « *stat pro ratione voluntas* », nous eussions préféré un « non possumus »... exprimé ainsi : Nous ne pouvons pas nous prononcer sur une question qui échappe à notre compétence.

Cela n'implique nullement que la spermo-culture soit un moyen indiscutable de débusquer et de repérer le diplocoque de Neisser. Elle expose à beaucoup d'erreurs ; elle exige une discussion critique et sévère des résultats bactériologiques obtenus. Le gonocoque a des sosies — telle la bactéridie charbonneuse à l'égard du bacillus subtilis.

Mais le médecin est seul juge de son opportunité.

La situation de la femme aux Indes. — *Passage détaché d'un livre de M. Maurice Dekobra, intitulé :* Les tigres parfumés (*édité par les Editions de France*).

« ... Les mariages précoces ont terriblement handicapé la femme hindoue. Une fillette fiancée à neuf ans, nubile à douze ans, mariée ensuite, n'a ni le loisir ni l'occasion de cultiver son cerveau. Elle doit donner aussitôt un fils à son mari. Si le malheur veut que ce soit une fille, vite, il faut concevoir un autre enfant. Car la fille est une inutilité dans la famille. Il n'y a pas longtemps qu'on supprimait purement la nouveau-née comme on noie le petit de la chatte qu'on ne tient pas à conserver. La jeune mère hindoue élève donc ses enfants et ne songe pas à s'instruire.

Alors où se recrutent les Hindoues lettrées ? Parmi les vieilles filles (!) de dix-huit ans, parmi les veuves, parmi les enfants des parents affranchis. Elles étudient la médecine ou se destinent à l'enseignement. Il faut des doctoresses aux Indes, car jamais un Hindou normal ne permettra à un médecin masculin de soigner sa femme malade.

Un jour avec un fonctionnaire anglais du district de Lahore, nous rendîmes visite à un Punjabi dont la femme souffrait d'une appendicite. Le mari nous dit dans le courant de la conversation :

— Je tuerais l'homme qui violerait ma femme... Mais je couperais en petits morceaux l'homme qui découvrirait son ventre pour l'ouvrir avec un bistouri. »

Origine du mot « vampire ». — *De la thèse du Dr Epaulard — soutenue il y a près de trente ans devant la Faculté de médecine de Lyon et inspirée par le professeur Lacassagne* (1)— *nous détachons le passage suivant ayant trait à l'origine du mot* vampire.

« La légende des *vampires* est une superstition d'origine slave qui se manifeste en Hongrie dès les premiers temps du moyen-âge. Du mot slave *Oupir*, les Allemands ont fait *Vampyr* et les Français *Vampire*. Le mot *Oupir* lui-même parait se rattacher au mot turc septentrional *Uber* (sorcier).

On croyait que certains morts, la nuit, sortaient de leur tombe, entraient chez les vivants, surtout dans leur famille. Ils profitaient du sommeil de ceux qu'ils trouvaient endormis pour leur sucer le sang.

La victime ne sentait rien ou se réveillait en proie à la plus affreuse terreur, se croyant étouffée. Le vampire, repu, rentrait dans sa tombe. Si on le déterrait on le trouvait toujours frais, le sang rutilant et fluide. Quant à la victime, elle succombait en général dans les trois jours, à la suite d'une inexplicable langueur. Cette légende s'accrédita grâce au récit de quelques hystériques et sans doute à la bonne conservation de certains cadavres par des terrains d'une nature particulière. Elle fleurit jusqu'en plein XVIIIe siècle. La frayeur, la rage de représailles fit déterrer, exorciser et mutiler horriblement les cadavres qu'on supposait vampire. Ces mutilations prirent le caractère d'une folie épidémique et reçurent le nom de *Vampirisme*.

Il subsiste encore de semblables légendes. Debay (2) prétend qu'en Grèce, on croit toujours à l'existence du *Pronkokola*, suceur de sang, et Max Simon (3) d'après l'auteur du *Voyage en Dalmatie*, parle des *Vukodlacks* de Walachie.

Le nom de vampire eut tant de retentissement qu'il s'appliqua par un de ces changements d'acception fréquents en linguistique, non plus aux hommes qui venaient sucer le sang des vivants, mais aux hommes qui avaient fait acte de vampirisme, c'est-à-dire profané des cadavres. Aussi lorsqu'en 1849, on apprit les crimes du sergent Bertrand lui donna-t-on le surnom de vampire.

De même Ardisson fut appelé par les journaux le vampire du Muy.

C'est pourquoi j'ai englobé sous le terme de vampirisme toutes les profanations de cadavres, quelle que soit leur raison première. »

Eloge de la langue française. — « La langue française, à la fois lumineuse et profonde, est le plus merveilleux instrument de l'intelligence humaine. Et je vais prendre une comparaison géographique. Le plus vénérable fleuve du monde est formé par la réunion de deux Nils différents : le Nil bleu qui tombe des montagnes et le Nil blanc qui sort des sables et des plaines. Ces deux Nils se réunissent pour former un flot majestueux qui apporte la vie et la fécondité à la plus antique des nations. Eh bien ! il y a dans notre riche littérature comme deux flots différents : tantôt la phrase sonore et audacieuse l'éblouissante métaphore, l'image éclatante : c'est Pascal, Bossuet, Chateaubriand, Victor Hugo ; tantôt la finesse joyeuse, la subtile ironie, l'esprit plein de grâce alerte et de bon sens, c'est Molière, La Fontaine, Voltaire, Anatole France : et ces deux splendeurs de la littérature française savent se confondre ici en vos personnes à vous, mes chers collègues, qui, comme le Nil bienfaisant, venez apporter, non seulement à la France, mais à l'humanité entière, la fécondité et la vie.

Est-il besoin de vous dire que la langue française a une vertu suprême qu'on cherche parfois (sans succès d'ailleurs) à lui enlever ? c'est la clarté. Nulle langue, même le latin, notre seconde langue maternelle, n'a cette étrange puissance de faire comprendre tout ce qu'elle dit et de ne dire que ce qu'elle veut. »

(Charles RICHET. *Extrait du discours prononcé au neuvième dîner de la* Revue des Deux-Mondes.)

(1) Dr Alexis EPAULARD. — Vampirisme, nécrophilie, nécrosadisme. Thèse du laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine de Lyon, 1901.
(2) DEBAY. — Histoire des sciences occultes, 1860.
(3) MAX SIMON. — Crimes et délits dans la folie 1886.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour l'analyse des urines, par A. RONCHÈSE, 4e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-16 de 472 pages, 84 figures et 6 planches coloriées : 25 fr. J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le but de ce guide est de réunir les procédés qui ont retenu l'attention de l'auteur dans la pratique des analyses de chimie biologique. Si, quelquefois, l'auteur a cru nécessaire de donner plusieurs techniques pour un même dosage, chacune d'elles répondant à un besoin particulier, il n'en a le plus souvent donné qu'une pour chaque cas.

M. Ronchèse espère ainsi être de quelque utilité à ceux qui n'ont pas le loisir d'étudier un grand nombre de procédés et qui veulent, sans complications inutiles, faire une analyse d'urine dans les meilleures conditions d'exactitude.

L'ouvrage comprend cinq parties :

La première partie est relative aux caractères organoleptiques et à l'analyse physique de l'urine (cryoscopie, etc.).

Dans la deuxième, sont étudiés les éléments normaux de l'urine.

La troisième partie est consacrée aux éléments anormaux, aux principes accidentels (médicaments, etc.) et à certaines recherches spéciales (détermination de la toxicité urinaire, diazo-réaction d'Ehrlich, etc.).

La quatrième a trait aux sédiments et aux calculs, à la bactériologie et à la parisitologie urinaires ;

Enfin, la cinquième partie est relative à la composition de l'urine normale, aux rapports urologiques, aux différents types d'analyses, etc.

De nombreuses figures ont pris place dans ce guide pratique pour compléter la description des procédés d'analyse employés.

A l'heure actuelle, nombreux sont ceux qui préconisent les méthodes de notre confrère et fournissent à leur tour des résultats. Il est donc intéressant de connaître les procédés de celui qui a été un précurseur et inlassablement a suivi la voie qu'il a créée.

Anne-Charles Lorry et son œuvre dermatologique (1726-1783). par M. A. KISSEMEYER, ancien chef de clinique du Service dermatologique de l'Université de Copenhague. (Un volume illustré, chez Legrand, édit., Paris, 1928.)

C'est un des plus distingués dermatologistes danois qui a entrepris de mettre en lumière l'œuvre créatrice de Lorry. Pour réaliser cette tâche, il ne suffisait pas d'être un spécialiste éminent. mais il fallait être encore un historien et un latiniste érudit. C'est qu'en effet, si Lorry fut un « grand homme », son œuvre, pour beaucoup, était tombée dans l'oubli, car Lorry a écrit son traité en un latin très pur, et son œuvre n'a jamais été traduite en français.

Outre de nombreux ouvrages littéraires, on lui doit, dans cette langue : *Les Mémoires dans la Société de Médecine*, un *Traité de la Mélancolie* et un *Traité des Maladies cutanées* paru en 1776. Il avait été l'élève d'Astruc et d'Antoine Ferrin; reçu docteur en 1748, âgé de 22 ans, il fut introduit par le docteur Lemonnier dans les maisons des Noailles et de Richelieu et acquit rapidement une grande célébrité à la Cour. Il fut, par la suite, médecin du duc de Fronsac, et du prince de Condé, puis de Louis XV en 1774.

En dermatologie, Lorry établit le premier que pour être un bon dermatologiste, il faut commencer par étudier à fond la médecine générale, puis se familiariser avec les hiéroglyphes des lésions cutanées. Pour comprendre nombre d'affections de la peau, il faut comprendre que le tégument externe ne peut être séparé du reste de l'organisme, qu'il vit de la même vie que lui, qu'il souffre des mêmes maladies... Lorry a la gloire de l'avoir proclamé avec force et netteté le premier et nous tous médecins français, dit Brocq, nous devons être reconnaissants à M. le docteur Kissmeyer d'avoir formulé ainsi qu'il suit son opinion : « Lorry est le vrai fondateur de la science dermatologique ».

L'importance énorme et créatrice de son œuvre pour la dermatologie ne réside pas dans sa systématisation spéciale ou sa description des maladies il fut influencé par les idées de son temps et son livre contient beaucoup de longueurs et de répétitions. Mais. s'il n'a point réussi à épurer toute cette matière, son œuvre n'en a pas moins dépassé de beaucoup celle de ses contemporains et précurseurs. Tout son mérite est dans sa conception nouvelle et dans les rapports qu'il établit entre la dermatologie et la science médicale.

L'œuvre de Lorry est plus qu'une systématisation ; c'est une œuvre de dermatologie descriptive. Et M. Kissmeyer conclut ;

Si « l'Ecole française de Dermatalogie a commencé avec Alibert et 'Ecole viennoise avec Hebra, la Dermatologie commence avec Lorry, »

Le XIXe siècle. (Sous la direction de René LALOU). Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard. Paris (VIe).

Cette collection présentera — en vingt et un volumes — un tableau complet du *XIXe siècle* dans toutes ses manifestations littéraires (poésie, théâtre, roman, critique, histoire, philosophie, essais, études scientifiques et religieuses, journalisme, voyage).

Chaque volume est consacré à une école où à un mouvement général. Il se compose d'*une étude de 100 pages* confiée à un spécialiste, critique ou universitaire et d'*une anthologie de 250 pages* qui contiendra, groupés par l'auteur, les textes les plus importants et les plus caractéristiques.

L'art de reconnaître l'architecture française, par Emile BAYARD 292 pages, in-8° couronne, 64 gravures. Prix, broché : 18 francs, cartonné : 24 francs. Librairie Gründ, 9, rue Mazarine, Paris (6e).

La précieuse série des *Guides pratiques de l'amateur et du collectionneur d'art* s'enrichit d'un nouvel ouvrage d'Emile BAYARD dont le succès rejoindra les précédents. *L'Art de reconnaître l'architecture française* initiera vite et bien. Il n'est pas un monument, une église, une maison qui ne parleront soudainement aux yeux du néophyte après ce renseignement appuyé de gravures bien choisies. L'érudition d'Emile Bayard, fidèle à ce souci de ne point étouffer sous de la littérature une précision objective, comblera, une fois de plus, les artistes, les amateurs et les écoliers pressés de savoir.

Le problème de Dieu, par Edouard LE ROY. Un volume format 13 × 19 de 352 pages, sur beau papier alfa satiné : 20 fr. Edité par L'Artisan du Livre, 2, rue de Fleurus, Paris, VIe.

Il est impossible de résumer en quelques mots une œuvre aussi dense, et qui marquera parmi les œuvres capitales du néo-spiritualisme. Qu'il suffise de distinguer dans cette méditation si profondément humaine, trois époques : un examen de conscience qui montre la foi en Dieu inhérente à l'exercice même de la recherche, une vérification d'ordre proprement intellectuel qui justifie l'affirmation de Dieu devant la raison philosophique, enfin une analyse des conditions du progrès dans la certitude acquise en principe.

Ce n'est d'ailleurs là, dans l'intention de l'auteur qu'une étape mais décisive, puisque c'est l'étape d'ouverture qui engage tout l'avenir.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Sports d'hiver. — Paris-Bourg-Saint-Maurice.

Du 18 décembre 1929 au 27 février 1930 au départ de Paris, et du 19 décembre 1929 au 28 février 1930 inclus au départ de Bourg-Saint-Maurice, une voiture directe comportant des places de couchettes, de 1re et 2e classes, circule dans chaque sens dans l'horaire suivant :

Départ de Paris : 20 h. 30. Arrivée à Chambéry, 5 h. 56 ; à Albertville, 8 h. 55 ; à Moutiers-Salins, 10 h. 05 ; à Bourg-Saint-Maurice, 11 h. 12.

Départ de Bourg-Saint-Maurice : 16 h. 18 ; de Moutiers-Salins à 17 h. 18 ; d'Albertville, à 18 h. 24 ; de Chambéry, à 20 h. 36. Arrivée à Paris à 6 h.